



ESCUELA DE POSTGRADOS

**“Elaboración y Aplicación de una Guía Psicoeducativa para
Trabajar Desde el Modelo Integrativo con Adolescentes
Diagnosticados de Diabetes Tipo I”**

**Tesis previa a la obtención del título de Master en
Psicoterapia Integrativa**

Realizado por: Psc. Gabriela Martínez Ramos

Directora: Mst. Ma. Alexandra Córdova Vega

Cuenca Ecuador

2013

DEDICATORIA

A mi esposo e hijo por ser el motor de mi vida.

A mis padres y hermanos por su apoyo y cariño para alcanzar las metas que me he propuesto.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo ha sido realizado gracias al apoyo incondicional de la Fundación Casa de la Diabetes, dirigida por la Psicóloga Fernanda Sánchez, directora de este centro. Quien abrió las puertas de su Fundación brindándome la apertura y el apoyo para alcanzar los objetivos propuestos en este trabajo.

A la Máster Alexandra Córdova Vega, quien con su sabiduría e infinita paciencia ha sabido guiarme para la conclusión de este trabajo.

RESUMEN

Este trabajo fue concebido con la intención de ser un apoyo para los profesionales que tratan con adolescentes que han sido diagnosticados de Diabetes Tipo I y que según sus rasgos de personalidad muestran mayor o menor capacidad de afrontar las circunstancias que les toca vivir por su enfermedad. Esta es una Guía que puede ser utilizada para todos los adolescentes con Diabetes Tipo I, sin embargo luego de su aplicación se concluye que los adolescentes con rasgos de personalidad tipo Afectiva han logrado mejores resultados, adquiriendo mayor responsabilidad para llevar mejor el manejo de su enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Diabetes, afrontamiento, personalidad, control, disponibilidad, aceptación.

ABSTRACT

The purpose of this work was to provide support for professionals who deal with teenagers diagnosed with Diabetes Type I, whose personality traits show higher or lower ability to cope with the life circumstances related to their disease. This is a guide that can be employed by every teenager with Diabetes Type I. However, after the application of the guide we concluded the adolescents with Affective personality traits obtain better results and can cope with their disease effectively.

Key Words: Diabetes, coping, personality, control, availability, acceptance.



Diana Lee Rodas
Translated by,
Diana Lee Rodas

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO 1	12
ADOLESCENCIA Y DIABETES	12
1.1.- CONCEPTO DE ADOLESCENCIA.....	13
1.1.1 El plano fisiológico.....	14
1.1.2 El plano intelectual	14
1.1.3 El plano afectivo	15
1.1.4 El plano social	15
1.1.5 El plano del desarrollo sexual.....	16
1.1.6 En el aspecto psicológico	16
1.2. CONCEPTO DE DIABETES	18
¿Qué es la Diabetes?	18
La Diabetes como Enfermedad Crónica.....	19
1.3.- CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES	21
1.3.1 DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO I.....	22
1.4.-DIABETES EN LA ADOLESCENCIA.....	23
CAPÍTULO 2	27
PSICOTERÁPIA INTEGRATIVA	27
2.1 GENERALIDADES	27
2.2 MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.....	29
2.2.1 El desarrollo de la personalidad	30
2.2.2 Rasgos de personalidad en la adolescencia.....	31
2.3 TRATAMIENTO INTEGRATIVO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS....	32
2.3.1 Objetivos de la Psicoterapia Integrativa en el manejo de Enfermedades Crónicas (EC):	33

CAPÍTULO 3	34
PSICODIAGNÓSTICO DE ADOLESCENTES QUE SUFREN DE DIABETES	34
3.1 DIAGNÓSTICO: BATERIA DE TEST APLICADOS	34
3.2 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:	35
CAPÍTULO 4	41
GUÍA PSICOEDUCATIVA PARA TRABAJAR DE ACUERDO A LOS TIPOS DE PERSONALIDAD DEL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO	41
CAPÍTULO 5	75
APLICACIÓN DE LA GUÍA A TRAVÉS DE DISPOSITIVOS INDIVIDUALES EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO I.....	75
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	87

Gabriela Bernarda Martínez Ramos

Trabajo de Graduación

Mst. Alexandra Córdova Vega

Abril del 2013

“Elaboración y Aplicación de una Guía Psicoeducativa para Trabajar Desde el Modelo Integrativo con Adolescentes Diagnosticados de Diabetes tipo I”

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud la Diabetes actualmente es una de las enfermedades “silenciosas” más devastadoras que aquejan a la humanidad. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el número de personas que sufren Diabetes en las Américas podría subir de 55 millones en el año 2000 a 83 millones en el año 2030, lo que representa un incremento del cercano del 50% en las personas que padecen esta enfermedad, datos indicados por la Federación Internacional de Diabetes. Estudios a nivel nacional muestran que la prevalencia de la Diabetes aumenta en todas las edades, y podría estar alcanzando proporciones epidémicas en la región. (“Día mundial de la Diabetes, una enfermedad que aumenta en las Américas”, 2011).

La Diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la Diabetes no controlada es la Hiperglicemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. La Diabetes afecta tanto a hombres como a mujeres por igual y sin distinguir edad, en esta enfermedad casi sin síntomas y de complicaciones a largo tiempo, los más vulnerables son los jóvenes que como atraviesan por un periodo de cambios bio-psico-sociales, se encuentran en una constante búsqueda de identidad y adaptación a esta nueva etapa de sus vidas sin darle la importancia que merece su salud.

Esta realidad no es ajena para los adolescentes de la ciudad de Cuenca que asisten a la Fundación “Casa de la Diabetes”. En donde se evidenció un gran número de adolescentes

que presentan una falta de control de su enfermedad, lo que les lleva a vivir en una constante lucha con la misma, provocando así una descompensación de su salud. De ahí la necesidad de la elaboración y aplicación de una Guía Psicoeducativa para Trabajar Desde el Modelo Integrativo con Adolescentes Diagnosticados Diabetes Tipo I.

Para la realización de esta Guía se aplicó el Cuestionario de Personalidad de la Sociedad Ecuatoriana de Psicoterapia Integrativa (SEApSI) a un grupo de adolescentes que asisten a la "Fundación Casa de la Diabetes", logrando con esto determinar los rasgos de personalidad de cada uno de ellos, sus patrones de conducta, pensamientos y sentimientos que les llevan a tomar decisiones que interfieren con su salud. Para con esto crear un método de intervención focalizado en los distintos rasgos de personalidad, que permitan sobrellevar con éxito la Diabetes Tipo I y proporcionar herramientas necesarias para prevenir recaídas en un futuro.

El objetivo fue lograr que los jóvenes pacientes aprendan a cimentar una estructura emocional sólida, es decir, que estén en capacidad de enfrentar e identificar los problemas y situaciones conflictivas que pueden darse al llevar incorrectamente su enfermedad y atenuar las complicaciones futuras.

Otro objetivo fue hacer que los jóvenes no disminuyan su autoestima, ya que por su condición de adolescentes diabéticos, tienden a sentirse no pertenecientes a la sociedad "normal".

La presente investigación está dividida en 5 capítulos. En el primer capítulo se aborda los diversos cambios producidos en la etapa de la Adolescencia y sobre la Diabetes tipo I como enfermedad crónica, su diagnóstico en este periodo evolutivo; en el segundo se habla de la Psicoterapia Integrativa, y el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad; el tercer capítulo trata sobre el psicodiagnóstico de adolescentes que sufren de Diabetes; en el cuarto capítulo se presenta la Guía psicoeducativa para trabajar tomando en cuenta los tipos de personalidad propuestos por el Modelo Integrativo Ecuatoriano (MIE); en el capítulo cinco se menciona la manera de aplicar y se explica a través de cuadros los resultados de la Guía a distintos adolescentes con diabetes tipo I y en el sexto se concluye con los resultados de la aplicación de esta y las recomendaciones sobre cuáles son los tipos de personalidad más factibles a aceptar y aprovechar la misma.

La atención a la Diabetes representa un desafío para los servicios de salud, en tanto quienes padecen esta enfermedad necesitan recibir una atención integral y continua que reconozca el papel central del paciente en el manejo de su propia salud. Si bien la Diabetes y sus complicaciones son, en gran medida, prevenibles, con frecuencia no hay suficiente conocimiento sobre las medidas de prevención y los pacientes no pueden acceder a los servicios de atención adecuados.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA Y DIABETES

La adolescencia para muchos jóvenes es un tiempo conflictivo e inestable donde la rebelión y los problemas familiares y sociales aparecen con más fuerza, ya que es un periodo de cambio y adaptación tanto física como mental. Para otros es una época de situaciones muy positivas relacionadas con nuevas aventuras, la vida del colegio, amistades, oportunidades de madurar, de crecer, aprender a tomar las mejores decisiones, etc. El ser diagnosticado de una enfermedad crónica en esta etapa supone muchos cambios en el estilo de vida de los adolescentes, los mismos que no están listos para asumir este cambio.

