

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES DIABÉTICOS
ATENDIDOS EN EL PATRONATO DEL DIABÉTICO”**

**ARNULFO DELGADO QUIÑÓNEZ
MARÍA LETICIA CALEL TZUNUX**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES DIABÉTICOS
ATENDIDOS EN EL PATRONATO DEL DIABÉTICO”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**ARNULFO DELGADO QUIÑÓNEZ
MARÍA LETICIA CALEL TZUNUX**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGOS**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADOS

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2014

Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad San Carlos de Guatemala

The seal of the Universidad San Carlos de Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central shield with a figure on horseback, surrounded by various heraldic symbols like castles, lions, and columns. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter.

Licenciado Abraham Cortez Mejía
Director

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
Secretario

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
Representantes de los profesores

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
Representante de egresados

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 368-2014
CODIPs. 1956-2014

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

05 de noviembre de 2014

Estudiantes

Arnulfo Delgado Quiñónez
María Leticia Calel Tzunux
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO SÉPTIMO (17º.) del Acta CUARENTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL CATORCE (47-2014), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 4 de noviembre de 2014, que copiado literalmente dice:

DÉCIMO SÉPTIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN EL PATRONATO DEL DIABÉTICO**”, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

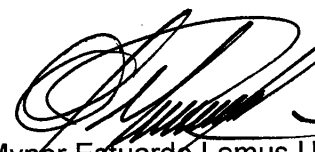
Arnulfo Delgado Quiñónez
María Leticia Calel Tzunux

CARNÉ No. 2001-15020
CARNÉ No. 2009-16779

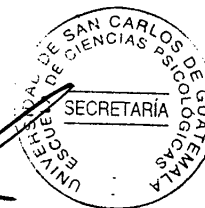
El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Luz Marina Cifuentes, y revisado por la Licenciada Ninfa Cruz Oliva. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



/Gaby



UGP 282-2014
REG: 368-2014
REG: 302-2013

INFORME FINAL

Guatemala, 30 de Octubre 2014

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Ninfa Cruz Oliva ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN EL PATRONATO DEL DIABÉTICO”.


ESTUDIANTE:
Arnulfo Delgado Quiñónez
María Leticia Calel Tzunux

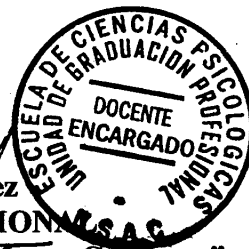
CARNE No .
2001-15020
2009-16779

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 28 de Octubre del año en curso por la Docente encargada de esta Unidad. Se recibieron documentos originales completos el 30 de Octubre del 2014, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Mayra Friné Luna de Alvarez
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL USAC
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutierrez”



c.c archivo
Andrea

UGP. 282-2014
REG 368-2014
REG 302-2013

Guatemala, 30 de Octubre 2014

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Coordinadora Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN EL PATRONATO DEL DIABÉTICO”.

ESTUDIANTE:
Arnulfo Delgado Quiñónez
María Leticia Calel Tzunux

CARNÉ No.
2001-15020
2009-16779

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 28 de Octubre 2014, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Nínfa Cruz Oliva
DOCENTE REVISORA



Andrea./archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usropsic@usno.edu.gt

Guatemala, 27 de agosto de 2014

Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora de la Unidad de Graduación Profesional
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano CUM USAC

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN EL PATRONATO DEL DIABÉTICO”

elaborado por los estudiantes

ARNULFO DELGADO QUIÑÓNEZ, CARNÉ 200115020

MARÍA LETICIA CALEL TZUNUX, CARNÉ 200916779.

El trabajo fue realizado a partir del 06 de mayo de 2013 hasta el 27 de agosto de 2014.

Esta investigación cumple con los requisitos por la Unidad de Graduación Profesional por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

Licenciada Luz Marina Cifuentes

Psicóloga

Colegiado No.

Asesor de contenido

LMCC/Aby



Fe y Alegría

Movimiento de Educación Popular Integral y Promoción Social

Guatemala, 12 de agosto de 2014

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora, Unidad de Graduación Profesional
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPS- “Mayra Gutiérrez”
Escuela de Ciencias Psicológicas
USAC

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que los estudiantes Arnulfo Delgado Quiñónez, carné 200115020 y María Leticia Cael Tzunux, carné 200916779 realizaron en este centro de práctica de Licenciatura Psicológica, 3 grupos focales en las cuales participaron los estudiantes de la jornada matutina y vespertina como parte del trabajo de Investigación titulado “**Intervención psicológica con pacientes diabéticos atendidos en el Patronato del Diabético**” en la fecha 08 de agosto en horario de 10:00 a 16:00 horas.

Los estudiantes mencionados cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Licenciada Lourdes Andrina Lutín Moran
Supervisora –Centro de Práctica Fe y Alegría No.9-
Teléfono

Dirección: 32 ave. "B" 38-01 Zona 7, Col. Amparo II



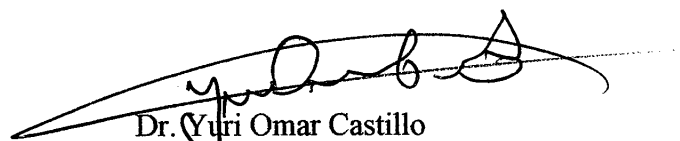
Guatemala de la Asunción 14 de agosto de 2014

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora, Unidad de Graduación Profesional
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPS- “Mayra Gutiérrez”
Escuela de Ciencias Psicológicas
USAC

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que los estudiantes Arnulfo Delgado Quiñónez, carné 200115020 y María Leticia Calel Tzunux, carné 200916779 realizaron en nuestra institución Patronato del Diabético, grupos focales en las cuales participaron las estudiantes de la jornada matutina como parte del trabajo de Investigación titulado “Intervención psicológica con pacientes diabéticos atendidos en el Patronato del Diabético” en la fecha 12 de agosto en horario de 10:00 a 12:00 horas.

Los estudiantes mencionados cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,



Dr. Yuri Omar Castillo
Sub-director médico

Dr. Yuri Omar Castillo B.
MÉDICO INTERNISTA
COLEGIADO 9.180

Dirección: 11 Calle 1-04 Zona 1, ciudad de Guatemala

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR MARÍA LETICIA CALEL

LUZ MARINA CIFUENTES CARRERA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 7,053

CARMEN CRISTINA SOBALVARRO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADO 1,497

POR ARNULFO DELGADO QUIÑÓNEZ

YURI OMAR CASTILLO
MÉDICO INTERNISTA
COLEGIADO 9,180

ACTO QUE DEDICO

A Dios Supremo: A ti gracias por darme el regalo de vivir, por permitirme terminar una meta más y darme sabiduría en mi carrera. Esta felicidad es para ti por ser el primero en mi vida. Mi corazón y mi oración son para ti.

A mis padres: Por apoyarme en todo momento, por ser ustedes esa luz en mi vida, por su comprensión, amor y sus consejos, que a pesar de muchas dificultades su objetivo era vernos en la universidad, y acá está este triunfo.

A mis hermanos: Ángel, Vivi, Elena y Marco, que con sus risas, llantos y enojos han estado siempre conmigo, porque cada uno me ha apoyado a su manera, he salido adelante. Me siento orgullosa de ser un ejemplo a seguir en ustedes.

A mi novio: Por su compañía y su cariño. Que juntos hemos luchado por lograr esta meta.

A mi asesora: Licenciada Luz Marina Cifuentes, por tener esa confianza en mi persona, su ejemplo de profesionalismo y de persona ha sido mi inspiración en este maravilloso mundo de la psicología.

A mis amigos/as: A ustedes gracias por compartir muchos momentos agradables, por su solidaridad, su cariño y sobre todo por su amistad.

A mis catedráticos: Por el conocimiento adquirido, por sus enseñanzas y el aprendizaje que dejaron en mi formación profesional y personal.

A la Universidad de San Carlos: Mi casa de estudios, orgullosa de ser San Carlista.

Por: María Leticia Calel

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por bendecirme al permitirme el logro de uno de mis anhelos más preciados, por acompañarme siempre en este camino que elegí, por darme la sabiduría y por su presencia contante en mi vida.

A mis padres: A mi papá, Francisco y madre querida Candelaria, por su amor incondicional, su apoyo, por creer siempre en mí, los dos seres que me dan fortaleza y que son piedras fundamentales en este logro.

A mis hermanos: Juan Miguel, Francisco, Candelaria y Rosa, por su cariño, comprensión, ánimo, sus bromas y creer siempre en mí.

A mi novia Letty: Por su amor incondicional, por su apoyo, por ser mi compañera de fórmula en este proyecto que hoy terminamos, y ser mi fortaleza, soy mejor por compartir mi vida contigo.

A mis amigos: Gracias a Dios por llegar a mi vida, fuente inagotable de consejos, gracias por su amistad, por su compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Por: Arnulfo Delgado Quiñónez

AGRADECIMIENTOS

A NUESTROS PADRINOS Y MADRINAS

Licenciados Luz Marina Cifuentes, Carmen Cristina Sobalvarro y al Dr. Yuri Omar Castillo, por su sabiduría y cariño, por su paciencia y confianza en nosotros, por sus palabras de aliento, por sus consejos y por permitirnos aprender de ellos, por ser grandes personas y profesionales y los llevaremos en nuestros corazones.

A NUESTRA ASESORA

Licenciada Luz Marina Cifuentes, por guiarnos en este camino, por su cariño, confianza y consejos y por hacernos dar lo mejor de nosotros mismos, pero sobretodo enseñarnos a ser buenos profesionales, por enseñarnos a no claudicar y una profunda pasión y entrega hacia la psicología. ¡Gracias por todo!

A NUESTRA REVISORA

Licenciada Ninfa Cruz, por su guía, comprensión, consejos, y hacer un buen trabajo de investigación.

A NUESTRA ALMA MATER

La Gloriosa y Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala, a la Escuela de Ciencias Psicológicas, por brindarnos los conocimientos, herramientas y experiencia práctica, que nos permiten ser hoy unos profesionales de bien para nuestro país. Es un orgullo ser psicólogos egresados de esta universidad.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	
Prólogo	
1. CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	6
1.1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.1.2 Marco teórico.....	8
1.1.2.1 Antecedentes teóricos.....	8
1.1.2.2 Inducción.....	9
1.1.2.3 ¿Qué es un manual?.....	12
1.1.2.4 Diabetes mellitus.....	13
1.1.2.5 Paciente diabético.....	17
1.1.2.6 Intervención psicológica.....	18
1.1.2.7 Proceso Terapéutico.....	19
1.1.2.8 Terapia cognitivo conductual.....	20
1.1.3 Hipótesis general de la investigación.....	26
1.1.4 Delimitación.....	26
2. CAPÍTULO II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	27
2.1 Técnicas de muestreo.....	27
2.2 Técnicas de recolección de datos.....	27
2.2.1 Técnicas.....	27
2.2.2 Instrumentos.....	28
2.3 Técnicas de análisis de información.....	28
3. CAPÍTULO III PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	29
3.1 Características del lugar y población.....	29
3.1.1 Características del lugar.....	29
3.1.2 Características de la población.....	29

3.2 Análisis cualitativo.....	29
4. CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
4.1 Conclusiones.....	36
4.2 Recomendaciones.....	36
Bibliografía.....	38
Anexos	

PRESENTACIÓN

El presente es un manual de inducción para estudiantes practicantes en la atención psicológica de pacientes diabéticos, su objetivo es dar a conocer los conceptos y estrategias básicas necesarias en el tratamiento de pacientes diabéticos, para poder lograr de mejor manera los objetivos terapéuticos propuestos en la intervención psicológica, así también contiene algunas de las pautas de comportamiento en el ejercicio profesional. Por favor, léalo bien, estúdielo y practíquelo mientras dure su relación terapéutica con un paciente diabético.

La diabetes es una enfermedad compleja, que tiene repercusiones psicobiosociales en el individuo que la padece y el acompañamiento del psicólogo es fundamental para entender los cambios que vienen. Algo fundamental para poder ser efectivos en el tratamiento es el conocimiento acerca de la enfermedad, empezando por lo médico, lo cual dará una idea acerca de la situación de salud en la que se encuentra la persona que se está tratando y luego la parte psicológica que es donde el psicólogo tiene una gran importancia para entender y ordenar las ideas de la personas que padece diabetes.

El manual está formado por cuatro capítulos:

- Capítulo I Conocimientos básicos para un terapeuta clínico.
- Capítulo II Conociendo la diabetes.
- Capítulo III Terapia cognitiva conductual como propuesta de intervención psicológica en pacientes que padecen diabetes.
- Capítulo IV Técnicas e instrumentos de la terapia cognitiva conductual.
- Capítulo V ¿Cómo planifico mis sesiones terapéuticas?

RESUMEN

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN EL PATRONATO DEL DIABÉTICO”

Autores: María Leticia Calel Tzunux 200916779
Arnulfo Delgado Quiñónez 200115020

La siguiente investigación pretendió la elaboración de un manual de inducción para estudiantes que realizan prácticas en el área clínica, identificando los conocimientos y necesidades de formación para la elaboración de los contenidos y la metodología e instrumentos idóneos en el proceso de atención de pacientes diabéticos. Para la elaboración del manual se contó con la participación de los estudiantes que actualmente hacen sus prácticas en el Patronato del Diabético, ubicado en la 11 calle 1-04 zona 1 y con los estudiantes del centro de práctica Fe y Alegría No. 9, Amparo II, zona 7 de la ciudad de Guatemala. *“La diabetes es un trastorno metabólico crónico caracterizado por elevación de la concentración de la glucosa y conlleva cambios drásticos en el estilo de vida lo que hace necesario la intervención psicológica que tiene como objetivo controlar los aspectos emocionales y el impacto de la enfermedad”*¹. El proceso de investigación estuvo basado en el paradigma interpretativo y el modelo de investigación cualitativa teoría empíricamente fundamentada, el cual es un estilo de análisis con un supuesto ontológico, epistemológico y metodológico, basándonos en la premisa de que es indispensable contar con una teoría que cuenta con varios niveles de generalidad, que logró un conocimiento más profundo del objeto de estudio. Para ello se realizó un muestreo por conveniencia y grupos focales con los estudiantes participantes de las dos instituciones. Para el análisis de los datos se utilizó primero la tabla de frecuencia la cual identificó la similitud en las respuestas de los participantes en la preguntas planteadas, segundo el análisis del discurso y la codificación axial en la que los códigos se agruparon en categorías, y por último la codificación selectiva en la que se desarrollaron una o más temáticas que expresaron el contenido de cada uno de los grupos, y las necesidades de formación de los estudiantes, y los contenidos del Manual de Inducción. Las preguntas de investigación planteadas fueron las siguientes: ¿Qué conocimientos y necesidades de formación tiene los estudiantes practicantes para la intervención psicológica con pacientes que padecen diabetes? ¿Cuáles son los contenidos, la metodología e instrumentos idóneos para construir un modelo de atención aplicado por los estudiantes practicantes en la intervención psicológica con pacientes diabéticos? ¿Qué utilidad genera a los estudiantes practicantes la elaboración de un manual de inducción sobre la intervención psicológica en pacientes diabéticos?

¹McDermott, M.T. MKSAP14 (MEDICAL KNOWLEDGE Self-Assessment Program. ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO. Editorial Intersistemas. México, D.F. 2009 pp. 2

PRÓLOGO

En la actualidad la diabetes es una enfermedad que afecta a gran parte de la población, en la que por lo menos un miembro de cada familia la padece, lo que muestra que tiene una gran incidencia. Esta enfermedad conlleva cambios bruscos para su tratamiento, como lo es el estilo de vida, tal es el caso de la alimentación, la cual es uno de los focos de mayor dificultad para su adaptación y aceptación, así como el aspecto económico y social. Actualmente en Guatemala el tratamiento de la diabetes se centra en el aspecto médico, dejando por un lado el aspecto psicológico, el cual es fundamental para la adherencia al tratamiento, y por ende su efectividad.

Lo que hace indispensable un buen manejo del proceso psicológico que ayude al proceso de tratamiento y a una mejor calidad de vida a las personas que la padecen. En el caso de los estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas no cuentan con una preparación para la atención de pacientes diabéticos, siendo estos pacientes a los que se enfrentan los practicantes que realizan sus prácticas en el centro de práctica Patronato del Diabético, y que provoca dificultad en su intervención.

Es propio de nuestra experiencia que mucho del mejoramiento de la salud de los pacientes con diabetes tiene que ver con el tratamiento psicológico, ya que coadyuva a entender y comprender la enfermedad que padecen y un aspecto que complementa el seguimiento dado por el médico, lo que hace más eficiente su proceso de recuperación, y adaptación al nuevo estilo de vida, recomendación a pesar de que el padecimiento lo acompañara por el resto de su vida. Esto también es recomendado por la OMS la cual considera que el apoyo psicológico es fundamental para una recuperación integral.

Es por ello que un estudiante que atienda a una persona diabética cuente con la preparación necesaria de lo contrario no tendrá el impacto en el mejoramiento de la salud de la persona. Es por ello que la investigación realizada fue hecha con el objetivo de conocer cuáles son las necesidades de

Es por ello que un estudiante que atienda a una persona diabética cuente con la preparación necesaria de lo contrario no tendrá el impacto en el mejoramiento de la salud de la persona. Es por ello que la investigación realizada fue hecha con el objetivo de conocer cuáles son las necesidades de formación de los estudiantes en tratamiento de pacientes diabético, y los contenidos que son necesarios reforzar en ellos y lo cual no llevo a redactar una herramienta que les servirá de apoyo en la intervención psicológica que tengan con personas que padezcan diabetes.

A partir del conjunto de experiencias y la recopilación de información hemos elaborado un manual de inducción para la intervención psicológica con pacientes diabéticos atendidos en el patronato del diabético, como una guía metodológica de abordaje psicoterapéutico con fundamentos cognitivos conductuales como propuesta de intervención, de la cual hemos probado su efectividad. Para la realización de la investigación contamos con el apoyo del Centro de Practica Patronato del Diabético y Centro Fe y Alegría del Amparo II.

Los que realizamos esta manual nos sentimos satisfechos de poder presentarlo como una herramienta que podrá ayudar a los estudiantes que tengan que llevar un proceso psicológico de una persona diabética y en general a profesionales que necesiten de información de esta enfermedad que de no ser tratada correctamente puede llevar a una muerte prematura.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que presenta un problema de salud pública de grandes proporciones, la mayor parte de personas que padecen de esta enfermedad experimentan diversas emociones que suelen ser poco saludables no solamente física sino también psicológicamente. Dentro del proceso de tratamiento de diabetes mellitus, según la OMS es fundamental abordar al paciente desde el punto psicológico, debido a los cambios en el estilo de vida y los efectos emocionales que surgen a partir de su diagnóstico, lo cual hace que las personas no tengan una calidad de vida a pesar de contar con un tratamiento médico adecuado.

Los estudiantes que asisten al Patronato del Diabético a realizar práctica psicológica han presentado la dificultad de dar un tratamiento eficaz a la persona que asiste a consulta, ya que carecen de herramientas y técnicas idóneas para abordar a esta población que en su mayoría son personas adultas y de la tercera edad.

Por ello el estudio se realizó con estudiantes que realizan su práctica en el área clínica, para identificar las dificultades que presentan dentro del ejercicio profesional y las necesidades de formación académica. En el desarrollo de la presente investigación se realizó un grupo focal, indagando las diversas dificultades que el estudiante enfrenta en la práctica clínica.

Con el propósito de apoyar a los estudiantes y por ende a los pacientes que padecen diabetes se elaboró un manual de inducción que tiene por objetivo auxiliar al estudiante a realizar un abordaje eficaz, proporcionándoles una compilación de conocimientos teóricos y prácticos sobre lo que es la enfermedad, la ética profesional y una metodología idónea para el proceso psicológico, para que el paciente que asiste al departamento de psicología pueda identificar

estrategias de afrontamiento adaptativas que le permita controlar el estrés y la ansiedad de manera adecuada.

Actualmente en Guatemala no existen estudios acerca del tratamiento psicológico en pacientes que padecen diabetes, es por ello que se proporciona una herramienta que contenga información que necesiten saber los estudiantes la Escuela de Ciencias Psicológicas y puedan aplicarla dentro del campo clínico.

Este informe se presenta bajo categorías de capítulos. En el capítulo I se describe el planteamiento del problema, el marco teórico que fundamenta la investigación. En el capítulo II se describen las técnicas e instrumentos que se llevaron a cabo para la realización del trabajo de investigación. En el capítulo III el lector encontrará detalladamente la presentación formal de los resultados alcanzados a través del trabajo de campo. Y finalmente en el capítulo IV se encuentran los apartados de conclusiones y recomendaciones que surgen del proceso de investigación y del análisis de resultados obtenidos.

Esperando que el tema sea interesante y de beneficio de su persona.

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1 Planteamiento del problema

En la formación como psicólogos, el estudiante de la Escuela de Ciencias Psicológicas, se ve enfrentado a situaciones difíciles, debido a la complejidad del paciente que es atendido en cada centro de práctica, así también a las características singulares que presenta cada uno y para los cuales no están preparados. Tal deficiencia es representada en cada centro de práctica del área clínica, en el cual los estudiantes atienden a pacientes con diversas dificultades personales o patologías, y al momento de realizar una intervención psicológica los estudiantes carecen de los conocimientos necesarios para poder realizar un abordaje eficaz.

Una de las problemáticas latente en la actualidad y que afecta a la mayoría de la población guatemalteca es la diabetes mellitus, una enfermedad que provoca cambios drásticos que no solo tienen un efecto a nivel individual sino también familiar y social, como lo es un estilo de vida diferente, efectos en la economía familiar, exclusión, lo que puede provocar problemas psicológicos como la depresión y ansiedad.

En aspectos relacionados con pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, los estudiantes carecen de formación y evidencia un déficit curricular y la falta de un abordaje integral, ya que para la intervención psicológica con pacientes diabéticos se hace necesario el conocimiento de aspectos biológicos de la enfermedad, tratamiento médico que permita entender de mejor manera la situación en la que se encuentra y las consecuencias que lleva un mal control.

La problemática que enfrenta cada estudiante practicante en su trabajo psicológico es la ausencia de una herramienta que pueda guiarlo en el inicio del tratamiento, lo cual dificulta realizar un trabajo eficaz. Es por ello la importancia de elaborar un manual de inducción, que facilite la atención de pacientes diabéticos

ya que actualmente no cuentan con técnicas e instrumentos necesarios para realizar una intervención eficiente.

En la Escuela de Ciencias Psicológicas no existe un curso, en el cual se le instruya al estudiante como poder intervenir ante una problemática como lo es la diabetes mellitus, y los estudiantes cuando que inician la práctica psicológica supervisada en los diferentes centros de atención no se encuentran preparados para poder dar una intervención con el paciente ya que carece de técnicas y herramientas que lo puedan apoyar.

En el pensum por año existía un curso de técnica de psicoterapia el cual era impartido en el último año de la carrera. Ahora con la nueva currícula por semestre los estudiantes ya no cuentan con este curso, lo que hace que el estudiante tenga que auto-aplicarse y buscar conocimientos por otros medios, lo que también produce una desventaja ya que no tiene la orientación de un docente, y la literatura que existe en el campo de la psicología no está orientada a la realidad guatemalteca. Muchos estudiantes practicantes aplican “ensayo y error” como mejor fuente de conocimiento, pero los únicos afectados son los pacientes.

Ante esta problemática se plantean las siguientes preguntas.

¿Qué conocimientos y necesidades de formación tienen los estudiantes practicantes para la intervención psicológica con pacientes que padecen diabetes?

¿Cuáles son los contenidos, la metodología e instrumentos idóneos para construir un modelo de atención que sea aplicado por los estudiantes practicantes en la intervención psicológica con pacientes diabéticos?

¿Qué utilidad genera a los estudiantes practicantes la elaboración de un manual de inducción sobre la intervención psicológica en pacientes diabéticos?

1.1.2 Marco teórico

1.1.2.1 Antecedentes teóricos

La diabetes es una de las enfermedades crónicas de mayor incidencia a nivel mundial, tomando en cuenta que por lo menos en una familia hay un miembro que la padece. Si bien es cierto se han tenido grandes avances en el control de la diabetes, esto solo ha sido a nivel médico, dándole solo importancia al soma, dejando por un lado los efectos que tiene a nivel psicológico, a pesar de las recomendaciones hechas por la Federación Internacional de Diabetes la cual dice que el tratamiento debe ser integral, que no solo consiste en medicamentos sino también la estabilidad emocional del paciente para que se tengan resultados positivos. Los estudios acerca de la diabetes en Guatemala desde el punto de vista psicológico, son escasos, lo que evidencia la poca importancia que se le ha dado a este tema.

Dentro de la revisión de los estudios realizados en nuestro país relacionados con el tema a investigar, se encontró la investigación hecha por los licenciados Llevano Castillo y Macario Cheley en el Patronato del Diabético el cual buscaba establecer la importancia de la autoestima para hombres y mujeres que padecen diabetes, para lo cual decidieron la aplicación de un programa de atención al adulto mayor diabético diseñado por medio de talleres vivenciales que permitieron mejorar, mantener y fortalecer su autoestima. La población con que se trabajó son pacientes hombres y mujeres de la tercera edad que asisten al Patronato del Diabético zona 1, de la ciudad, ya que la mayor incidencia de diagnósticos es en personas mayores de 40 años. Del estudio realizado llegaron a la conclusión que fortalecer y mantener motivado el paciente es necesario ya que contribuye a que este más comprometido en el proceso de control de la diabetes y recomiendan recibir atención psicológica para mejorar los resultados.

Así también está el estudio hecho en el año 2005 por el licenciado Lou Quezada, el cual fue realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourth, Antigua Guatemala. Para la cual utilizo técnicas de Tai Chi Chuan, como método para regular el estrés en las personas que padecen diabetes, este estudio tenía como propósito disminuir el estrés y por consiguiente disminuir los costos del tratamiento médico y mejorar el nivel de vida de los pacientes por el mantenimiento del adecuado nivel de azúcar en la sangre.

Llegando a la conclusión de que la práctica de la técnica del Tai Chi Chuan logró llevar al paciente al equilibrio emocional mejorando su salud integral, además constató que la mejora de actitud de los pacientes no se debió únicamente al Tai Chi Chuan, sino ayudó significativamente la terapia psicológica que periódicamente recibía el paciente, ya que con ella se atendían sus necesidades afectivas ocultas por su realidad personal.

Los estudios mencionados anteriormente en sus conclusiones hacen énfasis en la importancia del tratamiento psicológico para el logro de mejores resultados en el control de la enfermedad, llegando a mantener niveles de glucosa en sangre normales a pesar de ser diabéticos. No se encontró algún estudio que aborde directamente el tema de la atención psicológica, lo que hace que la investigación propuesta no solo será una herramienta para los estudiantes que inicien en el Patronato del Diabético si no también será una contribución al tratamiento del paciente diabético, buscando una atención integral y una mejor calidad de vida a pesar de su padecimiento.

1.1.2.2 Inducción

“La inducción sobre la organización informa al nuevo empleado sobre los objetivos, la historia, la filosofía, los procedimientos y las normas de la organización, está debe incluir las políticas y prestaciones importantes de recursos humanos, como las horas de trabajo, los procedimientos de pago, los requisitos de

horas extra y las prestaciones. Existen dos tipos de inducción. La inducción sobre las unidades de trabajo que familiariza al empleado con los objetivos de la unidad e incluye una presentación con sus nuevos colegas. La inducción sobre la organización que informa los aspectos generales de la institución. Además, un recorrido por las instalaciones de trabajo de la organización forma parte a menudo de la inducción sobre la organización”²

Para los estudiantes que realizan prácticas en el Patronato del Diabético es indispensable una inducción, la definición anterior refleja la importancia de la inducción dentro de una institución y los beneficios para quienes la reciben tanto en su formación como el desenvolvimiento dentro de la misma desde el punto de vista educativo.

La finalidad de una inducción es brindar a los estudiantes información general acerca de la institución, quienes son los que conforman el equipo de trabajo, cuáles son los horarios de servicio y como se implementa el programa de la Escuela de Ciencias Psicológicas en la atención multidisciplinaria al paciente que padece diabetes en relación a la enfermedad y su proceso es importante para que el estudiante practicante cuente con elementos específicos de la enfermedad como tal y la relación que en ella se dé así también en toda su esfera social, emocional del paciente.

“Una inducción debe cumplir cuatro objetivos principales: 1. Lograr que se sienta bienvenido. 2. Hacer que entienda la organización en un sentido amplio (pasado, presente, cultura y visión de futuro), así como aspectos clave como políticas y procedimientos; 3. Especificarle claramente lo que se espera de él en términos de trabajo y comportamiento, y 4. Suponer qué comenzará a socializar en las formas tradicionales de la compañía respecto de actuar y hacer”³

² ROBBINS, Stephen y COULTER, Mary. Administración. 8va. edición. Pearson Educación. México 2005. p. 293

³ DESSLER, Gary. Administración de recursos humanos. Enfoque latinoamericano. Pearson Educación. México 2004. pp. 104

Con el proceso de inducción se busca ayudar a los nuevos estudiantes practicantes a tener un comienzo productivo, ya que se encontrarán con un medio desconocido del cual aún no conoce ni el funcionamiento, ni las políticas, ni normas que son extraños para ellos. Así también que conozcan las necesidades prioritarias y esenciales de la población a atender, introducir un sentimiento de pertenencia y aceptación para generar entusiasmo entre compañeros y con el resto de personal que la conforma.

“El tiempo invertido en la inducción de un nuevo empleado es un elemento fundamental de la relación futura entre éste y la organización. Cada compañía debe tener un método propio adecuado a su estilo más o menos sofisticado, más o menos extenso. Lo importante es que debe existir”⁴

El tiempo de la inducción es crucial para el estudiante practicante como se hace referencia debe de estar informado de los aspectos generales del Patronato del Diabético y como ha sido el desempeño del departamento de psicología dentro de la institución en años anteriores. Debe conocer qué es un paciente diabético, el curso de la enfermedad, sus consecuencias psicobiosociales con el fin de intervenir profesionalmente dentro de este campo clínico.

Los estudiantes practicantes deben de adaptarse lo más rápido posible al nuevo ambiente ya que la población que asiste al Patronato del Diabético requiere en ocasiones atención de inmediata y el estudiante debe estar ya en la capacidad para poder intervenir.

Dentro del ambiente educativo y profesional es fundamental se formen a los estudiantes dentro de un amplio conocimiento, aunque se reconocen los límites

⁴ ALLES, Martha. 5 pasos transformar una oficina de personal en un área de Recursos Humanos. Ediciones Granica. Buenos Aires 2005. pp. 307

tanto de la enseñanza como los límites económicos, sin embargo, un psicólogo debe estar en la capacidad de atender esa totalidad que demanda la población.

1.1.2.3 ¿Qué es un manual?

“Los manuales son una de las herramientas más eficaces para transmitir conocimientos y experiencias, porque ellos documentan la tecnología acumulada hasta ese momento de un tema. Son una de las mejores herramientas administrativas porque le permiten a cualquier organización normalizar su operación y el desarrollo de una organización dándole estabilidad y solidez”⁵

En este sentido en el manual se pretende describir en forma detallada información que sea importante para los estudiantes practicantes en la intervención psicológica. La construcción de un manual que no solamente apoye a los estudiantes en el abordaje psicológico sino también a la población que asiste al Patronato del Diabético, en el cual incluya contenidos teóricos psicológicos y metodológicos que ayuden en la formación profesional de los estudiantes, permitiéndoles adquirir los conocimientos necesarios que son fundamentales en la práctica clínica. Dar la información sistematizada y ordenada para que el estudiante comprenda con exactitud los conocimientos dados.

En objetivo del manual es apoyar al estudiante practicante y sobre todo al paciente que padece diabetes, ya que la diabetes es una enfermedad crónica que afecta a muchos guatemaltecos y que aún no existen campañas promoviendo la salud, de igual manera no existe prevención primaria, secundaria y terciaria sobre la misma.

⁵ ÁLVAREZ TORRES, Martín. Manual para elaborar manuales de políticas y procedimientos. 14ª. ed. Editorial Panorama. México 2006pp. 145

1.1.2.4 Diabetes mellitus

La diabetes mellitus a nivel mundial, es un problema producto de otro factor que es la obesidad que a la vez es producto de estilos de vida inadecuados, tal y como es el sedentarismo y dietas altas en grasa. Es decir la diabetes si bien es cierto tiene un alto porcentaje genético en su incidencia, el estilo de vida es un factor fundamental para llegar a desarrollarla.

A muchas personas que son diagnosticadas con esta enfermedad les produce dificultad al momento de tener que llevar un control sobre su diabetes y pasa mucho tiempo para cambiar su estilo de vida.

El estilo de vida que lleva el paciente diabético es necesario conocerlo, ya que esto implica el por qué del desarrollo de la diabetes, aunque en algunas personas puede ser por herencia genética. Se entiende por estilo de vida como *“una forma genérica en la que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultural. De esta misma perspectiva, algunos autores han propuesto la idea de dos estilos de vida. 1. Estilo de vida saludable, con dos dimensiones que califican como: a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol, etc. y b) actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, manteniendo de un bajo índice de masa corporal, etc. y 2. Estilos de vida libre, caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior; consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables, despreocupación por la apariencia física”*.⁶

En Guatemala es muy frecuente ver a personas no realizar actividades físicas ni mantener una alimentación saludable ya que por las condiciones

⁶ OBLITAS GUADALUPE, Luis A. Psicología de la Salud y calidad de vida. CengageLearning Editores.. México. 2005. pp. 29

económicas del país se enfoca en realizar las tareas laborales, lo que lo obliga a consumir cualquier tipo de alimento que no contienen los nutrientes necesarios para su organismo. Un paciente diabético tipo 2, comúnmente es diagnosticado, primero con obesidad o con sobrepeso y esto debido a una dieta poco o nada saludable que incluye exceso de grasas saturadas y el sedentarismo que lo acompaña, lo que implica un gran riesgo para su salud y por lo tanto, una de las consecuencias de ello es la diabetes mellitus y que consigo también conlleva diversas enfermedades.

Una persona guatemalteca no puede incluir en su canasta básica todos los alimentos para llevar una vida saludable, ya que los ingresos económicos no cubre en totalidad todo lo que requiere una persona promedio, así mismo, tampoco se cubre si esta persona tiene más miembros en su familia y otros gastos como vivienda, educación y servicios básicos. Por lo tanto, la esperanza de vida de un guatemalteco es poca, aunado a esto la violencia que afecta también a la población.

El paciente debe cambiar su estilo de vida para poder tener una mejor calidad de vida *“La calidad de vida es un concepto que involucra diferentes grados de aspectos emocionales, intelectuales y culturales y que va más allá del confort material. Se relaciona con la percepción de bienestar de manera diferente a situaciones idénticas. La psicología necesita ser una ciencia que se base en lo positivo y que sirva para prevenir enfermedades y aportar algo al desarrollo de la calidad de vida, ya que la psicología se ha basado en lo negativo o patológico, y han quedado sueltos muchos aspectos importantes como son, la esperanza, la creatividad, la espiritualidad y la responsabilidad, por lo que la psicología debe influir positivamente en la salud”*⁷

⁷GARDUÑO ESTRADA, León; et.al. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. Editorial Plaza y Valdés. México. pp. 62

El objetivo del estudiante es lograr que el paciente reconozca que debe modificar ciertas conductas que son poco saludables y dedicar tiempo al cuidado de su persona. He aquí la importancia de la psicología, que el paciente logre mejor su percepción de vida, luego de un diagnóstico como la diabetes.

La diabetes mellitus es *“La diabetes es un trastorno metabólico crónico caracterizado por elevación de la concentración de la glucosa circulante. La enfermedad es producto del aporte o la acción insuficientes de la hormona insulina, que normalmente sirve como el principal regulador del metabolismo intermedio”*⁸

*“Existen dos tipos de diabetes mellitus tipo 1 y 2: la diabetes mellitus tipo 1 aparece generalmente en personas jóvenes y se presenta cuando las células betas del páncreas, la que producen la insulina, son destruidas por el propio organismo. El tratamiento consiste en seguir una alimentación sana y balanceada, practicar ejercicio físico y el uso de inyecciones de insulina. En la diabetes mellitus tipo 2, el páncreas si es capaz aún de producir insulina, pero su producción es mínima a veces incluso en exceso. El problema se encuentra en las cerraduras de las puertas de las células que están estropeadas y hace que la insulina, que es la llave, las abra con dificultad. Por ello el tratamiento es con medicamentos hipoglucemiantes”*⁹

La mayoría de pacientes tipo 2 es obesos, por lo que también podrían sufrir otras enfermedades como la hipertensión arterial.

En el Patronato del Diabético diariamente son diagnosticadas aproximadamente 5 personas por día, con índices de glucosa elevados, llegando el paciente a consulta en un estado crítico, lo que significa que está enfermedad

⁸ McDermott, M.T. (2009) MKSAP14 (MEDICAL KNOWLEDGE Self-Assessment Program. ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO. Editorial Intersistemas. México, D.F. pp. 2

⁹ TÉBAR Massó; et.al. La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. 16a. ed. Editorial Médica Panamericana España. 2009. pp. 70

va cada vez en aumento, sin que exista campañas de información y prevención de la misma, es en este estado crítico donde el estudiante practicante o psicólogo debe intervenir realizando campañas de prevención terciaria para que el paciente mejore su calidad de vida, que drástico que se hable de prevención en este estado, cuando el Ministerio de Salud Pública debe cumplir con una de sus funciones fundamentales como lo es la promoción de la salud.

El doctor Marín quien es director médico del Patronato del Diabético refiere *“este asesino (la diabetes) mata casi tanta gente como la violencia: unas 5 mil personas al año”, aunque aclara que, como no existe en el país un registro central confiable, muchos más mueren sin diagnóstico. Así mismo el Patronato del Diabéticos indica una prevalencia de la diabetes en el país de 8,4% lo que indica que entre 118 y 120 mil personas padecen de esta enfermedad y los datos estadísticos en poder de las autoridades guatemaltecas indican que de ese total un 56 % corresponde a hombres y 39% a mujeres, es decir que el mal afecta a tres de cada cinco varones y dos de cada cinco mujeres guatemaltecos”*¹⁰

Aunque con los grandes avances en la medicina los pacientes que padecen de diabetes mellitus pueden tener una mejor calidad de vida, ya que anteriormente se utilizaba insulinas provenientes de los animales lo que causaba en algunos pacientes reacciones secundarias como alergias, en la actualidad existen insulinas parecidas a la que produce el ser humano pero con la variante de que el costo es mayor.

En la población guatemalteca existen muchos mitos acerca de esta enfermedad que hace que su padecimiento sea considerado una sentencia de muerte, y base para el padecimiento de problemas emocionales y psicológicos, familiares y económicos.

¹⁰ Entrevista con el Dr. Marín. Director médico del Patronato del Diabético. Marzo 2014

1.1.2.5 Paciente diabético

Es aquella persona que es diagnosticada con una enfermedad denominada diabetes mellitus, en los cuales sus índices de glucosa se encuentran elevados *“El paciente diabético con una alteración del metabolismo de hidratos de carbono, que tiene la tendencia a la hiperglucemia en ayunas y peligrosos picos de glucosa en sangre después del desayuno”*.¹¹

Definitivamente, el aceptar y comprender que hay una enfermedad que acompañará por un largo período de tiempo produce en cada paciente diabético diferentes emociones como: la frustración, enojo, tristeza, impotencia, melancolía y una intensa lucha por vivir y ayudar a otras personas que han desarrollado diabetes. Cada persona experimenta las emociones de forma particular, dependiendo de sus experiencias tales como el aprendizaje, el carácter formado a lo largo de su vida y el entorno en el que actualmente le rodea.

Toda persona que es diagnosticada con diabetes mellitus sufre un duelo por la pérdida de salud, su estilo de vida deberá de cambiar radicalmente, y el duelo se define en el siguiente párrafo:

*“El duelo como sentimiento de pérdida de objetos psíquicos o nivel psicosocial. La pérdida de la salud como una clara experiencia psicológica de pérdida de objetos psíquicos por parte de cualquier enfermo. La gama de duelos que pueden tener lugar desde esta perspectiva son muchos, estando muy vinculados a niños, adolescentes y ancianos”*¹². La presente cita da referencia que el proceso de la enfermedad en niños y adultos no es el mismo, por lo tanto el abordaje tampoco, esta guía está orientada a personas adultas.

¹¹ Op.cit. pág. 2

¹² Gómez, Marcos. La Pérdida de un ser querido. El duelo y el luto. Editorial Arán. España. 2007. pp. 45

El duelo se entiende como un proceso en que un conjunto de manifestaciones fisiológicas, intelectuales, emocionales y conductuales que se manifiestan como consecuencia de una pérdida como la salud. Una persona con diagnóstico de diabetes experimenta dichas manifestaciones sin encontrar el afrontamiento correcto ante esta pérdida, se suele presentar ansiedad, depresión, angustia, desesperanza, una visión. En esta situación la pérdida provoca dolor total en todos los ámbitos de su vida, es un dolor biológico, psicológico, social, familiar y espiritual. Así como la pérdida de un ser querido, la pérdida de salud debe pasar por el mismo proceso con el fin de que el paciente logre la aceptación o asimilación del mismo.

Por lo tanto, el estudiante que interviene en el paciente diabético debe tener una sólida formación en relación a esta problemática y la guía pretende enfocar todos esos ambientes inherentes al tratamiento. En última instancia la guía pretende mejorar el proceso de intervención psicológica ya establecido en el Patronato del Diabético y con ello la calidad de vida del mismo, es así como se describe a continuación lo que es una intervención psicológica.

1.1.2.6 Intervención psicológica

*“La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicas con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos, a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas.”*¹³

En el caso de la intervención psicológica en pacientes diabéticos, debe estar dirigida al manejo de los cambios que implica la situación de padecer

¹³ TRULL, Timonthy. y PHARES, Jerry. Psicología clínica. 6ª. ed. México: Editorial Thomson Learning, 2005, p. 58

diabetes, tanto física como emocional y su manejo nivel individual, familiar, laboral y social, buscando su calidad de vida a pesar de su padecimiento. La adaptación al nuevo estilo de vida es fundamental ya que de esto dependerá la eficiencia del tratamiento médico ya que el paciente es fatalista acerca de su futuro, debido a que el diagnóstico de diabetes es una noticia de una muerte en corto tiempo y no le da la importancia a los cuidados médicos, aseveración que es incorrecta ya que una persona que padece diabetes que sigue los cuidados necesarios puede tener una buena calidad de vida.

La intervención psicológica debe estar dirigida a la aceptación, creando mecanismos de afrontamiento, que le permitan lidiar de mejor manera cada situación que se le presente, llegándose a considerar no como paciente diabético, si no como una persona que padece diabetes que tiene una vida más allá de la enfermedad, buscando ampliar su futuro y que encuentre otras posibilidades, que la vida no se acabó por padecer diabetes sea tipo I o II. Para la cual debe de utilizar un método para inducir cambios en el comportamiento, pensamientos o sentimientos de una persona. Para el estudio se sugiere la terapia cognitiva conductual como el método de intervención eficiente en el tratamiento de pacientes que padecen diabetes mellitus. Pero antes es fundamental entender en qué consiste el proceso terapéutico para lograr la eficiencia del tratamiento

1.1.2.7 Proceso terapéutico

El proceso terapéutico hace referencia al conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico y que abarca desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento.

En todo proceso es importante, establecer cuáles son los pasos a seguir tomando en cuenta lo que necesita el paciente, en el caso del que padece diabetes lograr estabilizarlo después de enterarse de su padecimiento y posteriormente ayudar a encontrar las herramientas que le permita el manejo de

los cambios que le vienen, por el nuevo estilo de vida. Lo que hace necesario establecer los objetivos de cada sesión y la selección de la técnica de intervención que permita lograrlos, que en este caso se sugiere la terapia cognitivo conductual como la idónea, ya que su uso ha sido comprobada en la atención de pacientes hospitalarios con enfermedades crónicas.

En el caso de que un paciente diabético no responde al tratamiento propuesto, se debe replantear otro tipo de técnicas a aplicar, realizando previamente un análisis del porqué, ya que eso puede deberse a diversas causas como lo es la mala aplicación las técnicas por parte del profesional, la falta de compromiso del paciente en el proceso, no llevar a cabo las tareas asignadas por resultar complicadas para él o bien el factor económico que haga que sea inconsistente en el proceso o bien lo abandone.

Una vez aplicadas las distintas técnicas, y ya recuperado el paciente y haber alcanzado el objetivo terapéutico, se valoraran los resultados y se establece un seguimiento del paciente para asegurarnos de que los resultados logrados al final del tratamiento se mantengan con el paso del tiempo. Al terminar el tratamiento, resulta difícil que las personas acudan a sesiones de seguimiento, lo cual es una de las dificultades que el terapeuta y una de las herramientas para poder lograrlo es la terapia a utilizar, y la terapia cognitiva conductual es la idónea por su aplicabilidad de su procedimiento y su aplicación a los procedimientos médicos debido a que los pacientes están acostumbrados con los protocolos que se aplican en la institución.

1.1.2.8 Terapia cognitivo conductual

El tratamiento psicológico de la diabetes mellitus, bajo un enfoque psicoterapéutico cognitivo-conductual, obedece a la necesidad imperante de dar alternativas viables y eficaces de tipo psicológico como propuestas de intervención

en el campo de la salud en diferentes padecimientos y que actualmente se requieren como medidas de prevención primaria, es decir, como tratamiento básico al manejo médico.

Es importante mencionar que en el tratamiento de la diabetes mellitus se ha utilizado equivocadamente del modelo médico, que considera y brinda mayor importancia al aspecto físico y fisiológico que al aspecto emocional, cognitivo y conductual del paciente. Por ello, el abordaje psicosocial de las enfermedades o padecimientos físicos permite dar una visión integral y multidisciplinaria y, como consecuencia, generar una apertura para que la intervención psicológica sea un espacio relevante que contribuya al tratamiento de los aspectos psicoemocionales de los pacientes a través de intervenciones específicas como la psicoterapia cognitivo-conductual.

*“El modelo cognitivo-conductual propuesto por Beck y Ellis puede entenderse como un método colaborativo, partiendo del supuesto de que la gente o el paciente cambia su manera de pensar más rápidamente si la razón del cambio proviene de su propia introspección. Este modelo propone que las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión de pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes, en donde el papel de terapeuta es ayudarlo a reconocer sus estilos idiosincrásicos de pensamiento y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica.”*¹⁴

Un aspecto importante dentro del tratamiento con la terapia cognitivo conductual es que el paciente es un sujeto activo dentro del proceso, ya que permite que puede establecer algunos objetivos en cada sesión, no solo los objetivos propuestos por el profesional, ya que esto lo involucrara en su recuperación.

¹⁴HERNÁNDEZ, Nicolás; Juan Sánchez. Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la salud. Mexico: Libros en red. 2007. p.51

“Es una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas, donde se integran la intervención clínica directa del problema (terciaria) con la intervención secundaria (prevención) y primaria (promoción), y que utiliza procedimientos cognitivos, comportamentales y experienciales para modificar fallas en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos. Enfatiza la modificación cognitiva de esquemas, procesos y productos, y las relaciones que el pensamiento automático o controlado y las distorsiones cognitivas establecen con la conducta motora y las emociones. Básicamente, el tratamiento se focaliza en la identificación y corrección sistemática de aquellas estructuras informacionales cognitivo/afectivas, así como aquellos aspectos relacionados con la filosofía de vida, los valores, los esquemas motivacionales y el sistema general de creencias del paciente.”¹⁵

Los pensamientos son la manera en que el paciente diabético entiende su realidad, en la cual subyacen estructuras cognitivas, las cuales están formadas por las experiencias que ha tendido, que en el caso de la diabetes, estaría formado por la experiencia de tener un familiar que la ha padecido, los comentarios recibidos acerca de lo catastrófico que puede ser si se complica y otros, que podrían establecer un esquema negativo, que produzca una respuesta de desesperanza en el paciente. El que la terapia cognitiva conductual sea estructurada permite establecer la eficiencia del tratamiento ya que cada sesión debe ser evaluada en relación con los objetivos propuestos.

Se postula, al menos, siete principios básicos que subyacen a la terapia cognitivo-conductual y que pueden ser aplicables a todos los casos sean del Eje I o del Eje II según DSM-IV TR, sean sencillos o complejos:

¹⁵RISO Walter. Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. 1era. Edición. Grupo editorial norma. Bogotá 2006. p.29

- *“Primer principio: Los pensamientos influyen en las emociones, conducta y reacciones corporales.”¹⁶*

Uno de los aspectos fundamentales de la terapia cognitiva es el entendimiento de sus pensamientos y que efecto estos tienen, ya que esto determinara la modificación de los mismos por otros más positivos.

- *Segundo principio: Se orienta hacia el presente, limita el tiempo a un número determinado de sesiones, es estructurada, colaborativa (se explica el modelo al paciente, quien lo acepta) y educativa.”¹⁷*

Entender el presente del paciente diabético, determinará los aspectos de su vida a trabajar y el hecho de ser estructurada se ajusta a el procedimiento médico al que están acostumbrados. Permite que el paciente se involucre en su proceso de tratamiento.

- *Tercer principio: Requiere de los mismos ingredientes esenciales de las otras psicoterapias, como buena alianza terapéutica y una evaluación de diagnóstico extensa.”¹⁸*

Dentro del proceso de tratamiento el compromiso del paciente es importante ya que de no serlo el efecto de las técnicas a utilizar no tendrán la eficiencia que se desea, nunca olvidando realizar una buena clínica para poder hacer una evaluación diagnóstica.

- *Cuarto principio: La terapia se deriva y procede de la conceptualización del terapeuta, quien obtiene los datos provenientes de paciente.”¹⁹*

El estudiante tiene que tener los conocimientos necesarios de la terapia cognitiva conductual para poder hacer una adecuado análisis de la cognición del paciente, ya que de esto depende la estructuración del proceso terapéutico.

¹⁶RISO Walter. Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. 1era. Edición. Grupo editorial norma. Bogotá 2006. p. 33

¹⁷Ibidem

¹⁸Ibidem, p.34

¹⁹Ibidem, p. 36

- *Quinto principio: Usa las técnicas de resolución de problemas. Rompe los problemas mayores en unidades manejables e identifica los pensamientos y creencias en la resolución de problemas.*²⁰

Identificar los pensamientos que causan conflicto son los que se deben de trabajar en primer lugar, ya que de esta manera se podrá acceder a otros más profundos que permita una reestructuración cognitivas.

- *“Sexto principio: Usa variedad de técnicas cognitivas. Utiliza para identificar los pensamientos automáticos e imágenes, el recuerdo, el cambio de las emociones y el afecto, roleplaying, imaginación inducida, etc. Usa el descubrimiento guiado para encontrar significados. Identifica las creencias centrales. Reestructura el pensamiento y creencias disfuncionales (a través del empirismo colaborativo).”*²¹

Tiene gran variedad de técnicas cognitivas que permitirán elegir la más adecuada para lo que necesite el paciente para lograr la eficiencia en el tratamiento, que permita cambiar el pensamientos negativos, por otros aceptables.

- *Séptimo principio: Utiliza también varias técnicas conductuales. Control y agenda de actividades, tareas asignadas en forma gradual, experimentos conductuales para poner a prueba las creencias y pensamientos, jerarquía de estímulos y exposición, relajación.”*²²

Las técnicas conductuales ayudaran al manejo de la expresión de los pensamientos. No olvidando que si bien son técnicas conductuales su fin siempre será cognitivo.

*“La meta de esta terapia es la modificación cognitiva del procesamiento de la información alterado en sus distintos niveles de complejidad.”*²³ En muchos pacientes, el diagnóstico clínico de diabetes mellitus puede ser el punto de partida para la aceptación de problemas conductuales, emocionales y cognitivos, así

²⁰Ibidem. p.36

²¹Ibidem, p.37

²²Ibidem, p.37

²³Ibidem, p.31

como reacciones de negación e incredulidad, actitudes de ira y enojo, ocultamiento o evasión. La elección de una orientación psicológica definirá la forma en que se guiará al paciente al manejo de los aspectos psicológicos, y la forma de abordaje de la problemática que afecta al paciente, lo cual determinará el éxito de la intervención psicológica.

Algunos pacientes ocultan el padecimiento y tratan de dominar y controlar las emociones, los conflictos, o reaccionan con actitudes regresivas; otros tratan de aprender todo lo relacionado con aspectos médicos, fisiológicos y psicológicos de la enfermedad con el objeto de aminorar la ansiedad y depresión, familiarizándose con datos y pronóstico de su padecimiento, haciendo importante el trabajo del estudiante para que el paciente diabético logre tener una calidad de vida a pesar de su enfermedad.