Sobre la adolescencia, expone Alfredo Oliva et al. (2010). "A lo largo del siglo XX la mayor parte de las teorías construidas para explicar el desarrollo durante la adolescencia tenían en común la consideración de esta etapa evolutiva como un periodo turbulento y conflictivo, muchos autores compartieron esta visión dramática, y hubo que esperar hasta el último cuarto del siglo para que, de la mano de investigadores como John C. Coleman, fuese surgiendo una imagen más normalizada de adolescentes y jóvenes.

Hoy día la concepción turbulenta de tormenta y estrés ha sido reformulada a partir de los datos y conocimientos disponibles, y aunque hay suficiente evidencia empírica que apunta a un aumento durante la adolescencia de los conflictos con los padres, la inestabilidad emocional, y las conductas de riesgo, no puede sostenerse la imagen de la adolescencia como un periodo de dificultades generalizadas. Es por eso que el rol por parte del psicoterapeuta, médico diabetólogo, nutricionista, etc. debe ir en pos de prevenir los problemas en los aspectos psicológicos y sociales que puedan aparecer en el/la joven; dado que la meta última en el tratamiento de la diabetes es alcanzar una elevada calidad de vida para sus pacientes. (M.J. Martínez Chamorro, 2002)

Diversos autores y poetas hablan de la adolescencia como una etapa de sufrimiento y poco entendimiento con el ambiente, así como de silencio y ver la vida de manera negativa, no encontrando la salida algunas veces a sus dificultades, lo cual puede traer consigo algunas consecuencias indeseables para la juventud. De similar forma la han descrito como, problemática e intensa, generando así un prejuicio social hacia esta etapa de la vida, abriendo entre los adolescentes y los adultos una brecha de silencio que aumenta la conflictividad intergeneracional, especialmente en el ámbito familiar y escolar.

“La diabetes, a diferencia de otras enfermedades crónicas, requiere un extraordinario esfuerzo para el autocontrol, lo que puede producir un estrés psicosocial y psicológico añadido que afectaría de manera desfavorable al enfermo con esta patología. Por ello, la diabetes es una enfermedad que requiere grandes ajustes en el estilo de vida y una amplia educación del paciente. (M.J. Martínez Chamorro, 2002)

En el terreno de la psicología, el psicólogo que trata al adolescente con diabetes tiene un papel fundamental como asesor y debe estar atento a los problemas emocionales habituales del adolescente, conociendo que esta época de la vida es estudiada desde varias perspectivas, en las cuales se pone de manifiesto como una etapa difícil y dura, y otras donde es un paso hacia la edad adulta donde no necesariamente se dan conflictos tan relevantes.

La Psicología del Desarrollo explica los cambios que tienen lugar en las personas con el paso del tiempo, es decir, con la edad. Dentro de esta área el foco de atención puede centrarse en el desarrollo físico, intelectual o cognitivo, emocional, sexual, social, moral.

También el contexto en el que se desarrollan los sujetos nos permite comprender mejor su evolución, debemos tener en cuenta que el desarrollo debe ser entendido como un proceso continuo, global y dotado de una gran flexibilidad.

1.1.- CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

La Adolescencia inicia el proceso que conduce a la madurez sexual, sin embargo estos cambios también son sociales y emocionales; en este proceso, los adolescentes tienen que incorporar su nueva imagen corporal, su capacidad reproductora y sus energías sexuales emergentes en su identidad y aprender a convivir con sus reacciones y las de los demás frente a sus cuerpos en crecimiento.

“Existen diferencias con base biológica entre los muchachos y muchachas en el momento en que alcanzan la pubertad, así como diferencias por razón de sexo construidas socialmente en las reacciones frente a la pubertad en los adolescentes.” (Salud, 2010)

El término adolescencia proviene del latín “adolecere” que significa “crecer”, desarrollarse. Es importante mencionar que esta palabra es algunas veces confundida con padecer o adolecer, y debido a esta mala interpretación se ha confundido a este periodo de la vida como una transición de mucho dolor y/o conflicto.

La adolescencia considerada en el rango de edad desde los 12 a 18 años; es la etapa en que el individuo deja de ser un niño, pero sin haber alcanzado aún la madurez del adulto. Sin embargo, es un tránsito complicado y difícil que normalmente debe superar para llegar a la edad adulta. Se considera que la adolescencia se inicia aproximadamente a los 12 años promedio, en las mujeres y a los 13 años en los varones. Este es el momento en que

aparece el periodo de la pubertad, que cambia al individuo con respecto a lo que hasta entonces era su niñez.

En la etapa de la adolescencia la respuesta a la pregunta ¿Quién soy? Es una parte característica y la más importante en los años por venir, en esta etapa la búsqueda de la identidad se intensifica, y junto con la intimidad son las mayores preocupaciones que subyacen tras los cambiantes estados de ánimo de los adolescentes. En esta época, ellos se muestran vacilantes al tratar de abandonar el nido, se rebelan contra los lazos que los unen a las generaciones de los mayores y sienten que los padres son un obstáculo antes que una ayuda.

“Los problemas emocionales pueden ser tan importantes que indiquen la necesidad de asistencia psicológica, en particular si estos son responsables de incumplimiento terapéutico o de un mal control metabólico. La existencia de problemas psiquiátricos en la infancia y la adolescencia de los diabéticos es un hecho confirmado, lo que hace imprescindible su despistaje sistemático y la instauración de un tratamiento especializado de forma temprana.” Jacobson AM. (M.J. Martínez Chamorro, 2002)

Durante la adolescencia se producen muchos cambios en los siguientes aspectos:

1.1.1 El plano fisiológico

En la adolescencia se presenta un impulso biológico brusco, que lleva consigo al principio un desequilibrio general de las funciones, una aceleración del crecimiento, el desarrollo de los órganos genitales y de los caracteres sexuales secundarios. Durante este periodo de la vida, el papel de la hipófisis es relevante, puesto que segrega las hormonas de crecimiento. Las vísceras, los huesos y los músculos se desarrollan. El corazón adquiere un tamaño casi doble entre los doce y los dieciséis años, la tensión arterial aumenta y el ritmo cardíaco disminuye.

1.1.2 El plano intelectual

Hacia los doce años, se efectúa una transformación fundamental en el pensamiento del niño: el paso del pensamiento concreto al pensamiento formal o «hipotético-deductivo». Hasta esa edad las operaciones de la inteligencia infantil son únicamente «concretas», es decir, no se aplican más que a la misma realidad, a los objetos susceptibles de ser manipulados. A partir de los doce años, el pensamiento formal empieza a ser posible, las operaciones lógicas comienzan a ser traspuestas del plano de la manipulación concreta al de las solas ideas, sin el apoyo de la percepción ni de la experiencia. Así, pues, el pensamiento formal del adolescente será hipotético-deductivo en el sentido de que será capaz de deducir las conclusiones que se pueden extraer de puras hipótesis y no solamente de la observación real. Aquí vemos una de las novedades que oponen la adolescencia a la infancia: la libre actividad de la reflexión espontánea, su facilidad en la elaboración de teorías abstractas. Como dice Piaget, «comparado con un niño, un adolescente es un

individuo que construye sistemas y teorías». Otra característica importante de la actividad mental del adolescente es su egocentrismo intelectual. Este se manifestará por la creencia en la omnipotencia de su reflexión, como si el mundo debiera someterse y adaptarse a sus sistemas, y no los sistemas a la realidad. Posteriormente, ese egocentrismo casi metafísico va encontrando su corrección en una reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad. La actividad intelectual del adolescente irá alcanzando el equilibrio cuando éste comprenda que la función propia de la reflexión no es la de contradecir la experiencia, sino la de interpretarla y, en el fondo, adaptarse a ella.

1.1.3 El plano afectivo

La adolescencia se caracteriza por una profunda crisis que hace emerger al sujeto del mundo protegido de la infancia. Sucede a un período tranquilo en que el instinto está calmado y los conflictos de la primera infancia olvidados. Esta crisis se manifestará ante todo por la definitiva superación del complejo de Edipo, lo que llevará al adolescente a los primeros problemas importantes con sus padres. Esta rebelión, además, no sólo se dirigirá contra la autoridad paterna, sino contra toda clase de autoridad: maestros, profesores, etcétera. La emancipación será tanto más difícil cuanto más el niño se haya fuertemente fijado a sus padres y su imagen haya sido opresiva. El adolescente empieza a descubrir su propio yo personal, necesita autoafirmarse en contra de sus padres y de toda su infancia para encontrarse a sí mismo. Estos últimos deben saber aceptar la diferencia de intereses, costumbres, ideas y opiniones de su hijo y ayudarlo a liberarse del círculo familiar. El narcisismo, la auto-contemplación y la soledad caracterizan este período. Por otro lado, la reactivación del instinto sexual lleva consigo una manifestación constante, la masturbación, a la que normalmente se relaciona, por el hecho de la represión social habitual, una culpabilidad. La madurez emocional también depende de sus logros como, descubrir su identidad, independencia de sus padres, el desarrollo de un sistema de valores y la capacidad de establecer relaciones maduras y estables. Todos estos conflictos hacen del adolescente un personaje aparentemente contradictorio, impulsivo e hipersensible, manifestaciones que hay que entender como signos de una difícil etapa de búsqueda de sí mismo.

1.1.4 El plano social

La adolescencia es un período no menos conflictivo en este aspecto. El joven vive de una forma casi contradictoria su doble impulso de rechazo de la sociedad adulta y sus ensayos de inserción en la misma. Hacia los quince años sale del mundo cerrado familiar para ampliar sus relaciones en nuevas amistades. Vive sus primeros amores, se forman los grupos de adolescentes y todo ello entre continuos entusiasmos y decepciones, que configuran la imagen del adolescente en un constante estado de insatisfacción, la misma que es provocada por el desfase que suele haber entre su mundo interior y la realidad. A menudo parece que el adolescente sea asocial y casi asociable, lo cual no es del todo cierto, ya que el adolescente medita y actúa sin cesar en función de la sociedad. Un niño

puede empezar a considerarse adulto en distintas situaciones como: a los 16 cuando ya tiene edad para elegir su especialidad de bachillerato, o a los 18 cuando puede manejar carro legalmente o cuando puede inscribirse en el ejército y casarse o tomar decisiones legales sin aprobación de sus padres, a los 21 cuando puede beber en algunos países, etc. (Apsique, 1998)

1.1.5 El plano del desarrollo sexual

En las mujeres generalmente comienza a los ocho años de edad con las primeras etapas de desarrollo de los senos, luego viene la menarquía que normalmente se produce entre los 10 y los 16 años con el tirón de crecimiento de las adolescentes. Los hombres tardan más en madurar sexualmente, y la dilatación testicular generalmente se produce entre los 10 y los 14 años aproximadamente, y el tirón de crecimiento y la espermarquía alrededor de un año más tarde. (Población, 1999)

1.1.6 En el aspecto psicológico

A lo largo del último siglo han sido varias las corrientes y los modelos teóricos que han aportado sus descubrimientos e investigaciones para explicar el fenómeno del cambio en la adolescencia. En general cada uno de estos modelos tiene sus propias explicaciones, a veces contradictorias a las que se presentan desde otras teorías. Esa diversidad de paradigmas explicativos enriquece la comprensión del fenómeno del desarrollo. Como más significativos entre estos modelos es necesario citar el psicoanálisis, la psicología genética de Jean Piaget, el modelo sociocultural de Lev Vygotski, las teorías del aprendizaje, el modelo del procesamiento de la información, y más recientemente, el modelo ecológico y el etológico. (Estudio de las características distintivas de un grupo determinado y cómo éstas evolucionan para la supervivencia del mismo.)

Según Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds. “La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, comienza por lo general a los 12 o 13 años y termina a los 19 o 20 aproximadamente, mencionan que su base física puede haber empezado antes y sus ramificaciones psicológicas pueden perdurar hasta mucho después. Entonces decimos que esta etapa se inicia entre los 10–13 años y termina entre los 18-22 años de edad. Inmediatamente antes de este periodo se encuentra la pubertad, que es considerada como los cambios fisiológicos que generalmente inician la adolescencia.” (p. 376)

Piaget, decía que en la adolescencia aparece la etapa del pensamiento operacional formal, que es un procesamiento intelectual abstracto, no empírico, especulativo, más libre de lo inmediato, que usa para sus conclusiones herramientas más elaboradas. Los adolescentes empiezan a considerar más opciones de lo que puede o no ser, sus posibilidades; la capacidad de formular y comprobar hipótesis se desarrolla significativamente. (Citado por Craig, 2001).

Algunas de las características propias de la etapa de la adolescencia son: Tendencia a la crítica en exceso, en especial frente a figuras de autoridad, a contradecir, ser tímidos, la indecisión, etc. Lo cual refleja muchas veces su egocentrismo. Claro está que la adolescencia es una etapa de la vida que, aunque conflictiva para algunos, incomprendible para otros, es necesaria siempre tomar en cuenta, ya que los jóvenes que por ella atraviesa se encuentran en una fase muy vulnerable y volátil de su personalidad, lo cual les puede llevar a tomar ciertas decisiones apresuradas, no adecuadas o no de acuerdo con la vida y la libertad de elección de la misma.

Lo importante de la etapa de la adolescencia es la maduración que el adolescente puede llegar a tener, A. Olivia et al (2010), mencionan lo fundamental que es una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez, la misma que requiere de algo más que la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo, sino que precisa de la consecución por parte del chico o la chica de una serie de logros evolutivos. Estos mismos autores citan a Keyes (2003) el cual, defendió la importancia del bienestar emocional, el social y el psicológico para hablar de buena salud mental adolescente. Enfocándonos en el bienestar y florecimiento del adolescente. Lo cual se debería tomar en cuenta en esta etapa más que lo que se pueda decir de lo negativo.

Los adolescentes deben asumir el reto que implica la adaptación y aceptación de los cambios emocionales y físicos de la pubertad y la consolidación de un sentido de integridad e identidad corporal. El adolescente diabético debe, además, asumir su autocontrol (realización de autoanálisis y toma de decisiones), prestar atención constante a la dieta, ingesta de alcohol, actividades físicas, etc., es decir, ha de hacer frente a una serie de aspectos que le hacen diferente de sus compañeros. Además se da cuenta que aplicarse varias inyecciones al día resulta poco "normal", por lo que se puede comprender que viva un sentimiento de injusticia y rebeldía.

Ser diagnosticado de diabetes en la adolescencia se asocia frecuentemente con un mayor conflicto parental. Cuando el adolescente comienza a afirmarse en sí mismo y a asumir nuevas responsabilidades se encuentra con el control de sus padres dominando sobre todos ellos. Como resultado, puede afirmar su independencia negando la enfermedad, no acudiendo a las citas médicas o rehusando cumplir las pautas de la dieta o de la insulina. Puede haber períodos de depresión y de retraimiento, comportamiento hostil de perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. La experimentación conductual es la norma durante la adolescencia. El adolescente cree que es invulnerable y esta actitud de "nada me puede ocurrir a mí" le puede conducir a peligrosas actitudes de riesgo: alterar su tratamiento deliberadamente para comprobar si es verdad que necesitan ponerse insulina todos los días o monitorizar la glucemia tan a menudo. Esta experimentación tan arriesgada puede dar lugar a episodios de cetoacidosis y sobre todo a un mal control de la diabetes. Por todo ello, quizás sea la adolescencia el momento

evolutivo en que la diabetes interacciona más negativamente como enfermedad crónica. (M.J. Martínez Chamorro, 2002)

1.2. CONCEPTO DE DIABETES

Joaquín Díaz Atienza, nos dice que: “La enfermedad crónica en cualquier etapa de la vida conlleva una gran variedad de ajustes psicológicos en el individuo que la padece. Cuando aparece en la infancia y en la adolescencia, su presentación, implica tanto a la familia como al niño o al adolescente” (Atienza, 1995)

“El término diabetes procede del griego diabetes, que a su vez deriva del verbo diabaíno ‘caminar’, formado a partir del prefijo día-, ‘a través de’, y báino, ‘andar, pasar’. Originariamente la palabra diabetes significaba en griego compás, y era una metáfora basada en la semejanza del compás abierto con una persona andando, que tiene las piernas colocadas en posición de dar un paso. En patología, para referirse a la enfermedad caracterizada por la poliuria, empieza a usarse en el siglo I d. de C. por Areteo de Capadocia, que emplea diabetes en el sentido etimológico de ‘tránsito, paso’, aludiendo a la excesiva expulsión de orina, que era el primer síntoma conocido de la enfermedad. Se nombró la dolencia con una palabra que hiciera alusión al paso de líquido desde la ingestión hasta la micción. Es, sin embargo, el escritor romano Celso el primer autor que describe la enfermedad, en el siglo I a. de C., designándola con el nombre de urinae nimia profusio.” (“El término Diabetes: aspectos históricos y lexicográficos.”)