“Los factores psicosociales en la personalidad del paciente con diabetes mellitas son determinantes para la aceptación y/o negación de su enfermedad, y sobre todo para cómo enfrentarla; algunos pacientes perciben su padecimiento como castigo infringido que puede tener un efecto negativo en la autoestima, así como en su economía, en sus relaciones interpersonales y en la dinámica familiar, rompiendo en muchos casos el equilibrio y estabilidad familiar y social. Los trastornos emocionales en el paciente diabético pueden desencadenar inestabilidad en su ámbito cognitivo-emocional-conductual y repercutir en un inadecuado control metabólico.”²⁴

El aspecto psicosocial dentro de un proceso es fundamental ya que esto determinará el futuro de la eficiencia del tratamiento sea la técnica terapéutica que se utilice. En el caso del paciente diabético en Guatemala uno de los aspectos fundamentales es lo económico debido a las condiciones de pobreza en la que se encuentra gran parte de la población que no llega a cubrir la canasta básica, ya

²⁴HERNÁNDEZ, Nicolás; Juan Sánchez. Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la salud. México: Libros en red. 2007. p.49

que el tratamiento puede ser difícil de cumplir a pesar de tener toda la disposición en su cumplimiento, y esto agrava su situación tanto física como emocional, llevándolo a una situación de indefensión.

1.1.3 Hipótesis de la Investigación

Por las características de la investigación no se requieren de la elaboración de hipótesis, no se busca causa-efecto de un fenómeno, únicamente se está elaborando un manual en el cual se incluye información indispensable para que el estudiante realice su práctica ante una intervención psicológica con pacientes que padecen diabetes de una forma profesional

Esto según las siguientes categorías de análisis: necesidades de formación, intervención psicológica, pacientes diabéticos, contenidos específicos, metodología e instrumentos y manual de inducción.

1. 1. 4 Delimitación

La presente investigación se llevo a cabo en el mes de agosto del presente Año, en el centro de práctica Patronato del Diabético ubicado en la 11 calle 1-04, zona 1, con estudiantes del séptimo y noveno semestre que asisten en la jornada matutina y con los estudiantes de séptimo y noveno semestre que realizan práctica en el Centro Fe y Alegría No. 9, Amparo II, zona 7. Todos los estudiantes que participaron en la investigación realizan práctica en el área clínica.

El propósito de la investigación fue identificar las necesidades de formación académica que tienen los estudiantes en el ejercicio profesional como psicólogos al momento de realizar una intervención terapéutica con personas que padecen de diabetes.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas de muestreo

Se utilizó el muestreo no probabilístico, optando por el intencional o de conveniencia, para la cual la muestra estuvo conformada por un total de veinticinco estudiantes que realizan sus prácticas en el área clínica. La muestra dio una perspectiva más integral acerca del conocimiento necesario que deben conocer los estudiantes acerca de la enfermedad y las necesidades de formación académica que tengan en su desarrollo profesional. Los criterios de inclusión fueron: ser estudiante de psicología, realizar práctica en el área clínica, cursar 7mo. y 9no. semestre.

2.2 Técnicas de recolección de datos

Dentro de las técnicas de recolección que se utilizaron fue *la observación y guía del grupo focal*.

2.2.1 Técnicas

- El tipo de observación que se utilizó fue libre con el objetivo de identificar el desempeño profesional que el estudiante tiene, así como las técnicas e instrumentos que utiliza, y con ello se determinó las carencias existentes en la práctica clínica con pacientes diabéticos.
- Grupo focal: se realizó un grupo focal con el objetivo de determinar las necesidades de formación académica y de práctica profesional de los estudiantes practicantes en la atención clínica a pacientes diabéticos, así mismo la información que se obtuvo es la base fundamental para la elaboración del manual de inducción. (Ver anexos)

2.2.2 Instrumentos

- El consentimiento informado: cada uno de los colaboradores firmo una hoja en la cual se les informo a los participantes sobre los procedimientos, propósitos y objetivos de la investigación, así mismo, se les garantizó el resguardo de su identidad como colaboradores. Se les explico que la información proporcionada será de importancia en el tratamiento de pacientes diabéticos.
- La guía del grupo focal realizada, fue abierta y estructurada. Estuvo compuesta por siete preguntas, en las cuales la número uno, dos y tres estuvieron dirigidas a consultar la ética profesional y las motivaciones de los estudiantes en el estudio de la psicología, lo cual dio una idea acerca de su disposición para realizar un proceso terapéutico y su compromiso con la profesión. Las preguntas cuatro, cinco y seis fueron dirigidas a establecer el conocimiento de la enfermedad y su formación como psicólogo para la intervención psicológica, y la pregunta siete fue para complementar algunos de los aspectos que los estudiantes creyeron fundamentales mencionar y que no fueron abordados en las preguntas anteriores. (Ver anexos)

2.3 Técnicas de análisis de información

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizaron técnicas cualitativas.

- Después de realizadas la guía de entrevistas grupal se procedió a su análisis utilizando la técnica cualitativa del discurso, que permitió la identificación de las necesidades de formación de los estudiantes y los contenidos que se incluyeron dentro del manual de inducción. Esa información se plasmó mediante una tabla de frecuencia de acuerdo a las respuestas más repetitivas y por último la codificación axial que fue la técnica que permitió concluir con un análisis cualitativo.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 Características del lugar y la población

3.1.1 Características del lugar

La investigación se llevó a cabo con los estudiantes pertenecientes a la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que estuvieron presentes en las instalaciones del Edificio “A” del Centro Universitario Metropolitano “CUM”, 9 Av. 9-45 zona 11, ciudad de Guatemala el día 12 de agosto del presente año en horario de 10:00 a 14:00 horas y en las instalaciones del Patronato del Diabético, 11 calle 1-04 zona 1, Ciudad de Guatemala, el 14 de agosto del presente año, en horario de 10:00 a 12:00 horas.

3.1.2 Características de la población

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Centro Universitario Metropolitano y del Patronato del Diabético, con la participación de los estudiantes que realizan sus practicas en el área clínica, para ello se contó con la participación de 25 estudiantes tanto del Patronato del Diabético y de los estudiantes del Centro de Práctica Fe y Alegría No. 9, Amparo, zona 7, que cursan actualmente del sexto y décimo semestre de la carrera de licenciatura en psicología.

3.2 Análisis cualitativo

Los estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como parte de su pensum de estudio, se encuentra la práctica psicológica supervisada cuyo objetivo es aplicar los conocimientos adquiridos en diferente centros, los cuales atienden a pacientes con diferentes

problemáticas, que van de violencia intrafamiliar, abuso y abandono infantil y de pacientes que padecen de enfermedades crónicas y que en muchas ocasiones se ven superados ante los casos que atienden.

En el caso del centro de práctica del Patronato del Diabético en el cual se realizó el estudio se logró establecer dos categorías fundamentales; la primera referente la formación que tienen los estudiantes en el tratamientos de pacientes diabéticos y la segunda los contenidos del manual que deben tomarse en cuenta en su formación como profesionales, llenando las carencias de conocimientos previos necesario para la intervención psicológica con pacientes diabéticos.

En la categoría *formación del psicólogo*, una de la sub-categorías son *conocimientos en la práctica*, donde los estudiantes hacen referencia al objetivo de estudio de la psicología y su compromiso profesional hacia los pacientes, podemos citar lo siguiente “*Ayudar a las personas*” está muy relacionado con el motivo por el que decidieron formarse como psicólogos.

En cuanto al conocimiento de las normas de ética que rigen en su actuación profesional, refirieron no conocer ninguna, aunque mencionan el secreto profesional como la única norma que conocen, lo cual fue uno de los aspectos tomados como déficit curricular, ya que los estudiantes refieren que no se les ha enseñado que es un código de ética ni saben cómo usarlo. De la misma manera se tiene un total desconocimiento acerca de la diabetes mellitus o de cualquier enfermedad crónica, por lo tanto carecen de un adecuado abordaje terapéutico; una de las deficiencias que más pronuncian los estudiantes es la aplicabilidad de pruebas psicológicas como herramienta indispensable en la intervención clínica y parte complementaria para el diagnóstico del paciente, así mismo sugieren que deberían existir cátedras en los cuales se aborden aspectos prácticos a los cuales se enfrentan en los centro de práctica. Es importante resaltar que la responsabilidad en cuanto a la formación profesional, no solamente depende de los catedráticos sino también de los deseos de aprendizaje de los estudiantes,

como ellos mismos los mencionaron “*ser autodidacta*”, ya que en la universidad únicamente se les enseña lo básico y deben ser ellos investigadores y contextualizar las problemáticas que vive cada paciente.

En la siguiente categoría, *contenido del manual* se estableció la importancia del conocimiento médico acerca de la enfermedad en lo referente al tratamiento médico, tipos de diabetes, signos y síntomas, los mitos acerca de la enfermedad y las recomendaciones a seguir para poder prevenirlo, que suele ser importante que el estudiante conozca, ya que el paciente cataloga al estudiante como especialista en diabetes y las dudas o consultas que el paciente hubiese podido aclarar con el médico prefiere resolverlo con el psicólogo, por lo tanto, el estudiante no debe ignorar aspectos básicos de la enfermedad para que pueda dar una explicación breve y entendible al paciente.

El proceso de psico-educación es importante a tomar en cuenta, ya que compromete al estudiante profundizar aspectos relevantes de la enfermedad y poder dar una orientación saludable al paciente en el proceso de aceptación de la enfermedad.

Otro aspecto de importancia es el psicológico, en el cual se resalta una metodología de intervención, donde se recomienda un tipo de terapia psicológica a utilizar, que abarque no solo el nivel individual, sino también familiar, ya que el proceso de aceptación de la diabetes conlleva cambios en el ámbito familiar o con quienes conviva el paciente.

Así mismo, se proponen técnicas o instrumentos que pueden funcionar dentro del proceso de tratamiento como lo es un protocolo de atención, test de diagnóstico, basados en las principales patologías que sufren los pacientes diabéticos, reforzando la técnica de entrevista inicial que es la base primordial que todo estudiante debe saber cuándo inicia un abordaje psicológico para que así

pueda cumplir el primer objetivo del proceso psicológico que es entablar rapport y empatía con el paciente.

El manual realizado llena la necesidad que tiene el estudiante en el tratamiento de pacientes diabéticos y busca que los estudiantes lleguen a ser más eficientes y responsables en la relación paciente-terapeuta.

A continuación presentamos al lector el manual de inducción dirigido a estudiantes practicantes que atienden pacientes diabético:

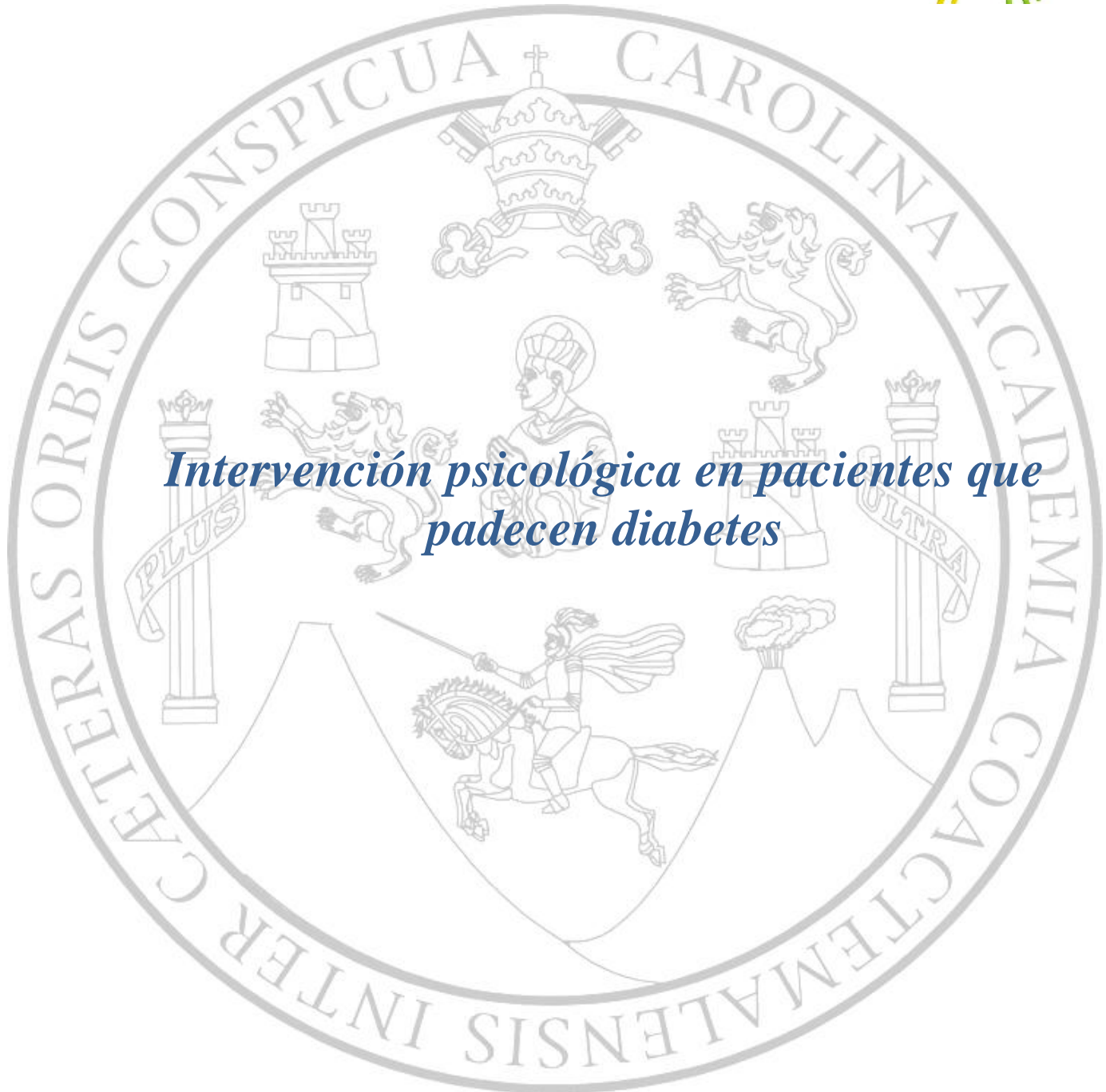
*Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano –CUM-
Escuela de Ciencias Psicológicas
Unidad de Graduación Profesional
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”*



M anual de inducción a estudiantes
practicantes para la intervención
psicológica de pacientes diabéticos
atendidos en el Patronato del Diabético.

AUTORES:

*Arnulfo Delgado Quiñónez
María Leticia Calel*



Intervención psicológica en pacientes que padecen diabetes

ÍNDICE

Presentación	
CAPÍTULO I Conocimientos básicos para un terapeuta clínico.....	1
Proceso terapéutico.....	2
Alianza Terapéutica.....	6
Variables y características del terapeuta.....	9
La interacción terapéutica.....	11
CAPITULO II Conociendo la diabetes.....	13
¿Qué es la Diabetes Mellitus?.....	14
Diabetes Mellitus Tipo 1.....	17
Diabetes Mellitus Tipo 2.....	21
Diabetes Gestacional.....	23
Complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus.....	24
Tratamiento para una persona que padece Diabetes Mellitus.....	29
Insulina.....	32
Mitos de la diabetes y el uso de la insulina.....	34
¿Qué es la Hipoglucemia?.....	39
¿Qué es la Hiperglucemia?.....	40
¿Qué son los medicamentos hipoglucemiantes?.....	41
Principales medicamentos (insulina, metformina, glimepirida, etc.).....	42
CAPÍTULO III Terapia cognitiva conductual como propuesta de intervención psicológica en pacientes que padecen diabetes mellitus.....	43
¿Qué es la terapia Cognitiva-Conductual?.....	44
Afrontamiento del paciente al momento de ser diagnosticado.....	49
CAPÍTULO VI Técnicas e instrumentos de la terapia cognitiva conductual.....	51
Técnicas cognitivas y conductuales.....	52
Técnicas e instrumentos.....	57
CAPÍTULO V ¿Cómo planifico mis sesiones terapéuticas.....	63
Planificación de las primeras cuatro sesiones con terapia cognitivo-conductual.....	64
Demostración de intervención con terapia cognitivo-conductual.....	74
Bibliografía.....	84
Anexos	

PRESENTACIÓN

El presente es un manual de inducción para estudiantes practicantes en la atención psicológica de pacientes diabéticos, su objetivo es dar a conocer los conceptos y estrategias básicas necesarias en el tratamiento de pacientes diabéticos, para poder lograr de mejor manera los objetivos terapéuticos propuestos en la intervención psicológica, así también contiene algunas de las pautas de comportamiento en el ejercicio profesional. Por favor, léalo bien, estúdielo y practíquelo mientras dure su relación terapéutica con un paciente diabético.

La diabetes es una enfermedad compleja, que tiene repercusiones psicobiosociales en el individuo que la padece y el acompañamiento del psicólogo es fundamental para entender los cambios que vienen. Algo fundamental para poder ser efectivos en el tratamiento es el conocimiento acerca de la enfermedad, empezando por lo médico, lo cual dará una idea acerca de la situación de salud en la que se encuentra la persona que se está tratando y luego la parte psicológica que es donde el psicólogo tiene una gran importancia para entender y ordenar las ideas de la personas que padece diabetes.

El manual está formado por cuatro capítulos:

- Capítulo I Conocimientos básicos para un terapeuta clínico.
- Capítulo II Conociendo la diabetes.
- Capítulo III Terapia cognitiva conductual como propuesta de intervención psicológica en pacientes que padecen diabetes.
- Capítulo IV Técnicas e instrumentos de la terapia cognitiva conductual.
- Capítulo V ¿Cómo planifico mis sesiones terapéuticas?

Capítulo I

Conocimientos básicos para un terapeuta clínico



Temas a abordar

- ✓ **Proceso terapéutico**
- ✓ **Alianza Terapéutica**
- ✓ **Variables y características del terapeuta**
- ✓ **La interacción terapéutica**

PROCESO TERAPÉUTICO

La diabetes mellitus representa un problema grave que afecta a la mayor parte de nuestra población guatemalteca, sin que existan campañas de prevención para disminuir las estadísticas de personas enfermas de diabetes. Por ello el apoyo al paciente que padece de diabetes debe ser integral, no solamente el control médico si no también recibir tratamiento psicológico que ayude al paciente a buscar formas de afrontamiento adecuadas y que logre aprender a vivir con la enfermedad.

El proceso terapéutico hace referencia al conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico y que abarca desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento. Algunos terapeutas establecen las siguientes fases por las que atraviesa el proceso terapéutico y que suelen ser fundamentales en la práctica con pacientes diabéticos:

- ✓ *Establecimiento de una relación terapéutica*, donde se pretende crear una buena relación con el paciente, puesto que de ella dependerá en parte la aceptación y confianza entre éste y el psicoterapeuta. Se debe establecer un buen *rapport psicológico*. Al mismo tiempo que se entabla la relación terapéutica, se inicia lo que sería la siguiente fase del proceso, la *evaluación conductual* que consiste en la recopilación de datos lo más exhaustiva posible, haciendo referencia a las distintas áreas de la vida del paciente, como las relaciones familiares, relaciones sociales, aspectos laborales y ocupacionales, elaciones de pareja y sexualidad, aspectos fisiológicos (tipos de enfermedades), entre otras, centrándose en especial en el motivo de consulta. Hacer una buena entrevista es indispensable para determinar los objetivos o las áreas de intervención, se debe recordar

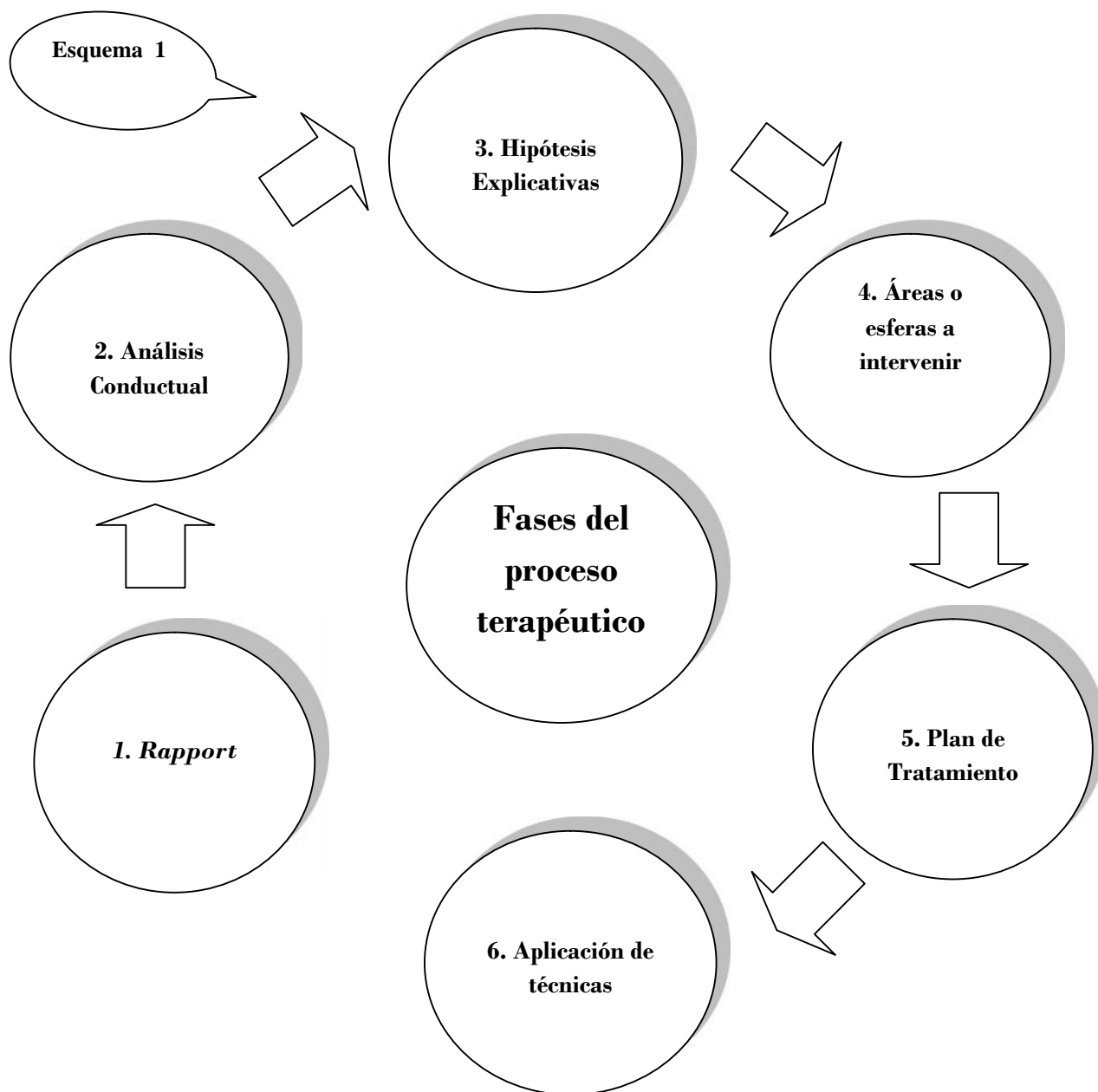
que el paciente sufre por el diagnóstico dado y debe ser cauteloso al momento de tomar nota.

- ✓ Realizar un *análisis conductual*, que consiste en la búsqueda de relaciones funcionales entre los distintos componentes de la conducta del paciente, que factores pueden desencadenar en el paciente crisis o angustia, hay que tener presente que por su condición de salud, se encuentra susceptible a cualquier evento.
- ✓ Una vez hecho el análisis conductual, se estipulan las *hipótesis explicativas*, es decir, se enmarcan los resultados del análisis conductual en un esquema teórico, se formula una explicación del problema, se plantea cuál ha podido ser el origen del mismo y lo que ocasiona que el problema se mantenga.
- ✓ Ya con la información recaudada, el análisis conductual y las hipótesis explicativas, se seleccionan las áreas de intervención, para que se pueda dar el tratamiento adecuado según las necesidades del paciente.
- ✓ Se fija un *plan de tratamiento*, se seleccionan las técnicas más adecuadas. Tal selección, a veces, está mediada por el paciente, es decir, el terapeuta debe explicarle a este previamente en qué consisten las técnicas que se le van a aplicar, puesto que debe estar dispuesto a ponerlas en práctica y por lo tanto, es necesario que él o ella esté de acuerdo. Asimismo, se debe considerar o analizar la situación del paciente, el entorno y los recursos que puedan favorecer el proceso de cambio.
- ✓ Con la selección de las técnicas, ponemos en marcha el tratamiento: empezamos a *aplicar las técnicas*. Es necesario evaluarlas de manera continua para asegurarnos de que el paciente las entiende y las trabaja en la forma correcta.

Es evidente que, si un paciente no responde al tratamiento propuesto, se debe *replantear otro tipo de técnicas* a aplicar, pasando previamente por un análisis del porqué no responde al tratamiento ya que eso puede deberse a que no se le han explicado del modo debido las técnicas o a que no es capaz de llevarlas a cabo por resultar complicadas para él.

Una vez aplicadas las distintas técnicas, y ya recuperado el paciente y haber alcanzado el objetivo terapéutico, se *valoran los resultados* y se establece un *seguimiento* del paciente para asegurarnos de que los resultados logrados al final del tratamiento se mantengan con el paso del tiempo. Al terminar el tratamiento, resulta difícil que las personas acudan a sesiones de seguimiento.

Fases del proceso terapéutico

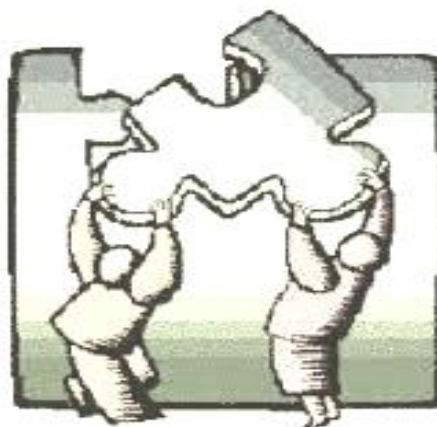


Conocer las fases del proceso terapéutico, permite abordar de manera adecuada al paciente, muchas veces no se presta atención a cada una de las fases y tendemos hacerlas desordenadamente. El proceso terapéutico te permite a ti como terapeuta poner más conciencia en lo que estás haciendo, sintiendo y pensando, ayudas al paciente a no sentirse solo y lo apoyas a no afrontar solo sus dificultades.

ALIANZA TERAPÉUTICA

La psicoterapia es un método de tratamiento que utiliza la comunicación. Los terapeutas deben tener un entrenamiento previo que los capacite para su ejercicio. La psicoterapia se fundamenta en bases científicas y en su aplicación se rige por principios técnicos, pero por encima de eso hay que considerarla, esencialmente, como **una relación humana de ayuda**.

Un ingrediente necesario para el terapeuta es su condición humana, su propia fibra afectiva que el permita solidarizarse con el que sufre y estar en disposición de ofrecer una ayuda sincera. Quien no sea capaz de experimentar estos sentimientos no podrá ser un buen terapeuta, ya que no se puede funcionar sólo a un nivel intelectual. En muchas ocasiones se puede ofrecer una buen ayuda si se dispone de experiencia, una adecuada dosis de sentido común y un corazón dispuesto a brindar calor humano al paciente. Aunque también se puede hacer mucho daño cuando una relación se conduce de forma desafortunada.