¿Qué es la Diabetes?

Es considerada generalmente como una enfermedad hereditaria, en la cual el organismo no puede asimilar el azúcar de una forma normal, recordemos que el azúcar es una sustancia que actúa como principal fuente de energía en el cuerpo.

La insulina es una hormona producida por el cuerpo de manera natural, la misma que en la diabetes no existe o su producción es insuficiente, por lo que el azúcar no puede usarse de forma eficiente haciendo que la misma suba sus valores y las células no pueden aprovecharla dado que no hay la cantidad de insulina suficiente.

En el caso de la diabetes de Tipo I se manifiesta cuando el páncreas pierde su capacidad de producir la hormona insulina, haciendo que el mismo sistema inmune de la persona ataque y destruya las células del páncreas que producen insulina. Una vez que esas células son destruidas, nunca más volverán a producir insulina. Sin la insulina suficiente, la glucosa se acumula en el torrente sanguíneo en lugar de entrar en las células y el cuerpo es incapaz de usarla para obtener energía.

La Diabetes Tipo 1 puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. La causa exacta de este tipo de Diabetes se desconoce, pero la más probable es un trastorno autoinmunitario. Una infección o algún otro desencadenante provocan que el cuerpo ataque por error las células productoras de insulina del páncreas. Este tipo de trastorno, como se mencionó se puede transmitir de padres a hijos.

Aunque nadie conoce con certeza las causas, los científicos piensan que tiene algo que ver con los genes. Pero generalmente tener los genes no es razón suficiente para tener Diabetes. Probablemente una persona ha de tener que estar expuesta a algo más, a un virus, por ejemplo, para tener Diabetes tipo 1.

La Diabetes Tipo 1 no puede ser prevenida y no existe una manera práctica de predecir quien la adquirirá. No hay nada que el progenitor o el niño hubieran hecho para provocar la enfermedad. Una vez que una persona es diagnosticada, la enfermedad no desaparece y requiere tratamiento de por vida. Los niños y adolescentes con Diabetes Tipo 1 dependen de inyecciones de insulina diarias o de una bomba de insulina para controlar los niveles de glucosa en la sangre. (Neumors, 2011)

La Diabetes como Enfermedad Crónica

Nos dice Beatriz Gómez que: “Según Leventhal y cols. (2004), la mayoría de las enfermedades crónicas comparten cinco características biológicas importantes: 1) son sistémicas: afectan múltiples sistemas corporales y una amplia variedad de funciones físicas y sociales; 2) son problemas de por vida, esto es, se desarrollan a lo largo de muchos años aunque con significativas diferencias dependiendo del tipo de enfermedad; 3) pueden ser controladas pero pocas pueden curarse; 4) muchas tienen un carácter insidioso, es decir, que afectan gradualmente una amplia gama de actividades vitales; y 5) muchas se caracterizan por alternar entre mesetas relativamente silenciosas y episodios severos con complicaciones dramáticas. Las enfermedades crónicas son, por lo tanto, disfunciones persistentes que afectan la habilidad de la persona para funcionar normalmente...” (Fernández A, 2011)

A pesar de que los síntomas de una enfermedad crónica (EC), en algunos casos como la diabetes, pueden desaparecer con los cuidados médicos, generalmente la persona sigue padeciendo la enfermedad subyacente aunque los tratamientos que recibe pueden implicar que se sienta sano y se encuentre bien gran parte del tiempo, al costo de una estricta adherencia a regímenes que permitan manejar la enfermedad.

Cada enfermedad crónica tiene sus propios síntomas, tratamiento y evolución. Exceptuando el hecho de que son relativamente duraderas, las distintas enfermedades crónicas no se parecen necesariamente entre sí en otros aspectos. La mayoría de las personas que padecen enfermedades crónicas no piensan en ellas mismas como en un “enfermo crónico”, sino como en alguien que padece un trastorno específico — como el asma, la artritis, la diabetes, el lupus, la anemia falciforme, la hemofilia, la leucemia o la enfermedad concreta que tengan.

Tanto la edad de presentación como el género han demostrado tener un peso importante como factores de riesgo a padecer secundarismos psicopatológicos consecuentes al diagnóstico de diabetes. Así, parece que cuanto más precozmente se presenta la enfermedad mayor es el riesgo de sufrir problemas emocionales y desadaptaciones sociales y escolares. Los niños más pequeños pueden presentar problemas adaptativos relacionados fundamentalmente con el colegio, mientras que los que presentan edades que van de la pubertad a la adolescencia se verán más afectados en lo que se refiere a su vida social. Las niñas se adaptan con mayor facilidad que los niños (Frank, 2011)

En el caso de la diabetes el manejo de la enfermedad se caracteriza por muchas responsabilidades acerca del uso de la medicación, cambios en el estilo de vida y conductas para prevenir complicaciones a largo plazo.

Es así que las EC entre estas la diabetes puede generar altos niveles de malestar emocional. Un conjunto de afectos negativos tales como: desanimo, tristeza, ansiedad, enojo, culpa y dolor, pueden ser generados por cambios fisiológicos y psicológicos diversos y perdurar en el tiempo. (Fernández A, 2011)

Beatriz Gómez, nos dice que: Fennel (2003) postula que la adaptación a la enfermedad requiere atravesar ciertas fases que suelen ser consecutivas, aunque pueden reiniciarse cíclicamente.

Fase 1: Crisis

La aparición de la enfermedad dispara una crisis por la cual el paciente busca ayuda médica, emocional, espiritual. En esta fase, la tarea básica es manejarse con los síntomas, el dolor y las sensaciones que produce la nueva experiencia de tener la enfermedad.

Fase 2: Estabilización

Los síntomas llegan a una meseta y la persona se familiariza con la enfermedad. A veces los pacientes intentan mantener un nivel de actividad similar al que tenían antes de que apareciera, lo que puede dar lugar a una sobrecarga e incluso agravar la situación,

aumentando la sensación de fracaso y malestar. La tarea central en esta fase es estabilizar y reestructurar los patrones de vida.

Fase 3: Resolución

Entre las mesetas y las recaídas de la enfermedad el paciente comprende su dolencia y las respuestas de los demás. Comienza a aceptar que la sensación acerca de si mismo anterior a la enfermedad no volverá. En esta fase, la tarea básica es desarrollar una nueva imagen de si y buscar una filosofía personal y espiritual consistente con ella.

Fase 4: Integración

En esta fase, las personas logran integrar aspectos de su autoimagen previa a la enfermedad a la nueva realidad. La tarea básica es reincorporarse a la vida, al trabajo, a redes de apoyo social e integrar su dolencia dentro de un marco existencial, logrando el mayor grado de bienestar posible. (Fernández A, 2011)

1.3.- CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES

Hoy día se puede decir que existen 2 clasificaciones primordiales en la diabetes. La número uno es la que pertenece a la OMS, en la cual reconocen los 3 tipos de diabetes y la número dos es la perteneciente a la ADA (Asociación Americana de Diabetes).

Según los principales médicos e investigadores de la ADA los distintos tipos de Diabetes se pueden clasificar en cuatro tandas abajo detalladas:

- Diabetes de tipo 1
- Diabetes de tipo 2
- Diabetes gestacional.
- Diabetes tipo 1.5 o LADA
- Otros tipos de Diabetes. (“Guía Informativa sobre la Diabetes”)

A continuación se dará una breve descripción de cada uno de estos tipos, según la página Wikipedia, que tiene la última actualización el 20 de febrero del 2013. (Wikipedia, 2013)

Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1)

Este tipo de diabetes corresponde a la llamada antiguamente *Diabetes Insulino dependiente* o *Diabetes de comienzo juvenil*. Se presenta en jóvenes y en adultos también pero con menos frecuencia, no se observa producción de insulina, lo que predispone a una descompensación grave del metabolismo llamada cetoacidosis. Es más típica en personas

jóvenes (por debajo de los 30 años), y afecta a cerca de 4,9 millones de personas en todo el mundo, una alta prevalencia se reporta en América del Norte.

Diabetes mellitus tipo 2 (DM-2)

Es un mecanismo complejo fisiológico, aquí el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce y la glucosa no está bien distribuida en el organismo (resistencia a la insulina), esto quiere decir que el receptor de insulina de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados. Esta forma es más común en personas mayores de 40 años aunque cada vez es más frecuente que aparezca en sujetos más jóvenes, y se relaciona con la obesidad; anteriormente llamada *diabetes del adulto* o *diabetes relacionada con la obesidad*. Puede estar presente con muy pocos síntomas durante mucho tiempo.

Diabetes mellitus tipo 1.5 o LADA

Recientemente se ha descubierto un nuevo tipo de diabetes mixta, conocida como 1.5 (ya que contiene síntomas de los tipos 1 y 2) o LADA (latent autoimmune diabetes of adulthood).

Diabetes mellitus gestacional

Aparece en el periodo de gestación en una de cada 10 embarazadas. Se presenta muy pocas veces después del parto y se relaciona a trastornos en la madre y fallecimiento del feto, producto con tamaño anormal grande causado por incremento de glucosa, puede sufrir daños al momento del parto. El embarazo es un cambio en el metabolismo del organismo, puesto que el feto utiliza la energía de la madre para alimentarse, oxígeno entre otros. Lo que conlleva a tener disminuida la insulina, provocando esta enfermedad.

1.3.1 DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO I

El diagnóstico de Diabetes Tipo I produce una interrupción en el proyecto de vida tanto del adolescente como de su familia, dado que las enfermedades crónicas como esta requieren cuidados especiales en todos los aspectos. El diagnóstico por sí mismo crea temor en los padres del adolescente que muchas veces no saben cómo manejar la enfermedad y pueden olvidar sus necesidades tanto físicas como psicológicas, consecuentemente afectando en su salud.

Se ha observado en los pacientes que asisten a la “Casa de la Diabetes” que uno de los mayores conflictos por los que atraviesan es el excesivo control por parte de la familia en lo que ha comida y medicamentos se refiere, produciendo en los adolescentes sentimientos de angustia, soledad y rechazo hacia las normas que impone esta enfermedad.

1.4.-DIABETES EN LA ADOLESCENCIA

Es importante tener en cuenta que el desarrollo debe ser entendido como un proceso continuo, global y dotado de una gran flexibilidad en donde el adolescente se encuentra en una continua búsqueda de su identidad, para convertirse en un adulto que puede cumplir un importante rol en la vida y que todos los factores que intervienen provocan un cambio en la vida del adolescente.

Es una etapa de la vida en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto, la misma que abarca cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas.

Las dificultades que acarrea la Diabetes Tipo I admiten un reto importante para el adolescente, padres, profesores y personas encargadas del cuidado de su salud. Ya que los adolescentes deben mantener un estricto control de sus actividades diarias que implica el control de la diabetes.

La familia y el entorno social también desempeñan un papel importante en la adolescencia. En algunos adolescentes, una atmósfera familiar negativa, estresante o infeliz puede afectar su autoestima y su forma de llevar su enfermedad, es muy importante incluir a la familia en el proceso de mejoría constante de su diabetes.

Con o sin los genes para la diabetes, cualquiera de estos elementos puede preparar el contexto para que una persona se niegue o no acepte llevar de manera adecuada su salud. Martínez Chamorro, Lastra Martínez, Luzuriaga Tomás, en su publicación nos dicen que: La Adolescencia es una edad en la que se produce un desarrollo de la percepción, el aprendizaje, el razonamiento y el lenguaje que permiten al adolescente manejar la abstracción, con lo cual es factible una mejor comprensión de la enfermedad. Los adolescentes deben asumir el reto que implica la adaptación y aceptación de los cambios emocionales y físicos de la pubertad y la consolidación de un sentido de integridad e identidad corporal. El adolescente diabético debe, además, asumir su autocontrol, mediante la realización de autoanálisis y toma de decisiones, prestar atención constante a la dieta, ingesta de alcohol, actividades físicas, etc., es decir, ha de hacer frente a una serie de aspectos que le hacen diferente de sus compañeros. Además se da cuenta que aplicarse varias inyecciones al día resulta poco "normal", por lo que se puede comprender que viva un sentimiento de injusticia y rebeldía.

Es importante señalar que las tasas de mortalidad en adolescentes diabéticos son mayores que en adolescentes normales. La causa de la mayoría de estas muertes es por complicaciones agudas, fundamentalmente cetoacidosis, bien al debut o posteriormente. No hay que olvidar que el suicidio puede ser una causa de muerte en los adolescentes

diabéticos. Se han descrito incluso unas tasas de suicidio más elevadas de lo que cabría esperar entre hombres jóvenes con diabetes tipo I. Algunos autores como Goldston y Cols plantean la existencia de una proporción desconocida de intentos de suicidio e ideación suicida en el joven diabético y la utilización de la insulina o su omisión para este fin, por lo que siempre se ha de tener en cuenta la posibilidad de tentativa de autolisis en los comas hipoglucémicos o cetoacidóticos en adolescentes. (M.J. Martínez Chamorro, 2002)

Se han realizado estudios en distintas universidades acerca de los factores de riesgo en el desarrollo de los adolescentes, dado que esta es una etapa muy vulnerable en la cual los riesgos de tomar decisiones inadecuadas están a la orden del día y más aun si tienen que sobrevivir al estrés diario que implica manejar una enfermedad crónica. A. Olivia et al, en su libro "El Desarrollo Positivo del Adolescente" exponen: " Los estudios llevados a cabo por el Search Institute Scales, Benson, Leffert y Blith. (2000) muestran cómo aquellos adolescentes que gozan de un mayor número de recursos o activos presentan un desarrollo más saludable y positivo. Este desarrollo positivo se pone de manifiesto en algunos indicadores como el éxito escolar, las conductas pro sociales, el interés por conocer personas de otras culturas, el cuidado del cuerpo y la salud, la evitación de los riesgos, la demora de las gratificaciones o la superación de la adversidad. Cuando estos activos no están presentes será menos probable ese desarrollo positivo y serán más frecuentes los trastornos emocionales y comportamentales." (pág. 5).

Aunque la mayoría de jóvenes sorteán con éxito la época de la adolescencia, algunos jóvenes no se sienten con las mismas fuerzas luego de ser diagnosticados de una enfermedad crónica, por lo que en esta etapa empiezan a presentar problemas que podrían ser agravantes en su óptimo desarrollo y que pueden afectarlos por el resto de sus vidas, sin ser estos característicos o típicos de su edad, pueden indicarnos cuando un chico (a) está en problemas y es necesario intervenir.

Algunos temas de la problemática más común en adolescentes con diabetes se enumeran y explican brevemente a continuación.

a) **Trastornos alimenticios:** caracterizados por una excesiva preocupación acerca del tamaño y apariencia del cuerpo. Y confundidos por la enfermedad, pueden caer en los extremos del "cuidado". Aunque el aspecto del (la) adolescente sea saludable, interiormente puede estar siendo atacada por esta enfermedad que no le deja vivir y ser feliz, todo el tiempo estará pendiente de su cuerpo, su autoestima bajará considerablemente, y a la larga esta puede llevar al suicidio o autoeliminación. Los trastornos de la alimentación más comunes en esta etapa son los siguientes:

- **Anorexia:** este desajuste se puede presentar en personas de ambos sexos, pero se ve especialmente en las mujeres blancas jóvenes. Existen 2

subtipos clínicos: El restrictivo, donde predominan las dietas y medidas conducentes a perder peso. Y el Compulsivo Purgativo, donde el episodio actual del individuo recurre regularmente con atracones o purgas. (Psiquiatría de Toro y Yopez, pág. 259, 2004).

Este desorden de alimentación se presenta con síntomas como: las adolescentes se preocupan más por la comida, hablan sobre ella y animan a los demás a comer, sin embargo ellas comen muy poco, tienen una imagen distorsionada de sí mismas, y no pueden ver el grado de delgadez al que han llegado; por lo general son buenas estudiantes, muchas veces tienen una conducta retraída, deprimida y obsesiva con una conducta perfeccionista y repetitiva.

La causa de esta enfermedad se desconoce, existen algunas teorías como que existe un factor social muy fuerte que presiona a las chicas a llegar a cumplir con ciertos estándares que nos impone la sociedad actual, otros la ven como una perturbación psicológica relacionada con el miedo a crecer, a la sexualidad o a una situación de desorganización familiar, a veces cuando provienen de familias sobreprotectoras, donde las adolescentes parecen sentir que, la única manera de controlar alguna parte de sus vidas es controlando su propio peso. Es usual que la depresión forme parte de esta alteración.