El aspirante a terapeuta cognitivo-conductual debe ser, en primer lugar, un buen terapeuta. Debe poseer algunas características necesarias, como la capacidad para responder al paciente en una atmosfera de relación humana con interés, aceptación y empatía. Independientemente de su destreza en la aplicación de las estrategias cognitivas, puede encontrar serios impedimentos si no posee características interpersonales esenciales.

Entre las características generales del terapeuta que facilitan la aplicación de la terapia cognitiva se encuentran la aceptación, la empatía y la autenticidad. Un terapeuta que posea estas cualidades y que las utilice adecuadamente puede lograr un considerable incremento en la efectividad del tratamiento. Estas características en sí mismas no son necesarias, pero no suficientes para conseguir un efecto óptimo de la terapia. No obstante, en la medida en que el terapeuta sea capaz de demostrar estas cualidades, está contribuyendo a crear un ambiente en que se puede aplicar más eficientemente las técnicas cognitivas. Son necesarias unas palabras de advertencia. Con frecuencia las técnicas cognitivas y conductuales aparecen engañosamente simples. En consecuencia, el terapeuta neófito puede verse orientado a equivocadamente, hasta el punto de llegar a ignorar los aspectos humanos de la interacción terapeuta-paciente. Así puede mantener con el paciente una relación como la de un computador con otro, en lugar de una persona con otra. Algunos terapeutas jóvenes, muy diestros en la aplicación de las distintas técnicas, les parecen a sus pacientes mecánicos, manipulativos y más interesados por las técnicas en sí, que por el paciente. El nuevo terapeuta a menudo se encuentra tan cautivado por las técnicas que olvida la importancia de establecer un fondo de relación terapéutica con el paciente. Los problemas interpersonales con el paciente constituyen una de las dificultades más comunes de los terapeutas cuando comienzan el aprendizaje de la terapia cognitiva. El terapeuta jamás debe perder de vista el hecho de que se está relacionado con otro ser humano y de que ambos tienen por delante una tarea muy compleja.

El terapeuta debe estar particularmente sensibilizado hacia:

- ✓ La importancia de la discusión y expresión de las reacciones emocionales del paciente.
- ✓ El propio estilo de comunicación habitual del paciente. El terapeuta debe de adoptar su propio estilo personal hasta conjugarlo con el del paciente. Afortunadamente, como la terapia cognitiva es activa, el terapeuta tiene

oportunidad de desarrollar un palio repertorio de estilos. Es ocasiones, por ejemplo, deberá mostrarse relativamente comedido; algunos pacientes necesitan una considerable preparación, otros, solamente, que les infundan el ánimo suficiente para tomar iniciativa.

- ✓ Las interrupciones de las operaciones interpersonales adaptativas del paciente como resultado del diagnóstico. El terapeuta debe de conocer los grandes obstáculos que supone el diagnóstico de la diabetes mellitus.

La hipersensibilidad del paciente hacia cualquier acción o afirmación que puede entenderse como un rechazo, indiferencia o desaprobación. Las respuestas desmesuradas a las interrupciones incorrectas del paciente pueden proporcionar datos muy valiosos, pero el terapeuta debe estar alerta a su operación y preparar el marco apropiado para utilizar constructivamente estas reacciones distorsionadas. (Beck, 1979)

VARIABLES Y CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA

El terapeuta debe tener prioritariamente una buena formación y un interés por las personas y su bienestar. La variable edad en un terapeuta no debe influir en el resultado del proceso terapéutico aunque sí puede afectar al momento de establecer una relación de confianza paciente-terapeuta. Si el paciente percibe al terapeuta como muy joven, puede no confiar en su experiencia y no considerarlo capaz para solucionar su problema.

Existe una serie de características, que debería tener todo buen terapeuta por el paciente; buena empatía, honestidad, credibilidad, flexibilidad y buen conocimiento de sí mismo.

Aceptación. Esta característica alude al respeto, a la preocupación y al interés que el terapeuta muestra por el paciente, lo cual es importante que el paciente perciba. La percepción de la aceptación que el grado real de aceptación que muestre el terapeuta. De cualquier modo, como en casi todas las cosas, los extremos no son buenos y son pocos deseables, pues van desde una relación exageradamente cordial, hasta una muy fría y distante. Ambas situaciones pueden ser mal interpretadas por el paciente. Al prestarle atención a paciente, el terapeuta está transmitiéndole su aceptación. Además, ésta se expresa, entre otros rasgos, a través de sus gestos, su tono de voz y sus expresiones verbales.

Empatía. Ésta es una de las características que más tiene en cuenta la mayoría de los autores que hablan de la relación terapeuta-paciente. La empatía alude a la capacidad para comprender los sentimientos del otro. Así, por ejemplo “*no sé si seré merecedor de esta persona*” una respuesta empática sería: “*no te crees lo suficientemente bueno para ella*”.

Honestidad. Esta característica hace referencia a que el terapeuta debe ser honesto y legal con el paciente expresando de manera abierta y clara sus opiniones. De cualquier manera, la honestidad debe manejarse con cuidado, porque ser claro no significa decir todo lo que se piensa u opina sobre el paciente. Ser ambiguo con el paciente puede provocar que éste desconfíe del terapeuta de su validez y que no exprese sus problemas en forma abierta, dificultando la relación y, por lo tanto la terapia.

Credibilidad. Que un terapeuta tenga una buena credibilidad, es decir, que sus palabreas (sean creíbles, válidas) tengan crédito, que sean fiables como fuente de información, es una de las características básicas de un buen terapeuta.

Flexibilidad. Es fundamental que el terapeuta sea flexible para ajustar su estilo a las necesidades de cada paciente. Los terapeutas flexibles adaptan métodos y técnicas a sus pacientes en lugar de forzar a éstos a adaptarse a sus técnicas. Buscan el modo más adecuado para que cada paciente pueda realizar las tareas impuestas.

Conocimiento de sí mismo. Al igual que su paciente, el terapeuta es una persona con sentimientos, pensamientos e incluso, con problemas pero éstos debe mantenerlos a un lado y no permitir que influyan en su relación con el paciente. Debe centrarse en la terapia y sentirse eficiente, capaz y competente para ayudar al paciente. Saber reconocer cuáles son sus limitaciones en un nivel teórico y práctico, es decir, saber lo que no sabe. También, es indispensable que sepa qué tipo de pensamientos y sentimientos tienen mayor influencia en los juicios que realiza, así como conocer las propias dificultades emocionales.

LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA

Establecer una buena relación es importante porque de ella dependen la aceptación, cooperación y confianza entre terapeuta y paciente. Existen casos en que los pacientes no asisten por voluntad propia, la mayoría de personas que asisten a consultas son referidas por los médicos o llevados por familiares, tal como lo son los pacientes que padecen de diabetes, ellos asisten al departamento de psicología por referencia del médico, ya que no logran asimilar el diagnóstico que se les ha dado, y en ocasiones entran en crisis. Por lo tanto hay que tomar en consideración estos factores ya que estos pacientes sufren al ser diagnosticados con diabetes, por conocer que es una enfermedad crónica degenerativa.

Así al comenzar la primera entrevista es necesario presentarse a dar la mano al paciente, si procede, e indicarle el sitio donde se debe sentar. Luego, es conveniente indicarle el tiempo aproximado que durará la entrevista, así como manifestarle la confidencialidad de lo que se va a hablar, todo ello dentro de un clima de confianza.

A continuación, se deberá explicar al paciente el propósito de la entrevista, sobre qué versarán las preguntas, lo que se espera de él (que sea colaborador) y, si es el caso, la información que ya se tenga de él. Dependiendo del paciente, se puede empezar con el tema principal o dar un pequeño rodeo, hablando de algo neutral unos instantes para que una vez que se rompa el hielo, se pueda indagar en el paciente.

Desarrollo del Rapport

El ***rapport*** es el sentimiento de armonía y confianza que debería existir entre paciente y terapeuta. Al poco tiempo de iniciada la sesión de tratamiento, el paciente debería estar cómodo, relajado y dispuesto a hablar libremente, proporcionando así la

información necesaria. La confianza y confidencialidad que el terapeuta empieza a desarrollar en la primera sesión puede aumentar su habilidad para manejar el curso de la terapia.

En realidad, cuanto más interés se tenga en ese factor (*rapport*) es más probable que el paciente continúe en el tratamiento. Además el *rapport* es un método esencial para obtener buena información. El *rapport* se desarrolla de manera gradual, pero hay ciertas conductas del terapeuta que aceleran su desarrollo, tales como una apariencia relajada, interesada y comprensiva; es probable que el paciente se sienta seguro y cómodo. Es fundamental cuidar la expresión facial y el contacto ocular. Puede ser adecuado desde el primer momento demostrar que nos hemos molestado en memorizar el nombre del paciente y hacer una presentación.

Capítulo II

Conociendo la Diabetes



Temas a abordar

- ✓ **¿Qué es la Diabetes Mellitus?**
- ✓ **Diabetes Mellitus Tipo 1**
- ✓ **Diabetes Mellitus Tipo 2**
- ✓ **Diabetes Gestacional**
- ✓ **Complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus**
- ✓ **Tratamiento para una persona que padece Diabetes Mellitus**
- ✓ **¿Qué es la Hipoglucemia?**
- ✓ **¿Qué es la Hiperglucemia?**
- ✓ **¿Qué son los medicamentos hipoglucemiantes?**
- ✓ **Insulina**
- ✓ **Mitos de la diabetes y el uso de la insulina**
- ✓ **Principales medicamentos (insulina, metformina, glimepirida, etc.)**

¿QUÉ ES LA DIABETES MELLITUS?

Una de las partes fundamentales antes de iniciar en el proceso de intervención psicológica con pacientes diabéticos es importante adquirir conocimientos médicos sobre lo que es la diabetes. Muchos de los pacientes que asisten a consulta piensan que todos los que permanecen dentro de la institución conocen que es la diabetes, por ello es indispensable que todos los terapeutas conozcan de la enfermedad, las complicaciones que conllevan, los medicamentos más frecuentes y así poder resolver dudas que los pacientes les puedan plantear.

La diabetes es un trastorno metabólico crónico caracterizado por elevación de la concentración de la glucosa circulante. La enfermedad es producto del aporte o la acción insuficientes de la hormona insulina, que normalmente sirve como el principal regulador del metabolismo intermedio. Los efectos más prominentes de la insulina son la estimulación de la captación de glucosa por los tejidos periféricos (principalmente el músculo esquelético) y la supresión de la producción de glucosa endógena (predominantemente por glucogenólisis y gluconeogénesis hepáticas). Además, la insulina, una hormona anabólica, suprime la lipólisis en adipocitos y la proteólisis en los músculos. En personas sanas las concentraciones de glucosa se mantienen dentro de los límites relativamente estrechos por la presencia de bajas concentraciones de insulina durante el ayuno (para suprimir la producción hepática de glucosa) y su secreción máxima durante las comidas (para dirigir la glucosa a las células donde se utiliza para la producción de energía). Los pacientes con diabetes, dependiendo de sus anomalías de aporte o acción de la insulina muestran vario grados de hiperglucemia en ayuno y especialmente en estados posprandiales. Debido a los efectos tóxicos de la hiperglucemia sobre los vasos sanguíneos y los factores de riesgo cardiovasculares concomitantes con frecuencia los pacientes con diabetes están predispuestos a las complicaciones vasculares crónicas que conllevan costos personales y sociales importantes de la enfermedad.

Durante el último decenio se ha dilucidado gran parte de la base fisiopatológica de la diabetes y sus complicaciones. Hoy se dispone de nuevas opciones terapéuticas y técnicas de vigilancia que permiten alcanzar una meta de control intenso de la glucemia en muchos pacientes.

La *American Diabetes Association* (ADA) y la Organización Mundial de la Salud comparten ahora criterios diagnósticos idénticos para los estados de diabetes y prediabetes. Las dos categorías de anomalías más leves del metabolismo de la glucosa se definen por tanto como:

- ✓ Alteración de la glucosa en ayuno, donde la cifra de glucosa plasmática está entre 100 y 125 mg/dL, y
- ✓ Alteración de la tolerancia de glucosa (ATG), donde la concentración de glucosa alcanzada de 140 a 199 mg/dL dos horas después de que el paciente recibe una carga de 75g de glucosa oral.

Las personas con alteración de la glucosa en ayuno o de su tolerancia tienen mayor riesgo de aparición futura de diabetes; a esas categorías por tanto se les conoce como “*prediabetes*”. Los criterios diagnósticos expresados son más importantes para la valoración de individuos con posible diabetes tipo 2, porque los de tipo 1 suelen acudir con una hiperglucemia más intensa, a menudo en el contexto de una urgencia hiperglúcemica aguda, y cuya identificación es relativamente directa. El diagnóstico de diabetes puede hacerse si un con una cifra aleatoria (o “causal”) de glucemia equivale a 200mg/dL o la rebasa en el contexto de los síntomas usuales de la hiperglucemia, como poliuria, polidipsia o visión borrosa (esta estipulación impide el establecimiento del diagnóstico en un paciente con hiperglucemia transitoria en el contexto de una enfermedad aguda, aunque muchos de ellos tendrán el diagnóstico de diabetes cuando estudien apropiadamente después de su recuperación). La hemoglobina A1c (HbA1c) es un marcador del control de la glucosa a largo plazo (dos o tres meses). Si bien una cifra

elevada es específica de la diabetes, es demasiado insensible para usarse como prueba de la detección sistemática. Muchos pacientes con diabetes leve pueden tener aun una cifra de HbA1c dentro de límites normales. Obviamente esa determinación pudiese cambiar si, como se ha propuesto, se disminuye el punto limítrofe de lo que se considera una HbA1c normal.

Recomendaciones de detección sistemática de la diabetes tipo 2 de la *American Diabetes Association*.

Considérese en todas las personas la detección sistemática cada tres años a partir de los 45 años de edad. Considérese la detección sistemática más frecuente y a una edad más temprana en personas que:

- ✓ **Presentan sobrepeso (índice de masa corporal >25)**
- ✓ **Son físicamente inactivas**
- ✓ **Tienen parientes de primer grado afectados por la diabetes**
- ✓ **Son de origen latino, africanoestadounidense o asiaticoestadounidenses, estadounidenses naturales o habitantes de las islas del pacífico.**
- ✓ **Tienen antecedentes de diabetes gestacional o tuvieron un hijo con un peso al nacer mayor de 4kg.**
- ✓ **Presentan hipertensión ($\geq 140/90$ mmHg)**
- ✓ **Tienen una cifra baja de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (≥ 35 mg/dL)**
- ✓ **Presentan una cifra alta de triglicéridos (≥ 250 mg/dL)**
- ✓ **Presentan el síndrome de ovarios poliquísticos**
- ✓ **Presentan acantosis nigricans**
- ✓ **Tienen alteración de la glucosa en ayuno o de la tolerancia a la glucosa según pruebas previas.**
- ✓ **Tienen antecedente de enfermedad vascular.**

**Adoptado de *American Association Standards of Medical Care in Diabetes*.
Diabetes Care. 2005; 28:S5-S7.**

DIABETES MELLITUS TIPO 1

La diabetes mellitus tipo 1, antes conocida como *diabetes mellitus insulodependiente*, afecta sobre todo a niños, adolescentes y adultos jóvenes delgados. El trastorno se caracteriza por la deficiencia absoluta de insulina por destrucción autoinmunitaria selectiva de las células betas pancreáticas, que son las encargadas de producir hormona. Clínicamente, el inicio de la diabetes tipo 1 es abrupto e intenso, con hiperglucemia notoria en varios días a semanas, relacionada con fatiga, poliuria, polidipsia, visión borrosa, disminución de peso, deshidratación, prurito o picazón, piel seca, y heridas que sanan lentamente. En los niños puede manifestarse enuresis secundaria.

La principal complicación aguda es la cetoacidosis diabética, que indica una deficiencia grave de insulina y se manifiesta por hiperglucemia intensa, contracción de volumen, lipólisis irrestricta y producción de cetoacidosis. La diabetes tipo 1 se trata exclusivamente con insulina; los agentes orales no tienen utilidad terapéutica. El riesgo de transmitir la DM tipo I aumenta cuando es el padre el afectado y parece estar restringido a los padres portadores de HLA DR4. Debe considerarse, en la DM tipo I, el concepto de *pre-diabetes*, que es la agresión inmunitaria asintomática que provoca la pérdida progresiva de la reserva insulínica producida por la destrucción de las células betas del páncreas. La mayoría de los casos de diabetes pueden retrasarse o incluso prevenirse mediante la dieta y el ejercicio adecuados. La detección precoz y el tratamiento pueden reducir el impacto de las complicaciones se ha demostrado que si la enfermedad se vigila y controla correctamente y se informa adecuadamente a los pacientes, éstos pueden asumir su situación como una restricción del estilo de vida y no como una enfermedad. Por ello es necesario situar a la diabetes en un lugar más alto en

la lista de prioridades de las autoridades sanitarias de todos los países, pero especialmente en aquellos donde esta enfermedad sea más frecuente.

Fisiopatología de la DM tipo I

- ✓ *En el metabolismo de los hidratos de carbono.* Los diabéticos presentan un metabolismo similar al que se tiene normalmente en ayuno. Al no haber insulina suficiente para facilitar la entrada de glucosa en la célula, el nivel de glucosa en sangre aumenta, con lo que la célula se deshidrata por osmolaridad; en consecuencia, hay un aumento de la osmolaridad en el compartimento extracelular y por ello, también en la sangre, dando lugar a la existencia de una hiperglucemia, que puede llegar a valores serológicos de 300-350 mg/ dL de glucosa.
- ✓ *En el metabolismo de los lípidos.* Cuando no se produce la captación de glucosa a través de la insulina, las células del organismo reaccionan obteniendo energía (ATP) de los ácidos grasos, aumenta el nivel sanguíneo de ácidos grasos y tienen lugar una serie de anomalías en el metabolismo lipídico, favoreciéndose el depósito de lípidos en las paredes de los vasos pudiendo derivar hacia una arterioesclerosis. En el hígado, por otra parte, se estimula el mecanismo de transporte a través de la carnitina (aminoácido conocido antiguamente como vitamina B-11) que interviene en el transporte de ácidos grasos hacia el interior de las células y aumenta la velocidad del proceso de generación de energía efectuando en el hígado a partir de grasas. Los derivados del catabolismo de los ácidos grasos, los cuerpos cetónicos, saldrán de las mitocondrias celulares y se irán acumulando en la sangre, dando lugar a una cetoacidosis. La cetoacidosis disminuye el pH sanguíneo y conduce al paciente a una situación crítica de coma diabético e incluso la muerte.
- ✓ *En el metabolismo de la proteínas.* Disminuye la síntesis de proteínas en los tejidos y los aminoácidos se utilizan para fabricar glucosa. La pérdida de proteínas se

manifiesta clínicamente, en conjunto con las alteraciones del metabolismo lipídico, en una disminución del peso y una polifagia o aumento del apetito. La disminución de peso, si bien es progresiva puede alcanzar un estado crítico denominado caquexia.

Diagnóstico Diferencial.

Se tendrá que hacer un diagnóstico diferencial con las siguientes enfermedades:

- ✓ *Hiperglucemia y glucosuria.* En las meningitis, accidentes vasculares cerebrales, deshidratación hipernatrémica, sueroterapia intravenosa.
- ✓ *Diabetes insípida.* Causada por la incapacidad de los riñones para conservar el agua, lo cual lleva a que se presente micción frecuente y sed pronunciada. Resulta de la producción insuficiente de hormona antidiurética por el hipotálamo. Puede ser causada por una lesión cerebral hipotalámica, un tumor cerebral, tuberculosis, encefalitis, meningitis y bloqueo de las arterias que irrigan el cerebro, entre otras.

Evolución

Por término medio las complicaciones de la diabetes se desarrollan entre 15 y 20 años después del debut de la misma, aunque hay pacientes que tienen complicaciones en el momento del diagnóstico y otros que nunca las desarrollan. Podemos dividir las complicaciones en *vasculares microangiopáticas*: retinopatías, nefropatías y neuropatías y en *vasculares macroangiopáticas*: derivadas de la aterosclerosis que pueden ocasionar isquemia periférica (claudicación intermitente y gangrena); cardiopatía isquémica, enfermedad coronaria, accidentes cerebro-vasculares. Otras complicaciones frecuentes son las *extravasculares* que son los trastornos de ulceración cutánea pedia, trastornos en la cicatrización de heridas, infecciones, hipertigliceridemias y trastornos de la conducta alimentaria.

Vigilancia de la glucosa.

El uso amplio de la vigilancia periódica de la glucosa capilar revolucionó el tratamiento de la diabetes hace dos decenios. Los medidores más modernos de la glucosa convierten automáticamente la cuantificación en sangre total a una cifra estandarizada en plasma, similar a la que se obtiene en las determinaciones por el laboratorio de sangre venosa. Los resultados de los medidores de glucosa caseros suelen estar dentro de 10 a 15% de la cifra real y permiten un ajuste razonable del control diario de la glucemia.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

La diabetes mellitus de tipo 2, antes llamada *diabetes mellitus no insulino dependiente*, es causa de 90 a 95% de los casos de diabetes en el mundo. El trastorno es una enfermedad muy diferente de la diabetes tipo 1, con un inicio mucho más lento. Los pacientes con diabetes tipo 2 suelen ser mayores de 40 años de edad y por lo general, aunque no siempre, con sobrepeso u obesidad. En fecha reciente, no obstante, dadas las tasas de obesidad crecientes en jóvenes, no es raro que en los adolescentes o incluso los niños de edad cercana acuda con la enfermedad tipo 2. El trastorno incluye resistencia a la insulina y deficiencia relativa de la hormona. Se desarrolla con un período inicial de resistencia a la insulina y conservación de la secreción (en realidad aumentada), ya que el páncreas intenta mantener la euglucemia. La función de las células beta pancreáticas finalmente desfallece y ya no puede cubrir las demandas periféricas con hiperinsulinemia. La concentración de insulina decrece y se hace manifiesta la hiperglucemia. No se conoce bien el defecto de la célula beta que señala la transición de una tolerancia normal de la glucosa a su alteración y después, a la diabetes son anormales en número y función, donde esta última se caracteriza por alteración de la primera fase de secreción de la insulina en el período posprandial temprano y aumento de la razón proinsulina: insulina, que sugiere procesamiento anormal de la hormona. Es importante que los pacientes con resistencia a la insulina no presenten diabetes si se conserva la función de sus células beta. Están en proceso de investigación activa estrategias farmacológicas para atenuar el avance de prediabetes a diabetes y prevenir que los pacientes que toman agentes orales requieran inyecciones de insulina. Puesto que la secreción de insulina persiste hasta cierto grado en virtualmente todos los pacientes con diabetes tipo 2, la cetoacidosis es rara excepto en circunstancias desusadas, durante enfermedades agudas graves que se manifiestan por concentraciones circulantes elevadas de factores contrarreguladores. Los marcadores autoinmunitarios de la enfermedad tipo 1 por lo general están ausentes en la tipo 2. En la mayoría de los

pacientes con diabetes tipo 2 coexisten otras características clínicas y bioquímicas que incluyen la adiposidad central, hipertensión, dislipidemia, (triglicéridos altos, colesterol de lipoproteínas de alta densidad bajo y aumento de partículas pequeñas de lipoproteínas de baja densidad (LDL), disfunción endotelial e inflamación vascular, que ubican a los pacientes en mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Esa multitud de manifestaciones a menudo se conoce como *síndrome metabólico* o *síndrome de resistencia a la insulina*, esta última denominación que recalca la participación fisiopatológica importante de la sensibilidad subnormal a los efectos metabólicos y vasculares benéficos de la insulina. Otras manifestaciones de este síndrome incluyen hiperuricemia, síndrome de ovarios poliquísticos en mujeres en edad de procrear, apnea obstructiva del sueño y esteatohepatitis no alcohólica (enfermedad de *hígado graso*). La diabetes tipo 2 puede tratarse con cambios del estilo de vida (restricción calórica, disminución de peso, ejercicio pero por lo general requiere uno o más agentes antihiper glucémicos orales. Un porcentaje sustancial de pacientes finalmente requerirá insulina, que cuando se administra a dosis adecuadas contrarresta la resistencia periférica a la hormona. Es de importancia señalar que la necesidad de insulina para controlar la hiperglucemia en el paciente con el tipo 2 de la enfermedad no indica que la enfermedad haya cambiado al tipo 1.

Prevención de la diabetes mellitus tipo 2

Ha surgido interés por la prevención de la diabetes tipo 2 en pacientes con prediabetes (*alteración de la tolerancia de la glucosa, o de la glucosa en ayuno*) con la mayor parte de la atención centrada en mejorar la sensibilidad a la insulina mediante modificaciones del estilo de vida o farmacoterapia. Sin embargo, los grupos de tratamiento activo en esos estudios requirieron respaldo significativo, incluido el de nutriólogos, fisiólogos del ejercicio y expertos en modificación de la conducta; tal respaldo no está fácilmente disponible para la mayoría de los pacientes en la práctica clínica.

DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional aparece durante el séptimo mes de embarazo y termina con el parto. El 2% de las mujeres embarazadas la presenta de manera temporal y un poco menos de la mitad tiene la posibilidad de desarrollar la diabetes mellitus de manera permanente. Existen condiciones de riesgo como obesidad (un sobrepeso mayor de 12 kg), abortos espontáneos, antecedentes de diabetes gestacional y glucemia mayor de 105 mg/100ml. En la actualidad se recomienda que toda mujer embarazada se someta a pruebas diagnósticas entre las semanas 24 a 28 de gestación para descartar la posibilidad de padecer diabetes.



COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DIABETES MELLITUS

Complicaciones agudas.

Las principales complicaciones agudas de la diabetes son urgencias hiperglucémicas e hipoglucémicas. Las primeras incluyen la cetoacidosis diabética, sobre todo en pacientes con enfermedad tipo I, y el síndrome hiperglucémico hiperosmolar (SHH), sobre todo en paciente con el tipo II. Si no se tratan, esos trastornos pueden causar secuelas graves y, por tanto, requieren atención médica urgente.

✓ *Cetoacidosis Diabética.*

La cetoacidosis diabética (CDA) es la complicación aguda de la diabetes que más pone en riesgo la vida y a menudo es manifestación de presentación de la tipo I. en pacientes con enfermedad tipo I establecida puede ocurrir CAD durante infecciones agudas agregadas, como influenza, neumonía o gastroenteritis, en especial en aquellos que no siguen reglas de “día de la enfermedad”; en lo que usan bomba de insulina cuando se interrumpe técnicamente la administración de la hormona, o en quienes no cumplen con su tratamiento. El incumplimiento es en general un problema de adolescentes y en quienes abusan sustancias. En casi todos los casos, la CAD es prevenible en un paciente bien instruido que cumple con la vigilancia de la glucosa y comprende la necesidad de usar mayores dosis de insulina durante el estrés. Pueden ocurrir CAD en paciente con el tipo II de la diabetes durante un estrés médico intenso, como ante una infección o un infarto miocardio avasallador. El síndrome de CAD indica una deficiencia importante de insulina en combinación con concentraciones circulantes excesivas de factores contrarreguladores, en especial el glucagón. Las principales manifestaciones de CAD, hiperglucemia, cetosis y deshidratación, tienen relación directa o indirecta con la deficiencia de insulina.