- **Bulimia:** este desorden de alimentación se relaciona mucho con la anorexia, el cual afecta en primer lugar a las niñas adolescentes y mujeres jóvenes. Se caracteriza por la ingesta regular de comida, por lo menos dos veces a la semana grandes cantidades de comida, casi siempre en secreto y luego trata de anular la alta ingesta calórica provocándose vómito, sometiéndose a dietas estrictas, realizando ejercicios rápidos y vigorosos o consumiendo laxantes y diuréticos. (DSM IV Breviario, 2002) Las chicas se obsesionan con su peso y la forma de su cuerpo. No adelgazan demasiado, pero se sienten avergonzadas de sí mismas, desprecio por sí mismas y depresión ocasionados por sus anormales hábitos alimenticios.

La bulimia parece estar relacionada con una baja de serotonina, otras teorías psicológicas exponen que estas personas utilizan los alimentos para apaciguar su hambre de amor y afecto.

- b) **Uso y abuso de drogas:** los adolescentes son “presas fáciles” de caer en el consumo de drogas por su vulnerabilidad propia de la edad, es por eso que es factible para los vendedores de estas drogas manipularles, decirles cosas que les hagan sentir mejor y venderles más rápido la droga. Existen drogas que se usan más frecuentemente por los jóvenes dado que son más económicas que el resto y

son relativamente “posibles” de conseguir, estas son: marihuana, cocaína, éxtasis, etc. El efectos de estos estupefacientes son estados de relajación, euforia, muchos dicen que les hace “olvidarse de los problemas”, etc. El inicio en el mundo de las drogas para muchos jóvenes es por curiosidad, o por tratar de llenar un “vacío” en sus vidas como se mencionó anteriormente.

Sabemos que esta edad los adolescentes sienten que sus pares son lo principal en su vida, rechazando los consejos y orientación de los padres de familia y profesores, el consumo de drogas se da principalmente por curiosidad y debido a la presión de sus compañeros en los últimos tiempos se ha dado un aumento en el consumo y una baja en el promedio de edad en la que empiezan a consumir drogas, lo cual es alarmante.

- c) **Depresión:** la problemática de esta enfermedad en los adolescentes es que como atraviesa una etapa de cambios tanto internos como externos, y la depresión no presenta síntomas llamativos, por lo que no se suele diagnosticar con facilidad ya que es menos probable que el adolescente recurra a sus padres a decirles lo que siente, generalmente recurrirá a un amigo (a), lo cual llevaría a que los síntomas se agraven si no es tratada a tiempo.
- d) **Inicio temprano de las relaciones sexuales:** la sexualidad es un aspecto de alta preocupación en los adolescentes actualmente, la presión de los pares y de la sociedad hace que los jóvenes inicien su vida sexual a temprana edad. La consecuencia de esto son sentimientos de vacío, de culpabilidad, de baja autoestima, promiscuidad, y hasta embarazos no deseados que muchas veces provocan abortos deseados y fuertes arrepentimientos después.
- e) **Maternidad/Paternidad:** las adolescentes embarazadas son más propensas a sufrir complicaciones durante el parto y el nacimiento del bebé, tienen dos veces más posibilidades de dar a luz bebés con bajo peso y con defectos neurológicos y tres veces más de tener bebés que morirán el primer año. (Diane E. Papalia, 1998). Esto sin mencionar que las madres y padres adolescentes tienen mayores probabilidades de no terminar la secundaria, lo que les lleva a un futuro incierto económica, social y afectivamente.
- f) **Enfermedades de transmisión sexual:** de los 12 millones de casos que se presentan cada año en los Estados Unidos, dos de cada tres se presentan en menores de 25 años (citado por Donovan, 1993). La enfermedad de este tipo que más se presenta es la clamidia, seguida de la tricomoniasis, gonorrea, herpes simple, hepatitis B y SIDA. En 1993, un informe de las naciones unidas identificó a las adolescentes sexualmente activas como “el siguiente eslabón principal” de la epidemia del SIDA. (Diane E. Papalia, 1998)

CAPÍTULO 2

PSICOTERÁPIA INTEGRATIVA

El surgimiento de la palabra psicoterapia que dio inicio a la práctica de la misma, fue dado por Freud, al pronunciar, a fines de 1904, ante el colegio de médicos de Viena, su conferencia “Sobre Psicoterapia”, donde abordó los principios generales de una nueva manera de afrontar las perturbaciones psicopatológicas. Dicho procedimiento recurriría al uso de la palabra como vehículo fundamental.

Como lo menciona Héctor Fernández Álvarez (HFA), en su libro “Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia”, “desde antaño, los hombres habían apelado a la influencia de la palabra como modo de producir cambios para ayudar a individuos que sufrían.” (Héctor F. Á., 1992).

En la época actual la psicoterapia se ha diversificado extensamente, siendo esta aplicada en casi todas las áreas que podamos imaginar; la cultura del siglo XX, según HFA muestra un incremento notable del nivel de conciencia acerca del modo como los fenómenos psíquicos se encuentran involucrados en el conjunto de la experiencia humana, y la certidumbre de que el hombre es una unidad biopsicosocial se ha ido generalizando progresivamente. Así se fueron diversificando y proliferando los modelos teóricos y técnicas específicas de tratamiento psicoterapéutico.

Para desarrollar un modelo integrativo de psicoterapia es importante saber cuáles fueron los parámetros establecidos entre lo que puede integrarse con diferentes enfoques y cómo hacerlo.

Se tomaron principalmente los enfoques psicodinámicos (motivación) y conductistas (aprendizaje), los mismos que son utilizados de manera recurrente en la psicología para explicar la conducta. Luego, se tomaron a los enfoques humanístico-existenciales y enfoques interaccionales, considerando como las psicoterapias se han alineado en relación con la forma de tratar el modo como el individuo participa y el contexto en la generación de los trastornos, por lo tanto, en el tipo de intervenciones sugeridas con el fin de lograr una mejoría en el estado del paciente.

2.1 GENERALIDADES

La psicoterapia integrativa se basa en una clasificación biaxial de las propuestas técnicas psicoterapéuticas. “Uno de los ejes (horizontal) se relaciona con el tipo de proceso considerado al explicar la génesis y el sostén de los procesos patológicos. El otro eje

(vertical) se vincula con el peso relativo atribuido al individuo y al contexto en la formación de dicha perturbación...

Los enfoques psicodinámicos originados en el psicoanálisis explican la manera como se producen los trastornos psicológicos, apelando a una hipótesis motivacional, y construyen una psicopatología basada en la naturaleza del conflicto intrapsíquico (Paz, 1971), en donde las perturbaciones psicológicas suelen manifestarse por síntomas que constituyen las formas manifiestas, superficiales y externas de conflictos subyacentes y profundos, cuya raíz se encuentra en la actividad inconsciente del individuo. Estas terapias se apoyan en el uso de la técnica de la *asociación libre*, para lo cual se desarrollan condiciones que hagan propicia la tarea del paciente de hablar libremente.

Los enfoques conductistas, en cambio, han enfatizado el papel del proceso de aprendizaje en la generación de los trastornos, que pasaron a explicarse en función de la producción de hábitos perjudiciales para la persona. Estas terapias se apoyan en el uso de una cantidad más diversificada de técnicas, cada una de las cuales resulta útil para propiciar una forma de recondicionamiento específico, mediante la cual es posible eliminar cada trastorno.”

Los enfoques humanístico-existenciales se apoyaron en una descripción de los trastornos basada en un análisis existencial, donde la experiencia del sujeto que padece muestra la presencia de una condición enajenante en el despliegue vital que le impide su realización personal.

Los enfoques interaccionales, por el contrario, consideran que los trastornos son el resultado de una serie de mecanismos activados en las redes de interacción, que ligan a un grupo de personas en el seno de un sistema particular.” (Héctor F. Á., 1992)

Héctor Fernández Álvarez nos indica al finalizar con esta síntesis clasificatoria, que la elección de estos cuatro enfoques no implica que las otras formas de clasificación de las psicoterapias no sean válidas, sino que esta clasificación responde al hecho de que, a su juicio, son las que mejor representan, las formas más características, y que mejor permiten visualizar cómo se determinaron los ejes de constitución del campo de la psicoterapia.

Como vemos en lo expuesto anteriormente en todas las teorías psicológicas existen diferentes aplicaciones y niveles teóricos, el modelo integrativo no es la excepción. Continuaremos con un breve concepto de lo que es lo “Integrativo” para los dos autores en los que nos basaremos para la realización de esta Guía de Trabajo Psicoterapéutico.