La carencia de insulina impide la captación de glucosa por el músculo y permite una producción hepática de glucosa sin restricción. La falta de supresión de la lipólisis también lleva a un exceso de ácidos grasos libres que se convierten en cetóacidosis (hidroxibutirato beta y acetoacético) por el hígado. Estos aniones no cuantificados llevan a la acidosis y en un momento dado a la acidemia, que pueden alterar la función cardíaca.

Complicaciones Crónicas

La enfermedad *microvascular* en la diabetes afecta a los riñones (*nefropatía diabética*), la retina (*retinopatía diabética*) y los nervios periféricos (*neuropatía diabética*),



si bien la patogenia de esta última tal vez tenga relación con las anomalías metabólicas intracelulares, además de los ataques isquémicos. El origen de la enfermedad microvascular se conoce mal. La enfermedad microvascular no se observa en grado

significativo ante trastornos diferentes a la diabetes y tiene correlación en su mayor parte con el grado de hiperglucemia. Los factores etiológicos incluyen estrés oxidativo, activación de la cinasa de proteína C, flujo de polioles y productos terminales de la glucosilación avanzada, cada uno posiblemente contribuye en diversos grados. El resultado es la isquemia tisular y, en un momento dado, la muerte celular. Las complicaciones macrovasculares afectan a las arterias coronarias, carotídeas y cerebrales; la aorta; y el riesgo arterial de las piernas, que pudiesen dar lugar a un infarto miocárdico, apoplejía y gangrena, respectivamente.

En contraste, la enfermedad macrovascular parece más estrechamente relacionada con el control de lípidos y la presión arterial, con un efecto menos evidente del control mismo de la glucosa.

✓ *Retinopatía diabética.*

Los cambios tempranos incluyen la presencia de exudados duros, microaneurismas y hemorragias menores a la exploración de fondo de ojo, conocida como *retinopatía diabética de fondo*. Este hallazgo no suele vincularse con declinación de la agudeza visual, pero es índice de la futura aparición de anomalías más significativas que pueden llevar a la pérdida de la vista. El trastorno que se denomina *retinopatía preproliferativa* se manifiesta por la presencia de “exudados algodonosos”, que son índice de infartos retinianos. Esa isquemia en un momento dado provee un estímulo para el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos (*neovascularización*). Los vasos que se forman son anormales en aspecto y estructura y susceptibles a la hemorragia. En el trastorno denominado *retinopatía proliferativa*, la fragilidad de los vasos sanguíneos los predispone a hemorragias significativas retinianas y del vítreo.

✓ *Nefropatía diabética.*

Se inicia con un período de hiperfiltración glomerular e hipertensión intraglomerular. Después, la lesión glomerular avanza, con pérdida eventual de la capacidad de filtración, que lleva a la azoemia, un proceso que se acelera por la hipertensión frecuentemente concomitante. La excreción anormal de albúmina es un signo temprano de enfermedad glomerular y puede avanzar lentamente desde microalbuminuria (30 a 300 mg/día) hasta macroalbuminuria (más de 300 mg/día) y el síndrome nefrótico franco (más de 3.5 g/día). El control intensivo de la presión arterial, en particular con reguladores farmacológicos del eje renina-angiotensina-aldosterona, como los inhibidores de la ECA o bloqueadores del receptor de angiotensina II, hacen más lento su avance.

✓ *Neuropatía diabética.*

Tiene muchas manifestaciones, porque ocurren lesiones en nervios sensoriales, motores y autonómicos. El cuadro clínico de presentación más frecuente es la pérdida de sensibilidad con una distribución en “tobillera-guante”, vinculada con parestesias o disestesias dolorosas. La pérdida de la sensibilidad en las extremidades pélvicas es también un factor importante para la aparición de úlceras del pie. Menos a menudo, las mononeuropatías agudas pueden afectar los nervios craneales o periféricos, y a veces incluso todas las raíces nerviosas raquídeas (radiculopatía). Estas últimas pueden causar cuadros clínicos desconcertantes que simulan el dolor vinculado con el infarto miocárdico agudo, la colelitiasis aguda o la nefrolitiasis. La neuropatía autonómica se presenta como disfunción eréctil en hombres o hipotensión ortostática, gastroparesia, diarrea diabética o vejiga atónica.

✓ *El pie del paciente diabético.*

La exploración cuidadosa de los pies es parte importante de la valoración del paciente con diabetes, porque aquellos afectados a menudo tienen ambos trastornos, enfermedad vascular y neuropatía periféricas, que en especial cuando coexisten, ponen al pie del paciente en riesgo excesivo de ulceración, infección y finalmente, una posible amputación. La valoración clínica se inicia con el interrogatorio acerca de la frecuencia de síntomas que sugieran insuficiencia vascular, como pies fríos, claudicación o fatiga de los pies por la ambulación.

✓ *Enfermedad cardiovascular.*

La diabetes conlleva a un riesgo de dos o cuatro tantos mayor de eventos cardiovasculares importantes. La presencia de diabetes se considera hoy un equivalente de riesgo cardiovascular con base en datos que indican que los paciente con diabetes o

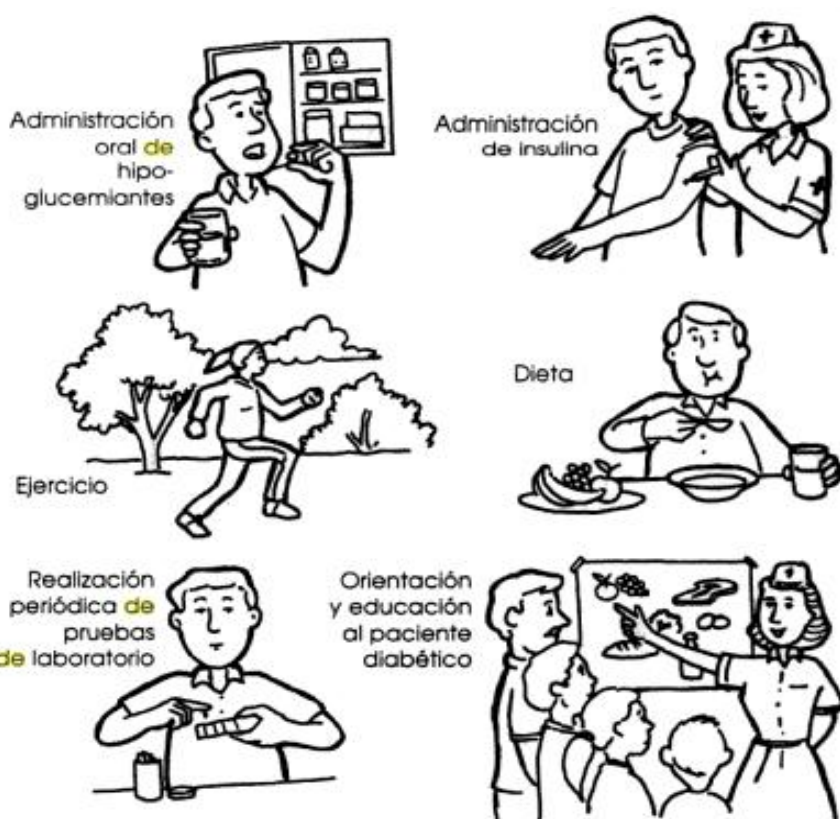
antecedentes de arteriopatía coronaria tienen riesgo similar de infarto miocárdico que los individuos no diabéticos que sobrevivan a un infarto previo.

Otras complicaciones crónicas

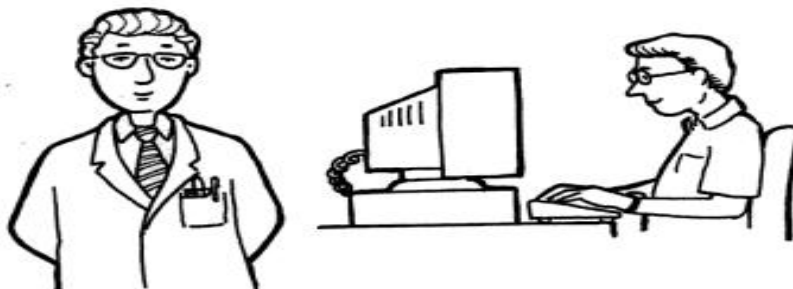
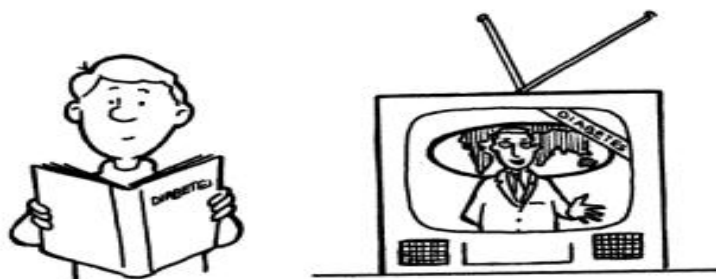
La hiperglucemia crónica altera la cicatrización de heridas y la función inmunitaria. Los pacientes con diabetes tienen mayor riesgo de infecciones y complicaciones vinculadas con heridas, quirúrgicas o de otro tipo, en quienes la duración de la estancia hospitalaria aumenta. También que los pacientes con diabetes tienen predisposición adicional a la apnea del sueño obstructiva (relacionada con la obesidad) trombosis venosa, osteoporosis, demencia, depresión y varios cánceres, incluidos el carcinoma colorrectal y el carcinoma endometrial en mujeres. El vínculo entre las anormalidades metabólicas y las neoplasias no se conoce del todo, si bien se ha sospechado de los efectos mitogénicos de la insulina en pacientes con hipersinsulinemia.

TRATAMIENTO PARA UNA PERSONA QUE PADECE DIABETES

La meta principal del tratamiento de la diabetes es mantener la cantidad de glucosa en sangre lo más cerca a las cifras normales; de esta forma se considera que se puede prevenir o retardar la aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad. El tratamiento a seguir debe ser adecuado al tipo de diabetes que se padezca. El ejercicio, la educación y la orientación al paciente diabético, así como la realización periódica de pruebas de laboratorio son elementos que conforman el tratamiento integral del paciente diabético.



El paciente diabético debe informarse acerca de su padecimiento y del tratamiento integral que debe seguir, ya que está en sus manos la responsabilidad diaria de controlar y observar la evolución de su padecimiento para así poder llevar una vida normal y activa.



El ejercicio es muy importante en el tratamiento del paciente diabético, ya que ayuda a disminuir la cantidad de glucosa en la sangre, a mantener el peso corporal adecuado y a reducir las demandas diarias de insulina. En muchos casos, con sólo bajar de peso disminuyen los síntomas de la diabetes y mejora la salud del paciente.



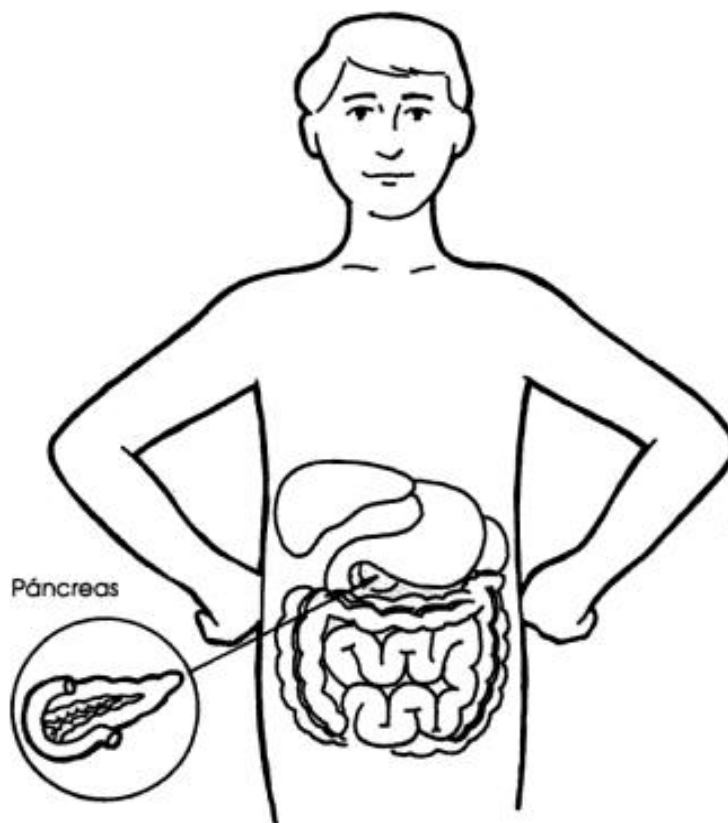
Tratamiento Diabetes Mellitus Tipo I

El único tratamiento para la diabetes tipo I es la insulina administrada por inyección subcutánea. Si bien la mayoría de los pacientes pueden evitar la cetosis con la administración de una sola inyección al día, se requiere su aplicación al menos cada 12 horas para el control más razonable de la glucemia. Los esquemas más intensivos, de tres o cuatro inyecciones diarias, o la inyección subcutánea continua de insulina por una bomba programable, permiten un control todavía mejor porque simulan más estrechamente la secreción endógena de insulina. Se dispone de varios tipos de insulina cada uno con sus propios perfiles farmacocinéticos de inicio, concentración máxima y duración acción. La mayoría de los pacientes con diabetes tipo I requiere entre 0.5 y 1.0 unidades de insulina por kilogramo del peso corporal al día. Las variables, que incluyen dieta, ejercicio, estrés y enfermedad, modifican a veces de manera significativa esos requerimientos.

Cualquier forma de insulinoterapia corresponde a un intermedio entre fisiología y conveniencia. El esquema de reposición óptimo de insulina trata de simular esos dos componentes: uno basal, principalmente para suprimir la producción hepática de glucosa y uno posprandial (o en bolo) para el metabolismo de las calorías de los alimentos ingeridos. El método óptimo es con una bomba de insulina, por lo general prescrita sólo por endocrinólogos. La bomba emite dosis basales y en bolo de insulina con mayor precisión y flexibilidad de la que puede esperarse con las inyecciones a través de un catéter subcutáneo desechable. Se pueden proveer tasas basales variables que se adaptan a las modificaciones en la sensibilidad a la insulina durante el día y la noche. Otra ventaja del tratamiento de bomba es que se usan sólo análogos de insulina de acción rápida, que tienen características de absorción más confiables y efectos más inmediatos que la insulina simple.

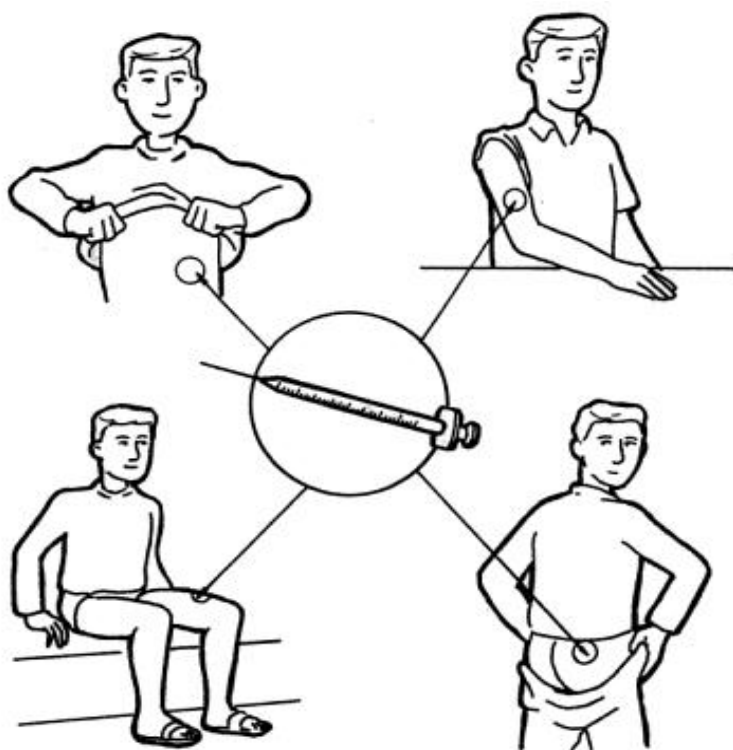
INSULINA

La insulina es una hormona producida por el páncreas, órgano que está situado en el abdomen, detrás del estómago. La insulina desempeña varias funciones en el organismo, algunas de ellas son: disminuye la glucosa sanguínea al permitir el aprovechamiento de los hidratos de carbono (carbohidrato) por todas las células del organismo y también participa en la elaboración y el aprovechamiento de las proteínas y los lípidos (grasas). Las personas diabéticas del tipo I no producen o producen poca cantidad de insulina, por lo que requieren de inyecciones diarias de esta hormona.



¿En qué partes del cuerpo puede inyectarse la insulina el paciente?

Existen diferentes partes del cuerpo en donde debe inyectarse la insulina: 1. Pared del abdomen, 2. Región media del brazo, 3. Músculo y 4. Glúteos. Las áreas más recomendables son la pared del abdomen y el brazo. Generalmente las inyecciones se administran por vía subcutánea o intramuscular.



MITOS DE LA DIABETES Y EL USO DE INSULINA

1. Mito: El usar insulina significa que mi diabetes está “muy mal”



REALIDAD: La diabetes es una condición seria ya sea que el paciente use insulina, pastillas, o ambas. Sigue siendo seria aunque sea controlada únicamente mediante la planeación de comidas y actividad física.

2. Mito: Algunas personas no se pueden poner insulina por si solos.



REALIDAD: En la actualidad existen equipos especiales para personas con discapacidades para ayudar al paciente a colocar insulina por si solos. De hecho, las personas invidentes pueden medir insulina e inyectársela solos de una manera efectiva. Si el paciente tiene problemas para ver la cantidad de insulina que debe poner en la jeringa o si tiene cualquier dificultad con la jeringa, recomiende al paciente que hable con el doctor o educador de la diabetes sobre sus necesidades.

3. Mito: Usted está “al final del camino” si está usando insulina.



REALIDAD: La insulina se puede usar en cualquier momento para ayudarle a controlar la diabetes. Algunos proveedores de salud recetan la insulina al principio cuando se diagnostica la diabetes. El usar insulina no significa que usted tiene un tipo de “diabetes peor” que otras personas que no usan insulina.

4. Mito: La insulina engorda.



REALIDAD: Algunas personas se quejan que el uso de insulina les hace ganar peso. La insulina puede estimular el apetito, pero el comer demasiado es lo que hace que las personas aumenten de peso. Cuando tenga hambre, escoja vegetales o comidas bajas en calorías.

5. Mito: La insulina es peligrosa.



REALIDAD: Cualquier medicamento puede tener complicaciones. Es importante saber cuáles son los efectos secundarios y como evitarlos para que usted pueda aprender cómo usar la insulina de manera segura.

6. Mito: Una vez que usted comienza a usar la insulina tiene que usarla siempre.



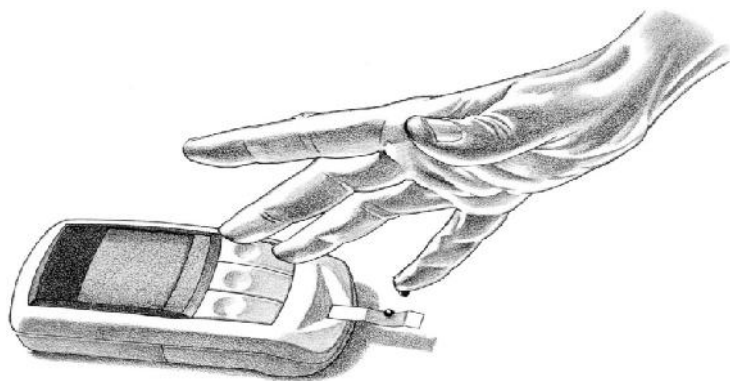
REALIDAD: Existen muchos tratamientos para las personas con diabetes. Algunas personas empiezan inyectándose insulina y después cambian a otros medicamentos como pastillas. Algunos pueden reducir la cantidad de medicamentos que toman unas veces que su diabetes está bajo control. De hecho algunos pueden parar ciertos medicamentos SI logran perder suficiente peso.

7. Mito: La diabetes es causa de amputación de los pies.



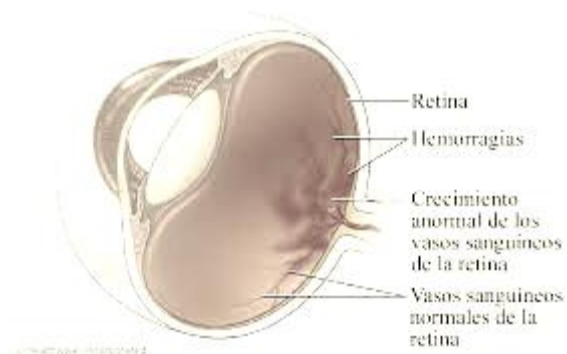
REALIDAD: No es la diabetes, si no la falta de control de la misma la que causa los daños en los pies. La hiperglucemia crónica es la responsable de la neuropatía diabética, los trastornos de la circulación sanguínea de los vasos grandes y pequeños, la infección del pie y de la resistencia local a los efectos positivos de los antibióticos utilizados en el tratamiento de la infección.

8. Mito: La insulina cura la diabetes.



REALIDAD: La insulina puede ser necesaria para el control de la diabetes, ya que es una hormona que ayuda a mantener los niveles óptimos de azúcar en la sangre.

9. Mito: El uso de la insulina causa ceguera.



REALIDAD: La causante de la ceguera en las personas con diabetes es la complicación llamada retinopatía y ésta se debe a la hiperglucemia crónica (niveles de azúcar en la sangre arriba de lo normal); es el resultado de no tener suficiente insulina en la sangre. Este exceso de azúcar en la sangre daña los vasos sanguíneos de los ojos, que con el tiempo causa disminución de la vista y puede llegar a ceguera si no se trata.

¿QUÉ ES LA HIPOGLUCEMIA?

Es la disminución brusca en la cantidad de glucosa que se encuentra en la sangre. Las causas principales para que se produzca son: demasiada insulina, poco alimento, demasiado ejercicio y no comer a las horas adecuadas. Los síntomas son: sudor frío, dolor de cabeza, visión borrosa, hormigueo, sensación de hambre, temblor y cambios de personalidad. Si el paciente no recibe el tratamiento adecuado puede caer en estado de coma.



¿QUÉ ES LA HIPERGLUCEMIA?

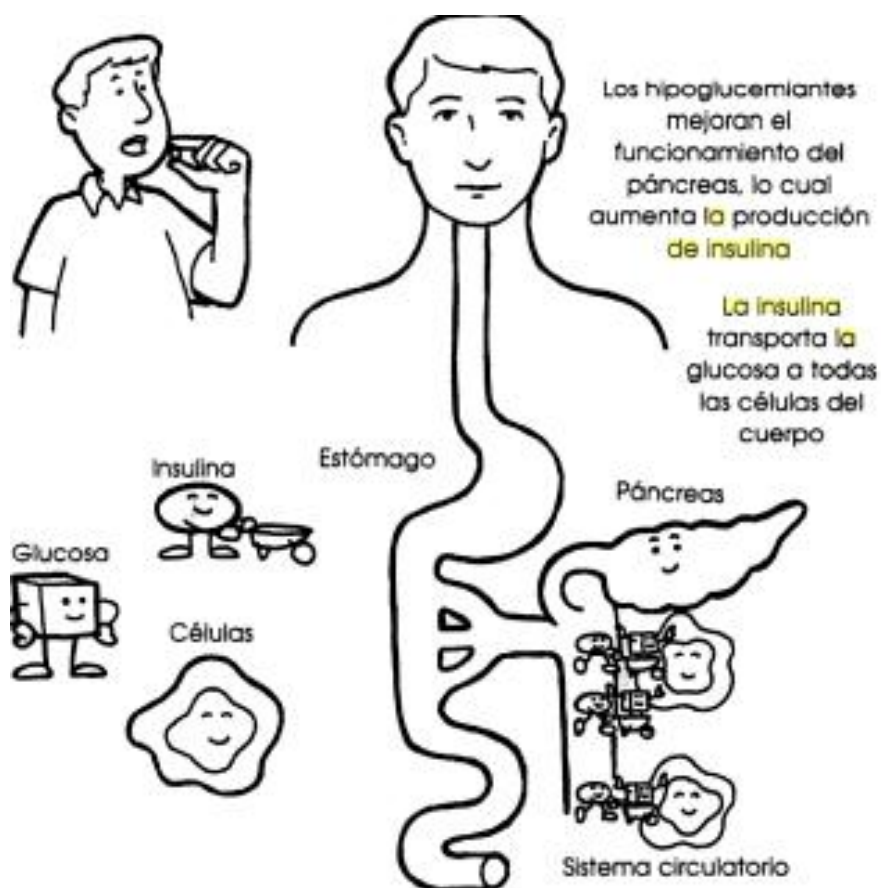
Es el aumento brusco en la cantidad de glucosa en la sangre y se manifiesta con dolor abdominal y vómito. Puede ser ocasionado por una insuficiente cantidad de insulina administrada, mala alimentación, infecciones, fiebre y tensión emocional.

Si el paciente presenta alguno de estos síntomas, debe evitar el consumo de alimentos que contengan hidratos de carbono (azúcares) y visite a su médico y nutriólogo inmediatamente. Ellos le indicarán las medidas médicas y dietéticas que debe tomar.



¿QUÉ SON LOS MEDICAMENTOS HIPOGLUCEMIANTES?

Son pastillas elaboradas a base de compuestos químicos (sulfonilureas y biguanidas) que estimulan la secreción de insulina y son utilizadas en el tratamiento de la diabetes no dependiente de insulina. Una de las características de la diabetes del tipo II es la deficiente secreción o liberación de la insulina por el páncreas. Por lo tanto, las personas afectadas por este tipo de diabetes pueden controlarse con medicamentos que provocan la liberación de insulina en el momento y la cantidad adecuada, permitiendo así que las células del cuerpo aprovechen la glucosa. Al ser utilizada la glucosa por el organismo, se produce una disminución de la misma en la sangre esto reduce el riesgo de la aparición de síntomas.