Para Héctor Fernández Álvarez Integrar significa “Encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos”. (Balarezo, “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”)

El modelo integrativo tiene distintas apreciaciones y niveles teóricos, para Lucio Balarezo (2003) “Lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados”

Como también menciona Balarezo Lucio, “Existen muchas formas de asumir lo integrativo... puede entenderse en el campo de la teoría, la práctica y la investigación. Pero puede también referirse a la interrelación entre las formas de tratamiento: por ejemplo, el tratamiento psicoterapéutico con el farmacológico. O también expresarse en el trabajo interdisciplinario y quizás como una apreciación integral bio-psico-social del individuo durante el tratamiento. (Balarezo)

2.2 MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

Balarezo (2008) indica que este modelo define a la psicoterapia de la siguiente manera: “Método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta.” Balarezo Ch. Lucio. “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”. (pág. 46) UNIGRAF. Quito – Ecuador. En este concepto se asume el factor curativo como esencial en el tratamiento psicoterapéutico, modificando componentes básicos de la personalidad.

El modelo integrativo asume la siguiente definición de personalidad: “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual.” (Balarezo 2008).

Por lo tanto, en este enfoque, la psicoterapia hace referencia al proceso de integrar en el concepto de personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales.

El modelo integrativo focalizado en la personalidad, como su nombre lo indica, toma como eje fundamental la personalidad, la misma que es considerada como una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en una interacción continua, la misma que hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar e interrelacionarse con los demás. Entonces decimos que cada persona es única y que la personalidad se encuentra en continuo cambio y movimiento, no permaneciendo estática ni fija. (Balarezo, 2008).

Otra área que abarca este modelo es el del asesoramiento o consejería, definido como: “Proceso mediante el cual el asesor le ayuda a un individuo o grupo a resolver sus problemas intrapersonales, sus conflictos interpersonales o le facilita su desarrollo personal.

(Balarezo 2008).” Balarezo Ch. Lucio. (Balarezo, “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”)

Es importante recalcar que en este modelo, “terapéuticamente se trabaja sobre el presente cuando se adopta una posición sintomática, pero se acude al pasado para entender la estructura de la personalidad desde los momentos iniciales de su formación, hechos que en su resolución permiten una proyección al futuro.” Balarezo Ch. Lucio. “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”. (pág. 74) UNIGRAF. Quito – Ecuador.

2.2.1 El desarrollo de la personalidad

Balarezo nos dice que: “Las teorías del desarrollo de la personalidad ponen interés en la estructuración de la personalidad a través de los eventos que ocurren en el ciclo vital de la persona, marcando una serie de circunstancias y experiencias que determinarían o por lo menos influirían en la estructura y dinamismo de la personalidad. Entender el desarrollo de la personalidad nos permite deducir las circunstancias históricas que influyen en la conducta del paciente”. (Balarezo, “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”). Es en mi experiencia con los pacientes con diabetes donde he encontrado que muchos de ellos buscan darle un punto de inicio a su enfermedad, una razón por la cual se manifiesta en ese momento de la vida, algunas de las veces ese punto de inicio para ellos tiene que ver con una experiencia fuerte que les ha marcado y ha “desencadenado” su enfermedad. Es por esto que en la etapa de la vida en la que el paciente se encuentra el momento del descubrimiento de su diabetes es muy importante para tener en cuenta el momento de la psicoterapia.

Balarezo recalca la individualidad del sujeto en su actividad psíquica, sin embargo mantiene que hay hechos que se vinculan con la experiencia social y familiar que son similares en las personas, por lo que nos permitimos en tomar referentes de agrupación que resultan válidos en el ejercicio de ayuda. Así se toman como ejes básicos del comportamiento humano la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. Ya que como mencionamos estos componentes son generales para todos los sujetos, dichas características están presentes en todas las personalidades, remarcando el hecho de que el predominio de una condición, no marca una perspectiva excluyente de los otros factores.

Entonces, todas las personas poseemos las cuatro áreas básicas de la personalidad, pero las diferencias individuales se marcarían por la expresión de los rasgos con una inclinación señalada hacia alguno de los componentes y déficits en otros. (Balarezo, “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”)

2.2.2 Rasgos de personalidad en la adolescencia

El modelo Integrativo focalizado en la personalidad considera que no es necesario, para describir o tipificar la personalidad, que se requiera de una edad determinada, como lo plantean los clasificadores psiquiátricos. “La personalidad se forma desde el mismo momento de la concepción y en el transcurso de las etapas vitales está sometida a la influencia de factores externos que refuerzan o modifican la estructura básica pero manteniendo un mismo patrón básico. Por lo tanto la descripción de rasgos es factible desde la niñez”. Balarezo Ch. Lucio. “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”. (pág. 85) UNIGRAF. Quito – Ecuador. Dentro del modelo Ecuatoriano se considera que en la adolescencia no hay una estructura definida de personalidad, por eso nos referiremos que en este periodo se presentan rasgos de personalidad.

Balarezo mantiene que todas las personalidades poseen cuatro áreas básicas de la personalidad, en cada persona un rasgo se inclina más hacia alguno de los 4 componentes de la personalidad, creando déficits en los otros, marcando así las diferencias individuales.

De esta manera se agrupan en los siguientes tipos:

- A. **Personalidades con Predominio Afectivo:** En este grupo encontramos a las personas con características fundamentales como expresión fácil de las emociones, acercamiento social cómodo, cogniciones y conductas invadidas por el afecto, extroversión con búsqueda permanente de estimulación externa, desinhibición y rápida movilización de sus sentimientos y comportamientos. Los tipos de personalidad que las identifican son: **Histriónicas y Ciclotímicas.**
- B. **Personalidades con Predominio Cognitivo:** En este grupo encontramos a las personas en las que prevalecen los juicios, razonamientos y la lógica en su conducta y en la expresión afectiva. Son adherentes en sus cogniciones, afectos y comportamientos, denotando propensión a mantenerse en ellos. La actitud de control suele ser más externa en los paranoides, contrariamente a las anancásticas que ejercen un autocontrol interno, que son los tipos de personalidad que los identifican.
- C. **Personalidades con Predominio Comportamental:** En este grupo encontramos a las personas en las que la tendencia se expresa por la activación de la conducta inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos. La acción enérgica y primaria es su característica, la misma que aprehende las relaciones interpersonales, los afectos y las cogniciones. En los impulsivos existe control sobre sus acciones, en tanto que los disociales carecen de ley y autocontrol. Los tipos de personalidad que las identifican son: **Impulsivas y Trastorno disocial de la personalidad.**

D. Personalidades con características de Déficit Relacional: En este grupo se observa una tendencia a la intimidad personal al retraimiento social con dificultad de expresión afectiva externa. La conducta suele ser meditada y escasa. La cognición se desvincula del otro y se retrae hacia sí mismo. En este grupo tenemos a los **Esquizoides**, los mismos que denotan desinterés en el contacto, los **Dependientes** requieren del otro, los **Evitativos** no logran sentirse cómodos en su participación social y los que tienen **Trastorno Esquizotípico de la personalidad** se apartan de los demás mediante sus extravagancias.

“A los tipos descritos se pueden agregar otros sin que se altere la especificación fundamental de su estructura. Además consideramos que la referencia exclusiva a los trastornos de la personalidad es un enfoque patologizante de la misma.” (Balarezo, “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”)

Es así como el Dr. Lucio Balarezo también distingue una personalidad **ajustada**, es decir que teniendo un estilo tipológico determinado se desenvuelve en sus diferentes medios y personalmente sin generar ni generarse experiencias de sufrimiento.

2.3 TRATAMIENTO INTEGRATIVO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Para llevar a cabo el abordaje terapéutico de personas con enfermedades crónicas, como es el caso de algunos tipos de cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y autoinmunitarias, es importante comprender que la enfermedad crónica puede alterar el funcionamiento de la persona de tal modo que disminuya de manera significativa y permanente su calidad de vida o conducir a la muerte. “La aparición de la enfermedad supone una interferencia en el plan de vida de la persona. Dependiendo del alcance de la enfermedad para cada paciente y su grado de desarrollo personal previo, esta interferencia puede ubicarse a lo largo de una dimensión, que va desde obstaculizar la continuidad del proyecto vital hasta poner en crisis el proyecto mismo... Estas ponen en cuestión las creencias que mantienen un sentimiento de autovaloración, predictibilidad y control del mundo.” (Fernández A. Héctor)

Para abordar el tema de una enfermedad crónica como lo es la diabetes, es importante desde el punto de vista psicológico, tener en cuenta el grado de percepción de amenaza que siente el paciente, no son los síntomas en sí mismos sino las valoraciones que los mismos suscitan en las personas que los padecen. La percepción de amenaza es diferente para cada persona, el mismo diagnóstico puede ser percibido de modo significativamente distinto en función de la personalidad de la persona y del momento en el que se encuentre.