Opinión del especialista en diabetes Dr. Castillo

“Primero obviamente debemos evaluar al paciente por su estado metabólico, su estado nutricional y el tiempo de ser diabéticos de esto depende de cada paciente, se hace una terapia individual, no todos tienen que usar la misma terapia generalmente usamos los hipoglucemiantes orales la glimepirida, la metformina que son los que más usamos en diferentes casos, si están muy gorditos usamos metformina si están muy bajos de peso glimepirida actualmente estamos utilizando las sincretinas, anuvia que mejora la función del páncreas... en casos muy delicados usamos la insulina... Pero nuestra experiencia acá es que los pacientes no aceptan la insulina”



*Dr. Yuri Omar Castillo
Médico Internista
Sub- director del Patronato del Diabético*

Capítulo III

Terapia cognitiva conductual como propuesta de intervención psicológica en pacientes que padecen diabetes mellitus



Temas a abordar

- ✓ **¿Qué es la terapia Cognitiva-Conductual?**
- ✓ **Afrontamiento del paciente al momento de ser diagnosticado**

¿QUÉ ES LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL?

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de sus experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitado, su pensamiento puede verse dominado por el esquema. “Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso que soy un fracaso”. Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- ✓ Controlar los pensamientos (cognición) automáticos negativos.
- ✓ Identificar las relaciones entre cognición, efecto y conducta.
- ✓ Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- ✓ Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
- ✓ Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus creencias. (Beck 1970)

Los programas desarrollados de intervención psicológica con aproximación cognitivo conductual en pacientes con diabetes mellitus, su enfoque se ha orientado principalmente a aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el peso corporal, controlar y manejar la vigilancia de glucosa en sangre, disminuir el estrés y los síntomas de ansiedad o depresión, etc. En cuanto a la técnica y estrategias psicoterapéuticas empleadas, estas han sido fundamentalmente de tipo cognitivo conductual: autocontrol, entrenamiento en habilidades para desarrollar nuevas conductas, autovigilancia, programas psicoeducativos, educación en el manejo de la dieta, ejercicio físico, técnicas de relajación y visualización, reestructuración cognitiva, debate, dialogo socrático, etc. En Guatemala, la intervención psicoterapéutica con enfoque cognitivo conductual ha sido escasa, especialmente en pacientes que presentan diabetes mellitus.

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se cuentan los siguientes:

- ✓ La precepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto los datos de inspección como de introspección.
- ✓ La cognición del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- ✓ El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente por lo general, a partir de sus cogniciones(pensamiento e imágenes visuales)
- ✓ Estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la personas acerca de si misma, du mundo y en sus pautas de conducta.
- ✓ La modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
- ✓ Mediante la terapia psicológica, un pensamiento puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
- ✓ La corrección de estos constructos erróneos pueden producir una mejoría clínica.

Principales conceptos:

Triada cognitiva:

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen a considerarse en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro, y sus experiencias de un modo distorsionado.

Los esquemas:

Se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar porque mantiene el paciente, que le hacen sufrir y son contraproducentes incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivas en su vida. Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularización de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquemas” designan estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Esta categorización y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los errores cognitivos:

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencias contrarias.

- ✓ Inferencia arbitraria (Relativo a la respuesta): Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que le apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- ✓ Abstracción selectiva (Relativo al estímulo): Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualización toda la experiencia en base a ese fragmento.
- ✓ Generalización excesiva (Relativo a la respuesta): Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- ✓ Maximización y minimización (Relativo a la respuesta): Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- ✓ Personalización (Relativo a la respuesta): Se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a si mismo fenómenos externos cuando no existe un base firme para hacer tal conexión.

Pensamiento absolutista, dicotómico (Relativo a la respuesta): Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador.

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales.

Las características generales de los pensamientos automáticos son:

- ✓ Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
- ✓ Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- ✓ Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- ✓ Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- ✓ Suelen conllevar una VISIÓN DE TÚNEL: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos: Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros; etc. Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas; La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otro, etc.

AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADO

En muchos de los casos, al serle comunicado al paciente el diagnóstico y provoca una actitud negativa o de resistencia para aceptar el padecimiento. El diagnóstico clínico de diabetes mellitus puede ser el punto de partida para la aceptación de



problemas conductuales, emocionales y cognitivos así como reacciones de negación e incredulidad, actitudes de ira y enojo, ocultamiento o evasión. Por ello el terapeuta debe ser muy atento ante las inquietudes del paciente y dar herramientas alternativas para buscar la estabilidad del paciente. Algunos pacientes ocultan el padecimiento y tratan de dominar y controlar las emociones, los conflictos, o reacciones con actitudes agresivas; otros tratan de aprender todo lo relacionado con aspectos médicos, fisiológicos y psicológicos de la enfermedad con el objeto de aminorar la ansiedad y la depresión, familiarizándose con datos y pronósticos de su padecimiento.

Los factores psicosociales en la personalidad del paciente con diabetes mellitus son determinantes para la aceptación y/o negación de su enfermedad, y sobre todo para cómo enfrentarla; algunos pacientes perciben su padecimiento como castigo infringido que puede tener un efecto negativo en la autoestima, así como en su economía, en sus relaciones interpersonales y en la dinámica familiar, rompiendo en muchos casos el

equilibrio y estabilidad familiar y social. Los trastornos emocionales en el paciente diabético pueden desencadenar inestabilidad en su ámbito cognitivo-emocional-conductual y repercutir en un inadecuado control metabólico. Los estudios que se han realizado respecto del manejo emocional tienen que ver con el estrés.

Las situaciones estresantes pueden afectar el control metabólico alterando los niveles de glucosa en sangre por medio de la actuación de las llamadas hormonas de estrés, por lo que este puede causar efectos perjudiciales sobre la diabetes, por la elevación de los niveles de glucosa en sangre o la obstaculización del metabolismo de la glucosa a través de la influencia del sistema autónomo, y de las hormonas del estrés sobre el páncreas, el hígado y los tejidos periféricos. Otros factores de importancia son la presencia de conflictos familiares, de pareja, las relaciones interpersonales o profesionales conflictivas que pueden influir de manera determinante en el proceso metabólico. Los procesos de evaluación y diagnóstico psicológico en pacientes con Diabetes Mellitus son muy escasos y limitados. Sin embargo, es importante considerar que los estados emocionales y cognitivos determinan el deterioro o estabilidad de pacientes. Por este motivo, evaluar los cambios o alteraciones emocionales del paciente a través de instrumentos psicológicos diseñados para estos casos es un proceso que se ha limitado a la evolución de algunos aspectos y características de la personalidad, entre otros: los estados ansiógenos, la depresión, las ideas y pensamientos, las actitudes y conductas adaptativas, etc. Para ello existen algunas escalas e inventarios psicológicos que permitan evaluar rasgos, características, actitudes, conductas y emociones y pensamientos.

Capítulo IV

Técnicas e Instrumentos de la terapia Cognitivo- Conductual



Temas a abordar

- ✓ **Técnicas cognitivas y conductuales**
- ✓ **Técnicas e instrumentos**

TECNICAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES

A continuación se describen las técnicas conductuales y cognitivas que pueden utilizarse en el proceso terapéutico con pacientes diabéticos dando a conocer en que consiste y ejemplos de aplicación.

Técnicas conductuales

Es importante saber que a pesar de que las técnicas son conductuales su fin es un cambio a nivel cognitivo. De las técnicas siguientes, el diario terapéutico será el hilo conductor del proceso, ya que en él se le pedirá al paciente que registre todo lo sucedido en el proceso de terapia y será auxiliar de las técnicas que viene posteriormente.

- ✓ ***Diario terapéutico:*** Se le pide al paciente implementar un diario que servirá de registro de todas las actividades que se realizaran en todo el proceso terapéutico. Sirve de evidencia del avance que se va teniendo en cada sesión, sea de cambios a nivel cognitivo y conductual.
- ✓ ***Agenda de Actividades:*** Con la utilización del diario terapéutico se debe de agendar todas las actividades diarias, y se debe de ir chequeado la realización o no de cada una, sobre la base del placer, control, ansiedad, tristeza, temor y otros sentimientos o sensaciones. Esta técnica puede ser utilizada para mantener ocupado al paciente y mitigar la visión de túnel que tiene hacia la diabetes. Con esta técnica reordenara nuevamente la vida diaria del paciente y demostrar que tiene mucho en la vida por hacer.
- ✓ ***Metas conductuales:*** El terapeuta junto con el paciente establecen las conductas que el paciente desea modificar y se establecen como meta de cambio en la sesión y se evaluara su logro o no, en la siguiente. Esta técnica permite responsabilizar al paciente en su proceso de recuperación, puede utilizar el diario

terapéutico para que registre el logro diario. Ej.: La inclusión de verduras y frutas en la dieta diaria del paciente.

- ✓ **Exposición:** Confrontar un estímulo temido, en este caso la diabetes. Ej.: El paciente se le dejara la tarea que investigue acerca de la diabetes, esto le ayudara a conocerla más y saber por sí mismo los cuidados y consecuencias de no hacerlo y sobretodo hacer conciencia que la enfermedad no es una sentencia de muerte.
- ✓ **Actividades graduadas:** Planear y realizar actividades que se espera produzcan placer o control. Esta técnica utilizarla junto con el de metas conductuales graduando las metas a trazarse desde lo sencillo a lo más difícil Ej.: Iniciar por ejemplo con la cantidad de pan en el desayuno que come diario, si come una tira que la meta sea comer media tira. Si en el almuerzo la cantidad de tortilla que come son diez que la meta semanal de reducir una hasta llegar a la cantidad que la nutricionista le ha recomendado.
- ✓ **Jerarquía de Estimulo/Respuesta:** Una lista de objetos o situaciones más temidas para ser usadas en la exposición. Ej.: el cliente hace una lista de las situaciones menos temidas a las más temidas.
- ✓ **Entrenamiento en relajación:** Relajación de grupos musculares en secuencia, imaginar lugres relajantes, respiraciones lentas, esto ayudara al paciente en momentos que tenga síntomas de ansiedad y que lo ayuden a equilibrarse.
- ✓ **Entrenamiento en asertividad:** Instrucciones de cómo realizar peticiones legítimas para aumentar el placer o la autoestima. Se basa en el principio de que es imposible comportarse de manera afirmativa y ser pasivo a la vez. Esta técnica puede ser utilizada para enseñar al paciente cómo comportarse al momento de compartir los alimentos con personas no diabéticas.
- ✓ **Entrenamiento en escucha activamente:** Énfasis en cómo utilizar las preguntas, repetición o parafrasear, especificar y validar. Esta técnica le servirá al terapeuta para poder dar certeza a la información dada por el paciente.

- ✓ ***Autorrecompensa:*** Debido a que el paciente debe de hacer modificaciones en su alimentación y estilo de vida puede utilizar reforzamientos concreto para aumentar las conductas deseadas. Ej.: Que el paciente de recompense con un postre por lograr cambiar sus hábitos alimenticios en la semana o llegar a el control de su glucemia.

Técnicas cognitivas

Uno de los pasos principales del proceso terapéutico es la evaluación de los pensamientos del paciente y medir el grado de distorsión que tienen para ello debe de seguir el orden de las técnicas sugeridas continuación.

- ✓ ***Identificar los pensamientos automáticos:*** El paciente deberá de registrar los pensamientos asociados a los sentimientos negativos como los de desesperanza, sensaciones de ansiedad, ira, tristeza, frustración, los cuales deberá de identificar y deberá de registrarlo en la tabla de registro de pensamientos automáticos. Esta actividad deberá de realizarlo fuera de la clínica para ser revisado en la siguiente. Ej.: Me siento más triste cuando pienso que nadie me va a querer. Tengo diabetes y me voy a morir. Ver tabla de registro de pensamientos automáticos.
- ✓ ***Calificar el grado de creencias en el pensamiento y la emoción asociada con el mismo:*** Después de que el paciente identifica los sentimientos negativos (tristeza, frustración), se identifican los pensamientos asociados con dichos sentimientos. Luego se califican de 0 a 100 que tan triste se siente y cuanto cree en el pensamiento negativo.
- ✓ ***Categorización de pensamiento negativo:*** El paciente clasifica el pensamiento de acorde a la distorsión cognitiva ejemplificada por el pensamiento

y basados también en la calificación del grado de creencias en el pensamiento negativo y la emoción asociada al mismo.

Para establecer el grado de validez que tienen los pensamientos negativos del paciente y para ello puede utilizar las siguientes técnicas.

- ✓ ***Descenso vertical:*** Con esta técnica se busca encontrar el origen del pensamiento preguntado sobre la respuesta que nos dé el paciente. El terapeuta pregunta: Si tu pensamiento fuera real ¿Qué significaría para ti? ¿Qué pasaría? Se realizan las preguntas por cada respuesta dada. Ej.: Si no te corresponden la invitación a salir, usted dice que es atractivo ¿Qué pasaría si no fuera atractivo?.
- ✓ ***¿Cuáles son los costos y beneficios del pensamiento?:*** Se pide al cliente que liste las ventajas y desventajas del pensamiento para sí mismo y lo divida en 100 puntos entre ventajas y desventajas. Esto ayuda a la motivación del cliente para cambiar el pensamiento.

Después de evaluado los pensamientos y evaluado el grado de distorsión que tiene el paciente puede utilizar las siguiente técnicas para contrarrestarlas y empezar el proceso de reestructuración cognitiva.

- ✓ ***¿Cuál es la evidencia o presunción?:*** Con esta técnica se busca refutar el pensamiento negativo basado en los argumentos que tiene para mantenerlo. Debe pedirle al paciente una lista la evidencia que apoya y refuta el pensamiento e ir evaluando la lógica del argumento.
- ✓ ***Colocar el evento en perspectiva:*** Se pide al cliente que examine el evento a lo largo de un continuo, de cero a cien, usando las siguientes preguntas: ¿Qué pasaría si el evento ocurre? ¿Qué podría ser lo peor, mejor o igual en consecuencia? ¿Qué todavía podría yo hacer aun si ocurre el evento?

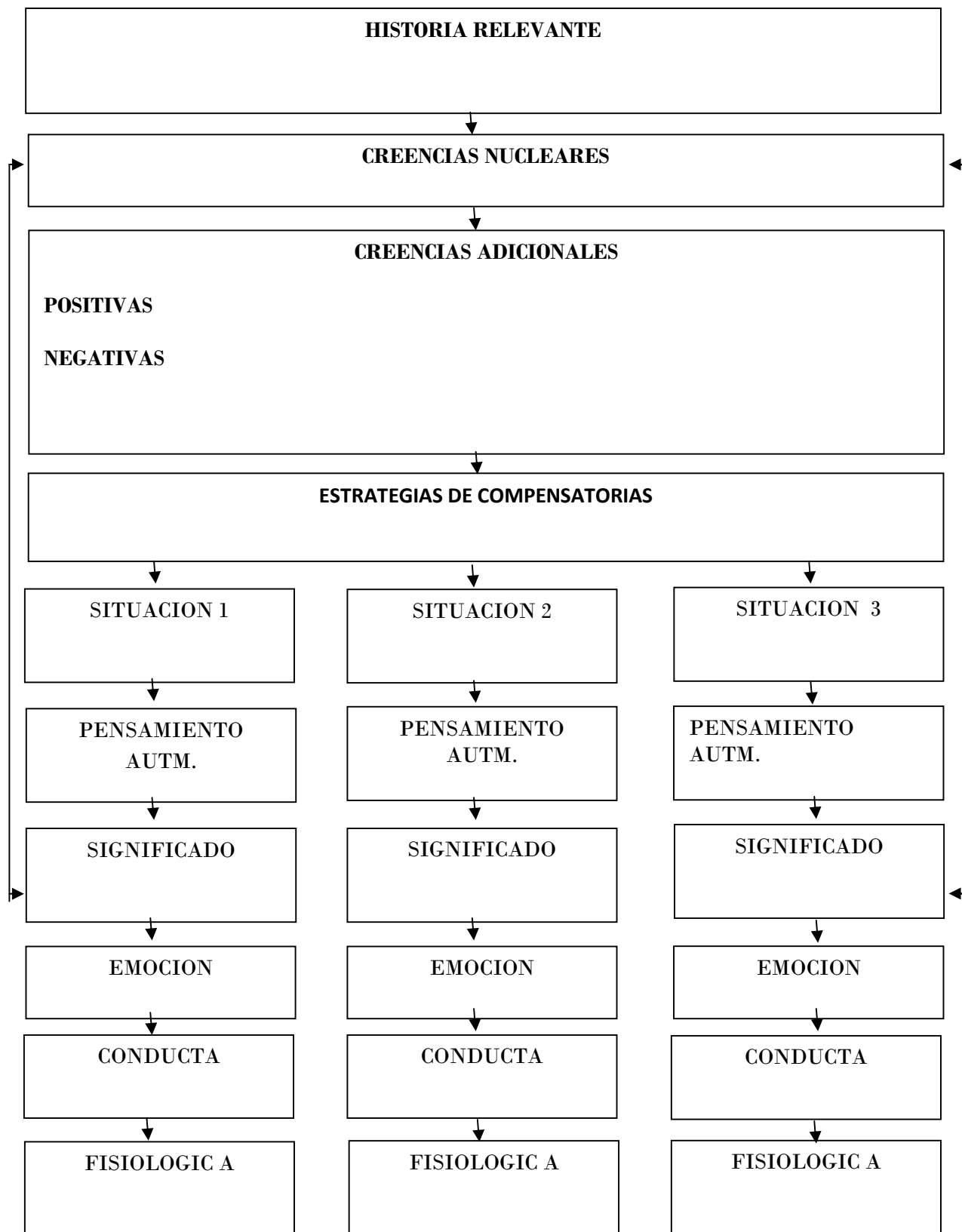
- ✓ ***Contrarrestar el pensamiento:*** El terapeuta y el paciente toman roles en el cual el paciente se le pide que argumente en contra de su mismo pensamiento negativo. Se pueden cambiar los roles (roleplay).
- ✓ ***Explicación alterna:*** Se le pide al cliente que examine tantas causas alternas y consecuencias como sea posible, especialmente las menos negativas.
- ✓ ***Resolución de problemas:*** Determinar el problema, las metas, los medios, la información, habilidades y acciones relevantes. ¿Qué planes puede tomar el cliente para resolver el problema?
- ✓ ***Exteriorización de Voces Internas:*** Consiste en que una persona dice en voz alta los pensamientos automáticos negativos mientras que otra los contrarresta con pensamientos alternativos positivos; ¿cómo vería un observador externo esta situación? ¿qué evidencia tengo de que mi interpretación sea la única para la situación? ¿cuál podría ser una explicación alternativa?. El ejercicio se lleva a cabo a través del **juego de roles**, en donde: a) El Paciente, que juega el rol de negativa, emplea el pronombre "tu" (v.g. "tú nunca harás las cosas bien"). b) el terapeuta juega el rol de positivo, utilizando el pronombre "yo" (ver. "yo hago algunas cosas bien"). Después los roles se invierten.

TABLA DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Instrumentos

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	EMOCIONES	RESPUESTA ALTERNA	RESULTADO

DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACION COGNITIVA



Test de Ansiedad Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems.

- 1. Ausente**
- 2. Intensidad Leve**
- 3. Intensidad Moderada**
- 4. Intensidad Grave**
- 5. Totalmente Incapacitado**

ÍTEM	0	1	2	3	4
1. Estado Ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2. Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3. Temores: A la oscuridad, a los desconocidos a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a la multitudes.					
4. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5. Funciones Intelectuales (Cognitivas): Concentración, mala o escasa memoria.					
6. Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar, tono muscular aumentado.					
8. Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, sensación de debilidad.. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón					

u hormigueos)					
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de baja presión o desmayo, arritmias.					
10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas por tensión, erectismo piloso (piel de gallina)					
14. Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					

Test de Depresión Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems.

- a. Nunca o muy pocas veces**
- b. Algunas veces**
- c. Frecuentemente**
- d. La mayoría del tiempo o siempre**

ÍTEM	a.	b.	c.	d.
1. Me siento descorazonado, melancólico y triste				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento				
3. Siento deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche				
5. Como tanto como solía comer antes				
6. Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento				
9. Mi corazón late más rápidamente que lo normal.				
10. Me canso sin motivo				
11. Mi mente está tan despejada como siempre				
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanzas en el futuro				
15. Me irrito más de lo normal				

16. Encuentro fácil el tomar decisiones				
17. Siento que me necesitan y que soy útil				
18. Llevo una vida satisfactoria				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto				
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer				

Capítulo V

¿Cómo planifico mis sesiones terapéuticas?



Temas a abordar

- ✓ **Planificación de las primeras cuatro sesiones con terapia cognitivo-conductual**
- ✓ **Demostración de intervención con terapia cognitivo-conductual**

PLANIFICACIÓN DE LAS PRIMERAS CUATRO SESIONES CON TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

SESION 1

Objetivos: *Estabilización, rapport, examen mental, metas conductuales, historia clínica, psico-educación.*

Tarea en casa: *Autoregistro: Diario terapéutico.*

Descripción:

El que generalmente los pacientes asisten al servicio psicológico por sugerencia del médico tratante no por decisión propia y el tabú que mantiene la sociedad guatemalteca acerca del tratamiento psicológico (“no estoy loco para ir con el psicólogo”) puede ser las primeras resistencias que dificultaran el establecimiento del rapport, o la dificultad de obtener una segunda sesión. Por lo tanto se recomiendan los siguientes pasos en el proceso de cada sesión y que puede ayudar a manejar al paciente.

*Al ingresar a la clínica el paciente saludelo estrechándole la mano, tratando de mantener el espacio personal. Inicie la sesión presentándose y luego solicite los datos personales (**tener las formas que se utilizan en la institución**), describiendo la forma en que se desarrollara la sesión (**encuadre terapéutico**).*

Aplicar las pruebas de Depresión y Ansiedad de Hamilton lo que dará una idea general de estado en que se encuentra el paciente antes de iniciar el proceso terapéutico.

Al finalizar lo anterior, indague acerca de su enfermedad (tipo de diabetes que padece, si es debutante o bien cuanto tiempo tiene de padecerla, que medicamento utiliza, sus niveles de glucosa en sangre, que piensa de su padecimiento y lo que piensa la familia), que permita establecer cuál es la percepción personal y familiar, así como su conocimiento de la

*enfermedad, ya que por lo general es el núcleo de conflicto y ansiedad, es por ello que la preparación del terapeuta en aspectos importantes de la enfermedad y la capacidad de explicarle sus dudas y desconocimiento puede ser uno de los factores que faciliten controlar al paciente, bajando los niveles de ansiedad que pueda presentar y facilitar el establecimiento del rapport (**psicoeducación**). Es importante mencionar que los pacientes consideran al terapeuta como experto en todo lo relacionado a la Diabetes.*

*Es importante preguntar al paciente cuáles son sus objetivos-meta (**metas conductuales**) que quisiera lograr en el proceso de terapia, lo cual dará la dirección a las siguientes sesiones y poder hacer **feedback** del objetivo trazado antes de realizar cada actividad que se le pide, y con ello lograr mayor participación y cumplimiento de tareas.*

*Uno de los objetivos del terapeuta en el proceso es que el paciente controle la enfermedad y esto posibilitará que pueda explorarse otros aspectos de su vida, logrando eliminar la visión de túnel hacia la enfermedad y permitir la obtención de datos para **historia clínica**. Para ello puede iniciar con una tarea en casa, utilizando técnica del **autorregistro**, a través de la implementación de un diario terapéutico pidiéndole al paciente que registre en el todos sus hábitos alimenticios (aspecto que provoca mayor ansiedad) de acuerdo a lo recomendado por la nutricionista, en el tiempo que hay para la segunda sesión, y la posibilidad de poder hacerse pruebas de su nivel de glucosa en sangre en ese tiempo y registrarlos en el diario. Esto dará evidencia sobre los avances o conductas inadecuadas para el control de la enfermedad y su responsabilidad en el proceso. Solicitar al paciente llevar para la próxima sesión el listado de alimentos aconsejados para su plan alimenticio.*

*Antes de finalizar la sesión presentarle el **contrato terapéutico** en donde quedará por escrito el compromiso hacia la terapia. Si el paciente no puede leer usted como terapeuta puede leérselo y resolver dudas si es que las tiene.*

Consejos

Si el paciente está demasiado tenso, puede iniciar la terapia con ejercicios de respiración (Entrenamiento en relajación), esto sobre todo con pacientes de reciente diagnóstico.

El examen mental inicia desde el momento que el paciente ingresa a la clínica, es por ello que se tiene que tener en mente los aspectos a evaluar, y sobre todo la observación activa a cada uno de los aspectos.

Generalmente el paciente tiene características depresivas, ideas catastróficas acerca de su pronóstico, provocado generalmente por lo que ha escuchado de la enfermedad. En estos casos puede utilizar la técnica ¿Cuál es la evidencia?

SESION 2

Objetivos: *Revisión de tarea (diario terapéutico), historia clínica, explicación de los pensamientos automáticos*

Tarea en casa: *Identificación de pensamientos automáticos, diario terapéutico (menú del plan alimenticio).*

Descripción:

*Iniciar con la revisión de la tarea asignada al paciente en la sesión anterior estableciendo como fue la experiencia, los posibles avances conductuales propuestos o bien las posibilidades de mejora, a los cuales asumirá su compromiso. Si el paciente no realizó la tarea o dice que medio lo hizo, puede responderle que “lo más importante es que lo intente” y preguntarle si es posible que para la siguiente sesión pueda realizarla. Podría indagar de acuerdo a los parámetros de la tarea que se le asignó, y de esta manera establecer el proceso del paciente en el control de la enfermedad (**modificación conductual**). Es importante mencionar la revisión de sus niveles de glucosa en sangre en la semana, ya que esto da una evidencia del grado de control que está teniendo de la diabetes.*

Basados en que uno de los núcleos más importantes, y que provocan procesos ansiosos es la alimentación, es por ello que se le solicitó en la anterior sesión el listado de alimentos (una de las principales quejas es que no pueden comer casi nada), y se corroboró la posibilidad de consumir cada uno de los mismos y en las cantidades que se le aconsejan, asumiéndolo como objetivo-meta, y a partir de ello se le pedirá que realice un menú para cada día buscando que sea variado.

*Uno de los aspectos fundamentales para el proceso de la terapia Cognitivo-Conductual es la **identificación de pensamientos automáticos negativos**, para ello debe de explicarle al paciente en qué consisten los pensamientos automáticos y su importancia, ya que son génesis de muchas conductas indeseadas. Conocer los pensamientos automáticos negativos permitirá al terapeuta tener claridad acerca de la cognición del paciente. Para ello se le facilitara al paciente una herramienta llamada **tabla de pensamientos disfuncionales**, la cual registrara las situaciones que generan una emoción desagradables y los pensamientos automáticos asociados. Para ello es importante la claridad de lo que es pensamientos automáticos, y el funcionamiento del instrumento, ya que esto será la tarea del paciente para la siguiente sesión. Se mantiene el diario terapéutico, para seguir el autorregistro en el control de la diabetes, sus niveles de glucosa en sangre y sus objetivos meta*

Consejos

Si en algún caso el paciente no pueda realizar la tarea, únicamente pídale que registra la situación y en el proceso de la siguiente sesión se hará el registro de cada una en el instrumento.

En caso de que el paciente mecanismos de defensa como la racionalización, se puede realizar las siguientes técnicas:

- ✓ *En caso del mecanismo de racionalización usar confrontación directa, haciendo una pregunta cómo: ¿Usted enfrenta sus problemas de esa manera? y esperar la respuesta del paciente.*
- ✓ *Proyección utilizar la técnica de estándar doble, solo que a la inversa, haciendo la pregunta, ¿aplica el mismo estándar de los demás en usted?*
- ✓ *En caso de personalización usar la técnica **¿Cuál es la evidencia? Y el análisis funcional o lógico**. Se le pide al paciente que liste las evidencias que apoyen el pensamiento, y luego analizar cada una de ellas evaluando su racionalidad.*

- ✓ *En caso de negación, preguntarle al paciente el porqué está en la sesión, enlistando cada una de ellas, lo que provocara una apertura. O bien recordarle al paciente la importancia de su responsabilidad en el proceso terapéutico.*

Una de las maneras de explicar los pensamientos automáticos es: Todas las situaciones o acontecimientos los que causan tristeza, enfado, ansiedad, celos, etc., las valoramos de acuerdo pensamientos que nosotros tenemos sobre tales eventos.

SESION 3

Objetivos: *Revisión de tarea, Detección de pensamientos automáticos y alternativas de respuesta a sus propios pensamientos negativos, modificación cognitiva,*

Tarea en casa: *Diario terapéutico, y registro de pensamientos negativos ocurridos en la semana.*

Descripción:

Se iniciará la sesión revisando las tareas asignada en la anterior sesión, Detección de pensamientos automáticos, y el menú de comidas basado en el listado de alimentos proporcionado por la nutricionista.

*Se indagará acerca de su experiencia del registro de pensamientos disfuncionales generado a lo largo de la semana. Indagar acerca de ellos, utilizando la técnica de **descenso vertical**, utilizando la pregunta *¿Qué significa para ti este pensamiento?*, buscando profundizar en el *porqué* del pensamiento, pedirle que mencione los posibles pensamientos positivos alternativos (**explicación alterna**) hacia las mismas situación, logrando confianza, dominio y **reestructuración cognitiva** en el proceso.*

Luego proceder a la revisión del menú diario que debió de realizar, solicitándole que mencione que aspectos positivos encontró durante du realización. Normalmente hacen uno o dos de los menús, lo cual es importante, ya que lo que se busca es que el paciente conozca cada uno de los alimentos que le son de beneficio y los que no son recomendados.

Dejar de tarea registrar en el diario los pensamientos negativos que se hubiesen generado a lo largo de la semana, así como los desafíos a esos pensamientos y cuáles serían los pensamientos positivos alternativos. Al igual sistematizar lo relacionado a los menús del

plan alimenticio y su cumplimiento, sus niveles de glucosa en sangre y sus objetivos meta logrados.

Consejos

Pedir que registre los alimentos que ha comido y que no están en el listado de alimentos.

*Utilizar la técnica de **Modelamiento** para demostrar al paciente como llevar a cabo las alternativas de pensamientos positivos ante los negativos.*

No olvidar revisar sus niveles de glucosa, ya que es una forma de corroborar lo dicho por el paciente en cuanto a su control. Así también es una forma en la que puede evidenciar situaciones emocionales fuerte, ya que esto afecta sus niveles en gran medida.

SESION 4

Objetivos: *Revisión de tarea, feedback, aplicación de pruebas psicológicas (test de Hamilton de ansiedad y depresión)*

Tarea en casa: *Diario terapéutico,*

Descripción:

Inicia la sesión haciendo un feedback de la anterior sesión, y luego hacer la revisión de la tarea asignada

*Verificar cuál es el proceso que se tiene de acuerdo a las conductas meta planteadas en la segunda sesión, estableciendo el progreso en el dominio en el control de la enfermedad. Para ello puede **calificar el grado de creencias en el pensamiento y la emoción asociada con el mismo** en el cual hace una valuación de 0 a 100 en el dominio de cada una de las metas propuestas, lo cual establecerá el avance que tiene el paciente según la cognición del paciente, así también da pie a poder establecer cuáles son los aspectos en los cuales tiene que reforzar y sobre todo porque la dificultad de su dominio total.*

Realizar nuevamente la prueba de depresión y ansiedad de Hamilton, aplicadas al paciente en el inicio del proceso, para hacer una comparación y confirmar si existe avance en el proceso ansioso o depresivo que tiene el paciente. Continuar con el registro en el diario terapéutico de su nivel de glucosa, experiencias diarias y el cumplimiento en cuanto a alimentos recomendados.

Consejos

*Mantener el diario terapéutico para el registro de las situaciones que no pueda controlar, para ello se recomienda seguir el proceso de **entrenamiento en manejo de contingencias**.*

Puede seguir con el proceso de recopilación de información de historia clínica con la utilización del genograma.

Siempre evaluar la congruencia entre el pensamiento y la conducta del paciente. Mantenerse en la premisa de que “el paciente siempre miente”. Recordar que no atendemos pacientes diabéticos, sino más bien pacientes que padecen diabetes.

Mantener durante el proceso terapéutico el registro de los niveles de glucosa, ya que sirve de evidencia para el terapeuta de el control que está teniendo el paciente en cuanto al control de la diabetes; y para el paciente evidencia de que su esfuerzo está teniendo resultados positivos.

**DEMOSTRACIÓN DE INTERVENCIÓN CON TERAPIA COGNITIVO-
CONDUCTUAL**

HISTORIA CLÍNICA

La Sra. R. es una ejecutiva de 40 años, casada y con cuatro hijos, que acude a tratamiento por alcoholismo tras la insistencia de su familia. Actualmente bebe un litro de ginebra al día y tiene frecuentes y graves peleas con su marido. Se despierta temprano por la mañana y *se queda en la cama pensando que todo el mundo estaría mejor si se muriera*. Siempre había estado orgullosa de su elegancia y pulcritud en el vestir (*bien conjuntada*), pero últimamente se siente demasiado cansada y desmoralizada para cuidar de su aspecto. Su familia refiere que rompe a llorar cada vez que se enfrenta al más mínimo problema o ante la crítica más inocente.

El problema de la Sra. R con la bebida empezó hace diez años, poco después de que descubriera que su marido tenía una relación extramatrimonial. Dice que desde que lo descubrió, el sentimiento predominante hacia su marido ha sido el desprecio. Sin embargo, se ve incapaz de romper el matrimonio porque ella y su marido son compañeros de trabajo y porque sigue dependiendo de él para tomar ciertas decisiones y resolver los problemas laborales que siempre han sido responsabilidad de él. Aunque las habilidades de Sra. R. las hacen indispensable para el negocio familiar, últimamente no se puede confiar en ella, suele faltar al trabajo, comete errores graves y provoca escenas. Su hija se queja de que el comportamiento de su madre se ha convertido en una vergüenza para toda la familia.

Durante los dos últimos años, empezó a beber por las mañanas y sufrió episodios de pérdida de memoria para los acontecimientos recientes. En una ocasión fue arrestada or conducir bajo los efectos del alcohol. Afirma que no ha tomado nunca otro tipo de sustancias. Durante la evaluación inicial, la paciente está cognoscitivamente intacta. Presenta marcha inestable, no lleva maquillaje y va vestido con un traje excesivamente

holgado. El examen físico revela temblor, pulso rápido, elevación de la presión sanguínea e inflamación hepática.

Tiene elevados índices de SGOT, SGPT y LDH.

La Sra. R expresa deseos de morir, pero dice que le falta el coraje suficiente para suicidarse. Aunque la avergüenza necesitar ayuda, ha intentado sin éxito dejar de beber en muchas ocasiones, tanto por sí misma como con ayuda de su médico. Sabe que si estuviera en casa seguramente bebería, pero al mismo tiempo se siente furiosa contra su marido y sus hijos por obligarle a buscar ayuda... llora varias veces durante la entrevista y repite que es una carga para los demás.

Hace un año, la Sra. R estuvo en un programa de rehabilitación durante un mes y mejoró rápidamente gracias al asesoramiento que recibió sobre el alcohol y en Alcohólicos Anónimos (AA). Su familia refiere que tan pronto como se recuperó de los efectos agudos de la abstinencia del alcohol, su estado de ánimo mejoró, empezó a mostrar un aspecto más radiante y hacer planes optimistas para el futuro. Planeó dejar de beber, seguir acudiendo a AA, reducir su implicación laboral y considerar la terapia de pareja o, si está no funcionaba, separarse de su marido. Desafortunadamente, después de dos meses volvió a recaer. Reanudó su trabajo a jornada completa, dejó de acudir a las reuniones de AA, empezó a discutir con su marido y volvió a beber grandes cantidades de alcohol. Sus síntomas depresivos aparecieron de nuevo, se intensificaron y, durante los últimos diez meses, ha experimentado una creciente desesperanza, incapacidad de concentración, aumento de peso y despertar precoz.

La Sra. R es la tercera de cuatro hijos. Tiene antecedentes familiares de alcoholismo su padre alcohólico maltrataba a su madre. Durante la infancia se sintió avergonzada y humillada por su padre, al que amaba y despreciaba a un tiempo. A los 16 años se fugó

con el que es su actual marido y pronto se quedó embarazada. Aunque su marido se comportaba de forma abusiva y tiránica, ella se sintió atrapada por su matrimonio y tuvo tres hijos más.

DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR

Eje I: **F10.8** Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, con síntomas depresivos, iniciados durante la intoxicación (291.89)

F10. 24 Dependencia del alcohol (303.90)

F10. 3 Abstinencia de alcohol (291.81)

Eje II: **V71.09** Sin diagnóstico

Eje III: Cirrosis alcohólica (571. 2)

Eje IV:Problemas conyugales, efecto del alcohol sobre el matrimonio y el desempeño laboral.

Eje V: EEAG= 50 (actual)

PLAN DE TRATAMIENTO

Objetivo General

- ✓ Realización de un contrato terapéutico en el que permita evaluar en qué estadio de cambio se encuentra el paciente al iniciar el programa de tratamiento.
- ✓ Especificar qué técnicas de tratamiento a utilizar si la paciente se encuentra en los estadios iniciales del cambio.

Objetivos Específicos

- ✓ Romper cualquier contacto que guarde relación con el mundo de la droga.
- ✓ Superar el síndrome de alcoholismo de la paciente.
- ✓ Normalizar el funcionamiento cotidiano.

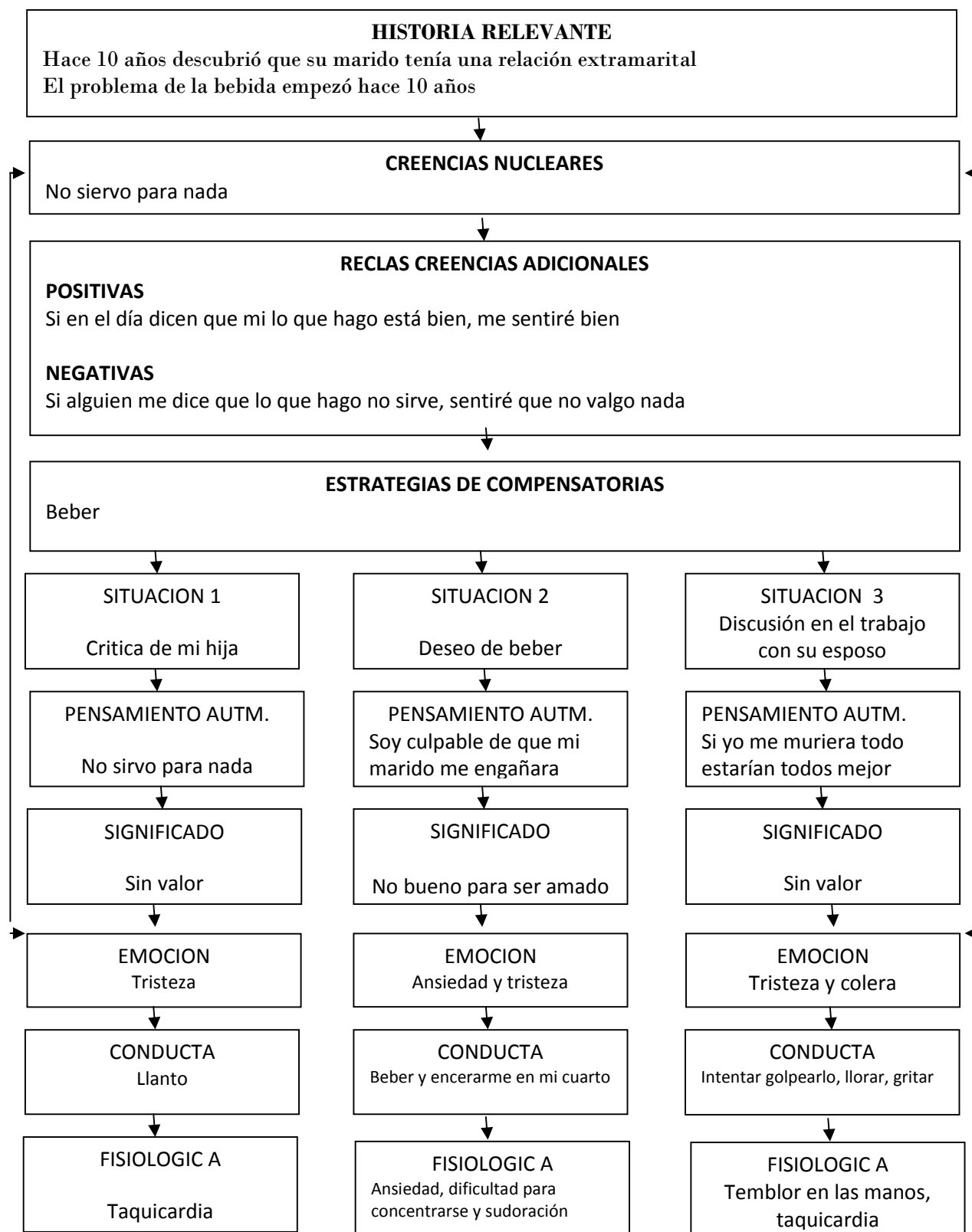
TABLA DE DISTORCIONES COGNITIVAS

DISTORISÓN COGNITIVA	PRESUNCIÓN	INTERVENCIÓN APROPIADA
Pensamiento Dicotomico	El mundo sería mejor si me muriera	Demostrar que los eventos personales deben ser evaluados en un continuo
Autoreferencia	Soy una vergüenza para mi familia	Establecer criterios para determinar cuando el pacientes esta en situaciones que causen malas experiencias
Responsabilidad excesiva	Yo soy la culpable de todo lo malo que pasa en mi familia	Utilización de técnicas de retribución
Autoreferencia	Soy una mujer inútil por eso mi marido me engaño	Establecer criterios para determinar la validez de su juicio.
Generalización	Siempre lo malo me pasa a mi	Exponer la lógica falsa. Establecer criterios de similitudes
Minimización	Todo lo que hago por dejar el alcohol no sirve de nada	Exponer que el intento de es el primer paso, técnica de dominio agrado.

TABLA DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

<i>Fecha</i>	<i>Situación</i>	<i>Pensamientos automáticos</i>	<i>Emociones</i>	<i>Respuesta alterna</i>	<i>Resultado</i>
01/09	Critica de su hija	No sirvo para nada	Tristeza	Sé que soy mejor	Llanto
02/09	Deseos de beber	Soy la culpable de que mi marido me engañara	Enojo, ansiedad		Me embriague
03/09	Discusión en el trabajo con su esposo	Si yo me muriera estarían todos mejor	Tristeza		Llanto y no hablar con nadie

DIAGRAMA DE CONCEPTUALIZACION COGNITIVA



TECNICAS CONDUCTUALES

TECNICA	EJECUCIÓN
Metas conductuales	Especificar las conductas que la paciente desea modificar, lo cual dará las metas de la terapia. Estos serán los compromisos que el paciente asumirá y servirán para el feedback en próximas terapias
Agenda de actividades	Agendara las actividades que realizar en el día, y las calificara en base al dominó y agrado de cada una.
Actividades graduadas	Planear actividades que le produzcan placer o control. Como salir a caminar, comprar ropa, maquillarse. De la menos difícil a la más difícil.
Modelamiento	Se le demuestra a la paciente la respuesta que se desea, una respuesta asertiva para que luego la paciente debe de imitarla.
Práctica de conducta	Se practicara la conducta que deberá de tomar ante las situaciones de crítica.
Entrenamiento en relajación	Se le enseñaran ejercicios de relajación musculares para momentos que sienta ansiedad o estrés

TECNICAS COGNITIVAS

TECNICA	EJECUCIÓN
Identificar los pensamientos negativos	A la paciente se le pedirá que controle sus pensamientos ante situaciones que le produzcan tristeza o ansiedad.
Calificar el grado de creencias en el pensamiento y la emoción asociada con el mismo	Ya identificado s los pensamientos negativos, luego se determinaran los pensamientos asociados , y se les asignara una calificación de 0-100, que tanto le hace sentir el pensamiento negativo
Descenso vertical	Evaluar el significado que tiene para la paciente sus pensamientos. Y entender el origen de su estructura de pensamiento.
¿Cuál es la presunción?	Examinar las reglas inconscientes de la situación que vive.
Roleplay	Colocar al paciente en un espectador de su problemática y analizar su situación.

TEMPORALIDAD

El programa de tratamiento cognitivo-conductual tendrá una duración de 9 meses y otros 3 de seguimiento. Se recomienda llevar a cabo, al menos, dos sesiones de terapia semanales con una duración de 60 minutos.

EVALUACIÓN

Se realiza desde el mes noveno hasta completar un año.

- ✓ Se debe realizar un seguimiento, como mínimo de 3 meses, y lo ideal sería hacerlo durante un año.
- ✓ Se sigue tratando al paciente de forma intermitente para que aprenda a generalizar y consolidar los objetivos terapéuticos alcanzados.

Se recomienda llevar a cabo una sesión cada quince días, los dos primeros meses, y a continuación, una sesión al mes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ✓ Entrevista con el Dr. Yuri Omar Castillo. Subdirector médico del Patronato del Diabético. Agosto 2014

- ✓ MCDERMOTT, M.T. MKSAP14 (MEDICAL KNOWLEDGE *Self-Assessment Program*). ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO. Síndrome metabólico. Editorial Intersistemas. México, D.F. 2009 155p.

- ✓ OBLITAS, Luis Armando. Psicoterapias contemporáneas. Primera Edición. Editorial Artgraph. 2011. 402 p. ISBN 13:9789706869166

- ✓ RISO Walter. Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Principios teóricos de la terapia cognitiva: una perspectiva multinivel. 1era. Edición. Bogotá: Grupo editorial norma. 2006. 432 p. ISN 9580492468.

- ✓ TÉBAR Massó. et.al. La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. Concepto, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. 16a. ed. Editorial Médica Panamericana España. 2009. 335p. 9788479034504

- ✓ SHELLEY, Taylor. "Psicología de la salud", 6ª edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana, España 2000. 205p.

- ✓ WORDEN, William. "El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia" Editorial Paidós Ibérica. Barcelona, 1997. 347p.

Cuadro 2. Formación del psicólogo

FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO	Conocimientos en la práctica	<ul style="list-style-type: none"> - La psicología está muy relacionado con todo de la mente, ..traumas, ...a sanar a las personas, sentimientos, emociones... P1C1 - Diferentes líneas de terapia desde donde se pueden abordar determinadas situaciones. P1C6 - Conocer a fondo...por que el ser humano tiene ciertos comportamientos, como funciona la mente humana P1C11 - Conocer las diferentes patologías que presentan los pacientes y ... resolución de conflictos P1C15 - ...se aprende a amar, respetar y comprender al otro,... ver a la persona como lo que realmente es...y no como un objeto o una fuente de riqueza. P1C17 - Las personas son unicas y reaccionan de manera diferente ante las situaciones P1C19 - En Guatemala no existe una cultura que acepte al psicólogo o psicóloga P1C20 - Sin salud mental no logramos un verdadero equilibrio y bienestar P1C21 - Respeto hacia lo que uno hace, saber que puedo y que no puedo hacer, no mentir, no engañar, no falsear informes P2C5 - Diabetes es algo sensible y delicado ya que se manejan grandes miedos, decidir es un acto P3C13
	Motivación	<ul style="list-style-type: none"> - Porque al final está bastante enlazado con mi trabajo P1C1 - Por mi enfermedad. la ayuda psicologica fue importante P1C2 - Comprender y ayudar a las personas P1C3 - Como las experiencias y situaciones vividas, afectan la psique del ser humano P1C6 - Por mi enfermedad, la ayuda psicológica fue importante P1C10 - Desde la carrera, me empezo a gustar, los cursos que recibia P1C7 - siempre me dijeron que tenia cualidades para estudiar psicología. P1C8 - Dar una mejor calidad de vida a las personas P1C10 - Un psicologo me ayudo y ahora quiero hacer lo mismo P1C13 - Mi mama es psicóloga P1C14 - Por ser una carrera humanista P1C15 - porque me gusta relacionarme con los seres humanos P1C20 - Como suerte verdad, ose me salí de una carrera y no sabia dónde meterme y me metí a P1C21 - Entender que pasa mas alla P1C20 - ayuda espiritual a jóvenes y niños pero ya con el plus del aspecto psicológico P1C24
	Ética	<ul style="list-style-type: none"> - Reglas o normas, para poder buen profesional P2C1 - El secreto profesional P2C1 - Es al respeto y compromiso con el paciente. P2C3 - manual para comportarse, en la vida profesional y personal, ya que la forma de trabajar es diferente a la de un maestro P2C6 - Tener un respeto hacia todos P2C7 - Ayudar al otro sin dañarlo P2C8 - La ética profesional marca pautas de conducta para el desempeño de las funciones propias de un cargo. P2C10 - Cuando el paciente nos cuanta sus problemas y no estamos de acuerdo, no podemos ir y tratarlo mal, asi como brindarle servicios que conozcamos y estemos capacitados para dárselos P2C11 - reglas estandarizadas que nos indica lo correcto y lo incorrecto P2C15 - es cuando se tiene un juicio moral donde buscamos el beneficio del otro P2C16 - reservación de información dependiendo que complicado sea el caso. P2C17 - Respetar lo que dicen en su trabajo, no podemos contar nada de lo que le dicen los pacientes. P2C18 - la que utiliza un psicólogo no la conozco. P3C3 - seguir nuestro horario, ... no ir a pretender ser alguien que está en noveno semestre si yo apenas estoy en quinto, no pretender saber y actuar sin pensar P3C6 - La importancia el secreto de confidencialidad P3C9 - Me ayuda a comprender mis limitaciones...y hasta donde no, pienso que es donde pasa la ética con mi profesión. P3C9 - lo correcto sería desarrollar para él y para su paciente mucha resistencia y pensamientos P3C11 - el cómpromiso con los pacientes y con uno mismo de mantener la integridad y lealtad en todo momento P3C14 - Implica confidencialidad P3C15 - siempre se mantenga neutro y no debe involucrarse demasiado P3C16 - Respetar la opinión del otro y la confidencialidad de la informacion P3C18 - En la responsabilidad y respeto P3C22
	Déficit curricular	<ul style="list-style-type: none"> - No se si existe un código de ética) P2C3 - En la escuela no te dicen que hacer P3C1 - Cuando inicie la práctica senti miedo, por hacer algo indebido, sin querer uno puede meter la pata, por no saber que eso no se hacia tal vez. P3C2 - En clase nos dijeron que había un código pero nunca me lo pidieron nunca hicieron examen P3C8 - yo hoy soy del experimento la primera promoción de semestre P3C9 - Actualmente no recibimos en ningún curso, nada acerca de enfermedades comunes como la diabetes y sus reacciones psicologicas P4C3 - La universidad, no nos da esa introducción al saber o manejar esas técnicas básicas que se pueden utilizar con los pacientes P4C7 - No nos dan las suficientes herramientas y las técnicas para ponerlas en práctica P4C8 - El cambio de pensum siento que también afectó por que planificado, pero porque hay cursos que no se han dado y hasta la fecha no hay docente P4C11 - Con el cambio de semestre algunos cursos importantes como tecnicas de evaluacion, y no sabemos aplicar pruebas P4C12 - Lo que dan en la escuela es historia o teoría no te hablan de cómo es la realidad P5C4 - Carecemos desde ese fundamento que no nos puede faltar, nos faltan test, nos faltan, porque nos dan pura teoría a veces mal enfocada. P5C6 - no sebe hacer pruebas, yo no sabia el examen mental, no sabiamos cómo hacer un informe P5C7 - Los que estamos por semestre estamos mal preparados P5C8 - Deberíamos darnos cursos, relacionados con la práctica P5C8 - Que exista un curso que forme acerca de enfermedades crónicas P5C25 - preste atención a las necesidades del estudiante para que este pueda ir a cualquier lugar y atender a las personas de manera apropiada P7C1 - falta mucha preparación por parte de la escuela ya que nos lanzan a la práctica P7C2 - Creo que hasta que llegamos a la práctica nos damos cuenta de las carencias que tiene nuestra formación dentro de la universidad P7C9 - no hay la suficiente información o una información concreta que oriente al practicante para el tratamiento y la implementación de técnicas que ayuden al paciente P7C15
	NECESIDADES DE FORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Ser autodidactas P4C5 - Tener mucha fortaleza emocional muy desarrollada P4C13 - Debe de haber muchas preparación por medio de un supervisor o de un licenciado P4C15 - deberian darnos ejemplos reales de vidas reales y no solamente historia. P5C5 - Es fundamental autodidactas y buscar la información. P5C17 - el estudiante de psicología debe formarse más allá de los conocimientos impartidos P7C14 - Fundamental ser simple autodidactas P7C20

Cuadro 2. Contenido del manual

CONTENIDO DEL MANUAL	Ética	Código de ética	- No se cumple	P2C1												
			- Aprendizaje continuo, estar actualizado	P2C2												
			- La manera que se va a relacionar en tu entorno social	P2C4												
			- Si no practico mi ética voy a dañar al paciente	P2C5												
			- Código que tenemos para prestar el servicio	P2C9												
			- La ética profesional utiliza valores universales del ser humano, se centra en cómo son estos aplicables al entorno laboral.	P2C10												
			- Son obligaciones que tienen los hombres como persona, lo que es bien o es mal	P2C10												
			- Actuar con responsabilidad, siguiendo los requisitos que la ley vigente plantea para el desarrollo de cualquier actividad, regulando la actividad profesional	P2C12												
			- Todos aquellos principios y valores que van a regir a un profesional en su labor	P2C13												
			- Es la forma correcta de comportarse en relación al trabajo ... normas, conductas morales y actitudes que se...considera lo adecuado	P2C14												
			- Actuar con integridad, buenos valores y principios morales	P2C20												
			- El psicólogo debe conocer y aplicar	P3C2												
			- En las clases nosotros no vimos el código	P3C5												
			- La preparación intelectual ...y si realmente no siente que sea capaz de manejar este tipo de	P3C18												
			- Estar preparándose constantemente	P3C24												
			- Verdaderamente preparados para afrontar, apoyar y ayudar a nuestros pacientes,	P3C25												
			Médico	Médico	Tratamiento	- Conocer la enfermedad, medicamentos y su reacción	P4C3									
						- Informarse acerca de tratamientos	P4C14									
- Estudio de que es realmente la diabetes, sus causas, tratamiento, efectos secundarios de los medicamentos, que otras enfermedades acompañan o se desarrollan al ser un "mal" paciente,	P5C15															
- Los tratamientos médicos que más usamos nosotros como guatemaltecos para tratar esta enfermedad.	P6C17															
- El tratamiento de personas con diabetes desde una perspectiva, biológica, social y psicológica	P6C18															
- Conocer sobre medicamentos que ingieren los pacientes que tienen diabetes	P7C19															
Psicológico	Psicológico	Tipos de diabetes				- Los tipos de diabetes que existe, cuáles son sus repercusiones y como afectan	P4C16									
						- Como se presenta la enfermedad en niños, adultos y la forma de intervenir	P6C11									
						- Qué es la diabetes, sus tipos, tratamientos y consecuencias físicas y psíquicas para las personas que las padecen	P6C15									
						- Información general sobre qué es la diabetes y cuál es el tipo que afecta en niños, adultos, hombres y mujeres	P6C21									
						Psicológico	Psicológico	Signos y síntomas	- Cómo funciona la diabetes en el organismo	P4C5						
									- Tener una preparación medica también, conocer los síntomas y algún tratamiento	P4C17						
									- Cuáles son sus síntomas las manifestaciones más comunes poder reconocerlo y poder aplicar con el paciente el tratamiento adecuado y que sea funcional.	P4C18						
									- Conocer desde el punto médico	P4C19						
									- Las causas, consecuencias, tratamiento, incidencia, prevalencia y demás formas que existen para este tipo de personas	P4C22						
									- Estudiar a fondo sobre el ambiente hospitalario, el tipo de diabetes que presenta el paciente las causas y las consecuencias	P4C25						
									- Información sobre las consecuencias físicas y psicológicas que provoca la Diabetes	P5C12						
									- Cuáles son los síntomas y las manifestaciones que tiene un paciente diabético	P5C20						
			- Información importante de lo que define y caracteriza a esta enfermedad	P6C14												
			Psicológico	Psicológico	Causas y consecuencias				- los mitos que se manejan respecto a la enfermedad	P5C15						
									Psicológico	Psicológico	Mitos	- Incluir alguna guía de cómo nosotros como psicólogos podemos prevenir en nuestros pacientes sobre la diabetes	P7C12			
												- Los procesos psicológicos que intervienen en dicha situación, y conocer la prevención, adaptación y evolución de la enfermedad.	P4C21			
												Psicológico	Psicológico	Prevención	- Como abordar a la familia	P4C1
															- También trabajar en la autoestima de las personas	P4C1
- El proceso de aceptación de la enfermedad, incluyendo a la familia	P4C2															
- Conocer que corriente nos va a servir con esta persona que sufre de diabetes	P4C4															
- La corriente con la cual se podría trabajar o que técnicas se podrían implementar	P4C6															
- Debe preparar con técnicas específicas de "aquí y ahora", "Logoterapia" y demás técnicas	P4C23															
- Cual es la corriente adecuada para brindarle terapia,	P5C9															
- Los docentes deben orientarnos sobre las líneas terapéuticas que existen y cuales se adecuan para poder intervenir a un paciente que tenga diabetes	P5C11															
- Enseñe a lidiar con pacientes diabéticos y los sentimientos que pueden provocar en uno como profesional	P5C23															
- Que línea psicoterapéutica se puede usar con el paciente	P6C3															
- Un ejemplo de intervencion con paciente diabetico	P6C6															
- acerca de las personas que ya están en su etapa final	P6C10															
Psicológico	Psicológico	Metodología de intervención				- Que implicaciones psicológicas puede presentar una persona	P4C4									
						- Entender cómo es que esa enfermedad afecta psicológicamente a las personas	P5C10									
						- Las patologías mas comunes en esta enfermedad	P5C3									
			Psicológico	Psicológico	Patologías	- Que herramientas, que técnicas, que corrientes específicamente es la que funciona con el paciente que tiene diabetes	P4C6									
						- Conocimiento previo de la enfermedad, técnicas e instrumentos que ayuden al estudiante durante la terapia	P5C16									
						- En técnicas creo que estamos deficientes	P5C1									
						- Un cuadro de técnicas de cada línea psicoterapéutica,	P6C17									
						- El psicólogo no está solo para diagnosticar, sino desde su conocimiento brindar las	P7C16									

Cuadro 3. Técnicas e instrumentos

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	Técnicas	Psicoeducación	- Metodología adherencia al tratamiento y la aceptación del mismo, afrontamiento	P5C14
		Técnicas cognitivo-conductual	- La cognitivo conductual podría ser la indicada	P5C3
		Abordaje familiar	- Técnicas para poder trabajar con el grupo familiar directamente y con el paciente - El manual debe contener también como abordar ese tema con la familia	P6C14 P7C4
	Instrumentos	Test	- Conocer pruebas	P5C2
		Protocolo de atención	- Los pasos que debemos tomar para el proceso - El rol del terapeuta en caso de atención al paciente con diabetes - Como se desarrolla la enfermedad, como afecta psicológicamente a la persona, si existe como un proceso en una persona a partir de que se detecta la enfermedad - Cómo llevar a cabo el proceso psicoterapéutico, técnicas, métodos y herramientas para el mismo, información acerca de cuáles son las formas o los trastornos más frecuentes - Tener fundamentos para contextualizar culturalmente los padecimientos que sufren en el ámbito psicológico, conocer a profundidad lo que es la diabetes, cuáles podrían ser las posibles intervenciones psicológicas - Ejemplos de historia clínica	P6C8 P6C9 P6C10 P6C24 P6C17 P7C22
		Entrevista psicológica	- En el manual se debe como incluir algún tipo de entrevista	P7C2

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

1. Los estudiantes carecen de los conocimientos necesarios para poder intervenir de manera profesional en el tratamiento psicológico a pacientes diabéticos. Las causas son varias, la ausencia de una currícula de estudio que los instruya en como realizar un abordaje clínico eficaz y el conocimiento específico de la diabetes mellitas, así también, el manejo adecuado de la entrevista, la historia clínica y pruebas psicológicas es deficiente.
2. Se estableció que los contenidos a incluir en la construcción del manual de inducción para estudiantes que realizan una intervención psicológica con pacientes diabéticos se basó en tres puntos fundamentales: conocimiento médico, un modelo de intervención psicológica y técnicas e instrumentos
3. El manual de inducción permite dar una visión amplia de los conocimientos médicos y psicológicos que el estudiante debe conocer para lograr una intervención adecuada con las personas que padecen de diabetes.

4.2 Recomendaciones

1. Incluir dentro de la currícula de estudio una cátedra que aborde las diferentes enfermedades crónicas, especialmente la diabetes ya que esta enfermedad afecta la mayor parte de la población guatemalteca, y a las cuales se enfrentan los estudiantes en los diferentes centros de práctica. Así mismo dar énfasis en los cursos enfocados a la investigación y técnicas

de evaluación los contenidos de historia clínica, entrevista y pruebas psicológicas que son indispensables en el proceso terapéutico.

2. Realizar un manual de inducción en cada centro de práctica enfocados al tipo de población que se atiende, para brindar un mejor apoyo en el tratamiento clínico.
3. Que el estudiante se apropie de la información que se describe en el manual.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLES, Martha. 5 pasos transformar una oficina de personal en un área de Recursos Humanos. Formación y selección. Ediciones Granica. Buenos Aires 2005. 304p. ISBN 9506410232
- ÁLVAREZ TORRES, Martín. Manual para elaborar manuales de políticas y procedimientos. Los Manuales14ª. ed. Editorial Panorama. México 2006 230p. ISBN 9683805809
- DESSLER, Gary. Administración de recursos humanos. Enfoque latinoamericano. Lineamientos para dirigir una entrevista. Pearson Educación. México 2004. 328p. ISBN 97002604400
- Entrevista con el Dr. Marín. Director médico del Patronato del Diabético. Marzo 2014
- GARDUÑO ESTRADA, León. et.al. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. Procesos cognoscitivos asociados a los constructos de calidad de vida y bienestar subjetivo. Editorial Plaza y Valdés. México. 298p. ISBN 9707223987
- GÓMEZ, Marcos. La Pérdida de un ser querido. El duelo y el luto. Editorial Arán. España. 2007. 399p. ISBN 9788486725990
- HERNÁNDEZ, Nicolás; Juan Sánchez. Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la salud. Psicoterapia cognitivo-conductual en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. México: Editorial Libros en Red, 2007. 249 p.

- MCDERMOTT, M.T. MKSAP14 (MEDICAL KNOWLEDGE *Self-Assessment Program*. ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO. Síndrome metabólico. Editorial Intersistemas. México, D.F. 2009 155p.
- OBLITAS GUADALUPE, Luis A. Psicología de la Salud y calidad de vida. La formulación del modelo biopsicosocial o una concepción integral de la salud. Cengage Learning Editores.. México. 2005. 552p. ISBN 6074811253
- RISO Walter. Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Principios teóricos de la terapia cognitiva: una perspectiva multinivel. 1era. Edición, 2006. 432 p. Bogotá: Grupo editorial norma. ISN 9580492468.
- ROBBINS, Stephen; Mary Coulter. Administración. Ética y razonamiento crítico. 8va. edición. Pearson Educación. México 2005. 640p. ISBN 9702605555
- TÉBAR Massó. et.al. La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. Concepto, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. 16a. ed. Editorial Médica Panamericana España. 2009. 335p. 9788479034504
- TRULL, Timonthy; Jerry Phares. Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. Intervención psicológica.6ª ed. México: Editorial Thomson Learning, 2005. 581p. ISBN 9706861106

ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano –CUM-
Escuela de Ciencias Psicológicas
Proyecto de Investigación

GUÍA DE ENTREVISTA GRUPAL

1. ¿Por qué decidieron estudiar psicología?
2. ¿Para ustedes que es la ética profesional?
3. ¿Qué piensan acerca de la ética profesional en el ejercicio psicológico con pacientes diabéticos?
4. ¿Qué preparación debe tener un psicólogo en su práctica profesional con pacientes diabéticos?
5. ¿Qué necesidades de formación tiene el estudiante de la Escuela de Psicología en su práctica profesional con pacientes diabéticos?
6. Al momento de realizar un Manual de inducción para el tratamiento psicológico de pacientes diabéticos, ¿Qué contenidos consideran debe abarcar?
7. ¿Algo más que deseen agregar?

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano –CUM-
Escuela de Ciencias Psicológicas
Proyecto de Investigación**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN LA
REALIZACIÓN DE TESIS DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

Nombre del entrevistador_____

Nombre del participante _____

Lugar y fecha de realización_____

Se le está invitando a participar en una investigación para elaborar un manual de inducción para estudiantes practicantes en la atención psicológica de pacientes diabéticos. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido de qué trata y cómo se trabajará el estudio, y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este formulario de consentimiento, del cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Justificación del estudio

La información servirá en la realización de la tesis de Licenciatura en Psicología de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Objetivo del estudio

Contribuir al tratamiento del paciente diabético en la intervención psicológica por medio de un manual de inducción para estudiantes practicantes de la escuela de ciencias psicológicas.

Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se acordarán de dos a tres citas con duración de aproximadamente una hora, en el lugar de su preferencia, para que pueda dar su punto de vista acerca de aspectos referentes a la elaboración de un manual de inducción para estudiantes practicantes en la atención psicológica de Pacientes Diabéticos. Dicha conversación será grabada para poder documentar mejor la información.

Aclaraciones

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio y posteriormente decide retirarse, se le pide dar a conocer su retirada, pudiendo informar o no, las razones de su decisión la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida durante el estudio será publicada de manera general manteniendo la confidencialidad individual de la persona investigada.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Carta de consentimiento Informado

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y enterado de que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, sin identificación de las personas entrevistadas. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma de el/la participante

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su representante):

He explicado a _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación. He contestado a las preguntas en la medida de mis conocimientos y le he preguntado si tienen alguna duda adicional. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procederá a firmar el presente documento.

Firma del investigador

1. ¿Porque decidieron estudiar psicología?

No.	COMENTARIO	FRECUENCIA PARTICIPANTE																									TOTAL	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
1	La psicología está muy relacionado con todo de la mente, con traumas, con cosas que ayudan a sanar a las personas, sentimientos, emociones de las personas	1		1	1		1	1																			5	20.00%
2	Porque al final está bastante enlazado con mi trabajo	1																									1	4.00%
3	Por mi enfermedad, la ayuda psicologica fue importante		1																								1	4.00%
4	Comprender y ayudar a las personas			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	80.00%
5	Como las experiencias y situaciones vividas, afectan la psique del ser humano						1	0	1																		2	8.00%
6	diferentes líneas de terapia desde donde se pueden abordar determinadas situaciones.						1					1															2	8.00%
7	Por mi enfermedad, la ayuda psicologica fue importante																										0	0.00%
8	Desde la carrera, me empezo a gustar, los cursos que recibia							1		1									1								6	24.00%
9	siempre me dijeron que tenía cualidades para estudiar psicología.								1																		1	4.00%
10	conocer a fondo las conductas de las personas, de el porqué de su actuar, por que el ser humano tiene ciertos comportamientos, como funciona la mente humana								1	1	1		1	1			1			1	1	1					9	36.00%
11	Day una mejor calidad de vida a las personas										1	1															2	8.00%
12	Un psicologo me ayudo y ahora quiero hacer lo mismo													1													1	4.00%
13	Mi mama es psicologa															1											1	4.00%
14	las diferentes patologías que presentan los pacientes y me interesa investigar más de todos eso en mi carrera también resolución de conflictos															1	1						1				3	12.00%
15	Por ser una carrera humanista															1											1	4.00%
16	esta profesión en la cual se aprende a amar, respetar y comprender al otro, y en la que se ve a la persona como lo que realmente es, un ser humano, y no como un objeto o una fuente de riqueza.																		1								1	4.00%
17	Las personas son unicas y reaccionan de manera diferente ante las situaciones																					1					1	4.00%
18	en Guatemala no existe una cultura que acepte al psicólogo o psicóloga																									1	1	4.00%
19	porque sin salud mental no logramos un verdadero equilibrio y bienestar																									1	1	4.00%
20	porque me gusta relacionarme con los seres humanos																									1	1	4.00%
21	como suerte verdad, ose me salí de una carrera y no sabía dónde meterme y me mete a psicología																									1	1	4.00%
22	Entender que pasa mas alla																									1	1	4.00%
23	ayuda espiritual a jóvenes y niños pero ya con el plus del aspecto psicológico																									1	1	4.00%

2. ¿Para ustedes que es la ética profesional?

No.	COMENTARIO	FRECUENCIA PARTICIPANTE																									TOTAL	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
1	reglas o normas, para poder buen profesional	1									1				1		1				1						5	20.00%
2	El secreto profesional	1									1																2	8.00%
3	No se cumple	1																									1	4.00%
4	Aprendizaje continuo, estar actualizado		1		1																						2	8.00%
5	la manera que se va a relacionar en tu entorno social				1																						1	4.00%
6	Es el respeto y compromiso con el paciente.			1						1																	2	8.00%
7	No se si existe			1																							1	4.00%
8	respeto hacia lo que uno hace, saber que puedo y que no puedo hacer, no mentir, no engañar, no falsear informes					1																					1	4.00%
9	Si no practico mi etica voy a dañar al paciente					1																					1	4.00%
10	manual para comportarse, en la vida profesional y personal, ya que la forma de trabajar es diferente a la de un maestro						1																				1	4.00%
11	Tener un respeto hacia todos					1	1	1	1	1																	4	16.00%
12	Codigo que tenemos para prestar el servicio										1																1	4.00%
13	Ayudar al otro sin dañarlo							1	1									1									3	12.00%
14	La ética profesional marca pautas de conducta para el desempeño de las funciones propias de un cargo.										1																1	4.00%
15	La ética profesional utiliza valores universales del ser humano, se centra en cómo son estos aplicables al entorno laboral.										1																1	4.00%
16	Son obligaciones que tienen los hombres como persona, lo que es bien o es mal										1																1	4.00%
17	Cuando el paciente nos cuanta sus problemas y no estamos de acuerdo, no podemos ir y tratarlo mal, asi como brindarle servicios que conozcamos y estemos capacitados para dárselos											1															1	4.00%
18	actuar con responsabilidad, siguiendo los requisitos que la ley vigente plantee para el desarrollo de cualquier actividad, regulando la actividad profesional												1														1	4.00%
19	todos aquellos principios y valores que van a regir a un profesional en su labor													1													1	4.00%
20	Es la forma correcta de comportarse en relación al trabajo que se desempeña, la ética se conforma de aquellas normas, conductas morales y actitudes que se rigen bajo lo que se considera lo adecuado														1					1							2	8.00%
21	reglas estandarizadas que nos indica lo correcto y lo incorrecto															1									1	1	3	12.00%
22	es cuando se tiene un juicio moral donde buscamos el beneficio del otro																1										1	4.00%
23	reservación de información dependiendo que complicado sea el caso,																		1		1			1			3	12.00%
24	Respetar lo que dicen en su trabajo, no podemos contar nada de lo que le dicen los pacientes.																								1		1	4.00%
25	actuar con integridad, buenos valores y principios morales																							1			1	4.00%

3. ¿Qué opina piensan acerca de la ética profesional en el ejercicio psicológico con pacientes diabéticos?

No.	COMENTARIO	FRECUENCIA																									TOTAL	%	
		PARTICIPANTE																											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
1	en la escuela no te dicen que hacer	1																										1	4.00%
2	el psicólogo debe conocer y aplicar		1																									1	4.00%
3	cuando inicie la práctica sentí miedo, por hacer algo indebido, sin querer uno puede meter la pata, por no saber que eso no se hacía tal vez.		1																									1	4.00%
4	la que utiliza un psicólogo no la conozco.			1																								1	4.00%
5	seguir nuestro horario, yo creo que hacer lo que se deba que hagamos verdad, no ir a pretender ser alguien que está en noveno semestre si yo apenas estoy en quinto, no pretender saber y actuar sin pensar							1	1																			2	8.00%
6	En las clases nosotros no vimos el código					1	1	1	1																			4	16.00%
7	En clase nos dijeron que había un código pero nunca me lo pidieron nunca hicieron examen								1																			1	4.00%
8	yo hoy soy del experimento la primera promoción de semestre									1																		1	4.00%
9	La importancia el secreto de confidencialidad									1																		1	4.00%
10	Me ayuda a comprender mis limitaciones y yo de entender hasta dónde puedo llegar con mi relación con mi niño y hasta donde no, pienso que es donde pasa la ética con mi profesión.										1																	1	4.00%
11	lo correcto sería desarrollar para él y para su paciente mucha resistencia y pensamientos positivos.											1																1	4.00%
12	diabetes es algo sensible y delicado ya que se manejan grandes miedos, decidir es un acto humano													1														1	4.00%
13	el compromiso con los pacientes y con uno mismo de mantener la integridad y lealtad en todo momento														1													1	4.00%
14	Implica confidencialidad															1												1	4.00%
15	siempre se mantenga neutro y no debe involucrarse demasiado																1	1										2	8.00%
16	la preparación intelectual como humana para atender a este tipo de pacientes y si realmente no siente que sea capaz de manejar este tipo de casos																			1								1	4.00%
17	estar preparándose constantemente																								1		1	4.00%	
18	verdaderamente preparados para afrontar, apoyar y ayudar a nuestros pacientes.																									1		1	4.00%
19	Respetar la opinión del otro y la confidencialidad de la informacion																			1	1							2	8.00%
20	En la responsabilidad y respeto																								1		1	4.00%	

4. ¿Qué preparación debe tener un psicólogo en su práctica profesional con pacientes diabéticos?

No.	COMENTARIO	FRECUENCIA PARTICIPANTE																									TOTAL	%	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
1	como abordard a la familia	1																									1	4.00%	
2	también trabajar en la autoestima de las personas	1																									1	4.00%	
3	el proceso de aceptación de la enfermedad, incluyendo a la familia		1																								1	4.00%	
4	conocer la enfermedad, medicamentos y su reaccion			1																							1	4.00%	
5	Actualmente no recibimos en ningun curso, nada acerca de enfermedades comunes como la diabetes y sus reacciones psicologicas			1																							1	4.00%	
6	cómo funciona la diabetes en el organismo				1	1																					2	8.00%	
7	que implicaciones psicológicas puede presentar una persona				1																						1	4.00%	
8	Conocer que corriente nos va a servir con esta persona que sufre de diabetes				1																						1	4.00%	
9	ser autodidactas					1																					1	4.00%	
10	la corriente con la cual se podría trabajar o que técnicas se podrían implementar						1																				1	4.00%	
11	que herramientas, que técnicas, que corrientes específicamente es la que funciona con el paciente que tiene diabetes						6																				6	24.00%	
12	la universidad, no nos da esa introducción al saber o manejar esas técnicas básicas que se pueden utilizar con los pacientes							1																			1	4.00%	
13	nos dan las suficientes herramientas y las técnicas para ponerlas en práctica								1																		1	4.00%	
14	El cambio de pensum siento que también afectó por que planificado, pero porque hay cursos que no se han dado y hasta la fecha no hay docente											1															1	4.00%	
15	Con el cambio de semestre algunos cursos importantes cono tecnicas de evaluacion, y no sabemos aplicar pruebas												1														1	4.00%	
16	tener mucha fortaleza emocional muy desarrollada													1													1	4.00%	
17	informarse acerca de tratamientos														1												1	4.00%	
18	Debe de haber muchas preparación por medio de un supervisor o de un licenciado															1											1	4.00%	
19	los tipos de diabetes que existe, cuáles son sus repercusiones y como afectan psicológicamente																1										1	4.00%	
20	tener una preparación medica también, conocer los síntomas y algún tratamiento																	1									1	4.00%	
21	cuáles son sus síntomas las manifestaciones más comunes poder reconocerlo y poder aplicar con el paciente el tratamiento adecuado y que sea funcional.																			1									
22	conocer desde el punto médico																				1								
23	los procesos psicológicos que intervienen en dicha situación, y conocer la prevención, adaptación y evolución de la enfermedad.																					1							
24	las causas, consecuencias, tratamiento, incidencia, prevalencia y demás formas que existen para este tipo de personas																						1						
25	debe preparar con técnicas específicas de "aquí y ahora", "Logoterapia" y demás técnicas																							1					
26	Estudiar a fondo sobre el ambiente hospitalario, el tipo de diabetes que presenta el paciente las causas y las consecuencias																									1			

6. Al momento de realizar un Manual de inducción para el tratamiento psicológico de pacientes diabéticos, ¿Qué contenidos consideran debe abarcar?

No.	COMENTARIO	FRECUENCIA PARTICIPANTE																									TOTAL	%	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
1	Un cuadro de técnicas de cada línea psicoterapéutica,	1	1			1						1	1					1										7	28.00%
2	Que línea psicoterapéutica se puede usar con el paciente			1																1								2	8.00%
3	el manejo del DSM-IV				1																							1	4.00%
4	Un ejemplo de intervencio con paciente diabetico						1											1										2	8.00%
5	Los pasos que debemos tomar para el proceso							1																				1	4.00%
6	el rol del terapeuta en caso de atención al paciente con diabetes								1																			1	4.00%
7	como se desarrolla la enfermedad, como afecta psicológicamente a la persona, si existe como un proceso en una persona a partir de que se detecta la enfermedad										1																	1	4.00%
8	acerca de las personas que ya están en su etapa final										1																	1	4.00%
9	Como se presenta la enfermedad en niños, adultos y la forma de intervenir											1																1	4.00%
10	técnicas para poder trabajar con el grupo familiar directamente y con el paciente												1															1	4.00%
11	Información importante de lo que define y caracteriza a esta enfermedad													1														1	4.00%
12	Información importante de lo que define y caracteriza a esta enfermedad														1			1										2	8.00%
13	Qué es la diabetes, sus tipos, tratamientos y consecuencias físicas y psíquicas para las personas que las padecen															1												1	4.00%
14	Tener fundamentos para contextualizar culturalmente los padecimientos que sufren en el ámbito psicológico, conocer a profundidad lo que es la diabetes, cuáles podrían ser las posibles intervenciones psicológicas																		1									1	4.00%
15	los tratamientos médicos que más usamos nosotros como guatemaltecos para tratar esta enfermedad.																		1									1	4.00%
16	el tratamiento de personas con diabetes desde una perspectiva, biológica, social y psicológica																			1								1	4.00%
17	información general sobre qué es la diabetes y cuál es el tipo que afecta en niños, adultos, hombres y mujeres																						1				1	2	8.00%
18	cómo llevar a cabo el proceso psicoterapéutico, técnicas, métodos y herramientas para el mismo, información acerca de cuáles son las formas o los trastornos más frecuentes																									1	1	2	8.00%

7. Algo más que deseen agregar

No.	COMENTARIO	FRECUENCIA PARTICIPANTE																									TOTAL	%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
1	preste atención a las necesidades del estudiante para que este pueda ir a cualquier lugar y atender a las personas de manera apropiada	1																									1	4.00%
2	falta mucha preparación por parte de la escuela ya que nos lanzan a la práctica		1																								1	4.00%
3	en el manual se debe como incluir algún tipo de entrevista		1																								1	4.00%
4	El manual debe contener también como abordar ese tema con la familia				1	1		1					1														4	16.00%
5	Creo que hasta que llegamos a la práctica nos damos cuenta de las carencias que tiene nuestra formación dentro de la universidad																										2	8.00%
6	incluir alguna guía de cómo nosotros como psicólogos podemos prevenir en nuestros pacientes sobre la diabetes																										1	4.00%
7	el estudiante de psicología debe formarse más allá de los conocimientos impartidos																										1	4.00%
8	no hay la suficiente información o una información concreta que oriente al practicante para el tratamiento y la implementación de técnicas que ayuden al paciente																										2	8.00%
9	El psicólogo no está solo para diagnosticar, sino desde su conocimiento brindar las herramientas																										1	4.00%
10	Conocer sobre medicamentos que ingieren los pacientes que tienen diabetes																										1	4.00%
11	Fundamental ser simple autodidactas																										1	4.00%
12	Ejemplos de historia clínica																										1	4.00%