2.3.1 Objetivos de la Psicoterapia Integrativa en el manejo de Enfermedades Crónicas (EC):

La adaptación a la enfermedad crónica supone que el paciente pueda integrarla en la vida.. Integrar la nueva presencia es una tarea difícil, muchas personas lo logran exitosamente, otras requieren ayuda y la psicoterapia puede darles una respuesta efectiva aliviando el padecimiento psicológico asociado a la aparición y consecuencias de la enfermedad. (Fernández A. Héctor)

La psicoeducación puede servir en focalizar al paciente en la reorientación de los planes de vida de modo que favorezcan la prevención y permitan en la mayor medida de lo posible la continuidad del proyecto vital.

Otro de los objetivos a cumplirse es el desarrollo de habilidades de afrontamiento en función de los recursos disponibles, así como, (de ser necesario), la reorganización de prioridades, el cambio de metas, la resignificación del proyecto en uno o varios niveles de la vida. La curación física no es el objetivo de la psicoterapia, lo cual hay que dejar siempre muy claro dentro de los objetivos de la psicoterapia.

Para diseñar el tratamiento de cada paciente será necesario evaluar una multiplicidad de factores: (Fernández A. Héctor)

- Las características de la diabetes.
- La respuesta a la enfermedad.
- La estructura de la personalidad.
- La situación vital, etapa de la vida, roles y ambiente físico.
- La disponibilidad de recursos familiares, sociales y materiales.

CAPÍTULO 3

PSICODIAGNÓSTICO DE ADOLESCENTES QUE SUFREN DE DIABETES

Cuando se da un diagnóstico de una enfermedad crónica, las reacciones de cada persona son diferentes, depende mucho la edad de la persona, la madurez, el momento de su vida por el que esté pasando, etc., sin embargo, lo que estamos seguros es que el ser diagnosticado de Diabetes produce estrés tanto en el paciente como en su entorno. Una de las cosas más importantes consideradas en esta guía es la manera de afrontar del adolescente y es posible que según la personalidad de cada paciente su reacción ante la enfermedad, en este caso Diabetes tipo I, sea diferente, por lo que a continuación se detallarán los métodos utilizados para obtener un psicodiagnóstico de los adolescentes con Diabetes Tipo I que colaboraron en la preparación y aplicación de esta guía. Se muestran los test aplicados antes de empezar la guía y la manera en la cual se obtuvieron los resultados, los mismos que fueron necesarios para la creación de la propuesta psicoeducativa. Cabe mencionar que los adolescentes al inicio de la guía fueron seleccionados por sus distintos rasgos de personalidad para así poder ejemplificar los 4 referentes.

Para llevar a cabo de manera satisfactoria la creación de esta guía psicoeducativa se dividirá el proceso en 3 fases, las mismas que nos permitirán cumplir con los objetivos propuestos para organizar de forma adecuada el proceso de psicoeducación. Las fases a seguir son las siguientes: diagnóstico, planificación (elaboración) y ejecución (aplicación).

3.1 DIAGNÓSTICO: BATERIA DE TEST APLICADOS

Los test aplicados nos sirven para tener una idea global de cómo llega el paciente a “nuestras manos”, uno de los test nos da un acercamiento a los rasgos de la personalidad del paciente, otro nos ayuda a descartar o detectar índices de depresión y ansiedad, muy comunes en los adolescentes diagnosticados de Diabetes, y el último nos ayuda a saber sus estilos de afrontamiento y relacionarlos con su personalidad. Estos aspectos son importantes tener en cuenta antes de empezar una guía psicoeducativa, si es que fueran detectados altos índices de depresión o ansiedad el adolescente debería ser remitido a un psicólogo o psiquiatra para ser tratados de manera individual antes de comenzar la aplicación de la guía psicoeducativa.

3.1.1 Cuestionario SEApSI de Personalidad

3.1.2 Inventario de Beck de Depresión

3.1.3 Inventario de Beck de Ansiedad

3.1.4 Inventario de Hamilton de Ansiedad.

3.1.5 Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

3.2 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

Los instrumentos a utilizar en la evaluación son: a) Cuestionario SEApSI de personalidad (anexo #1); b) Inventario de Beck para depresión, (anexo #2); c) Inventario de Beck para ansiedad, (anexo #3). d) Inventario de Hamilton para ansiedad, (anexo #4). e) Inventario de Estrategias de afrontamiento (CSI), (anexo #5).

Se aplicaron estos inventarios de ansiedad y depresión dado que al ser utilizados en clínica e investigación juntos constituyen herramientas válidas para la valoración de ansiedad por estrés que generalmente coexiste con la diabetes.

A continuación se detallará las características de cada instrumento y su forma de calificación para tener una mejor idea de cómo son aplicados.

a) Cuestionario SEApSI de Personalidad

Este cuestionario fue creado por el Dr. Lucio Balarezo y la Mst. Mayra Velastegui, el Dr. Balarezo es el principal creador y fundador del Modelo Integrativo Ecuatoriano.

La finalidad del Cuestionario de Personalidad SEAPSI, es identificar rasgos predominantes de personalidad, los mismos que pueden agruparse en cuatro tipos:

- Personalidades Afectivas: Histriónica (h) Ciclotímica ©
- Personalidades Cognitivas: Anancástica (a) Paranoide (p)
- Personalidades Comportamentales: Inestable (i) Disocial (d)
- Personalidades con déficit en la relación: Evitativa (ev) Dependiente (d)
Esquizoide (e) Esquizotípica (ez)

El Cuestionario de Personalidad SEAPSI, es un instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 ítems de alternativa de selección. Las frases referidas son expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales de cada tipo de personalidad.

Los objetivos de este cuestionario son:

- Identificar rasgos predominantes en cada tipo de personalidad.
- Generar un perfil de rasgos de personalidad.

- Orientar modalidades de intervención terapéutica a partir de la identificación de rasgos.
- Manejar el cuestionario en el contexto terapéutico.

Este cuestionario es aplicable a personas de ambos géneros a partir de los 15 años y puede ser aplicada de forma individual o colectiva.

Calificación

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, la repuesta oscila entre 0 – 10. Luego estos resultados se trasladan a una tabla y al final se coloca la apreciación de rasgos predominantes de personalidad.

b) Inventario de Beck para la Depresión.

Actualmente este inventario es uno de los más utilizados en el campo de la psicología clínica, debido a su facilidad y agilidad de aplicación; se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

Objetivo: Diagnosticar a los adolescentes que presentan un cuadro depresivo.

Este es un cuestionario de selección múltiple que consta de 21 preguntas las mismas que tienen 4 opciones de respuestas con un puntaje para cada una de ellas. La escala va de 0 a 63 puntos. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las respuestas marcadas por el sujeto. Dependiendo del porcentaje adquirido, se establecerá el grado de depresión.

El puntaje establecido para graduar el Síndrome Depresivo es el siguiente:

NORMAL:	0 a 9
DEPRESIÓN LEVE:	10 a 18
DEPRESIÓN MODERADA:	9 a 29
DEPRESIÓN GRAVE:	30 a 40
DEPRESIÓN EXTREMA:	41 a 63

Este inventario puede ser aplicado de manera individual o colectiva. (Rosados, 2008) (Anexo #2).

c) Inventario de Beck para detectar Ansiedad

El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad.

Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Objetivo: Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como screening en población general.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, que corresponde así:

La puntuación 0 a “en absoluto”

La puntuación 1 a “levemente, no me molesta mucho”

La puntuación 2 a moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo”

La puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”.

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. (“Estudio del Psicoanálisis y Psicología”, 2006) (Anexo #3).

d) Inventario de Hamilton para Ansiedad

Este inventario fue diseñado en el año 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se juntaron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad.

Objetivo: Valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Existe una versión española, realizada por Carroble y cols. en 1986, que es la que se utiliza actualmente en nuestro medio.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe

complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en screening pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas.

Este test no distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de diagnóstico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). ("Estudio del Psicoanálisis y Psicología", 2006) (Ver anexo # 4).

e) Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Este es un instrumento diseñado a partir del inventario de Folkman y Lazarus (1980), como un cuestionario de 40 ítems que mide el grado de utilización de estrategias de afrontamiento, diferenciando entre estrategias de afrontamiento activo o dirigidas a la acción (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social), y estrategias de afrontamiento pasivo o no dirigidas a la acción (evitación de problemas, pensamientos ansiosos, autocrítica y retirada social), con un formato de respuesta tipo Likert de cinco intervalos (desde "nunca utilizada" a "siempre utilizada").

Este inventario tiene una distribución jerárquica de las escalas, basada en la revisión de la literatura sobre evaluación del afrontamiento y en la estructura factorial obtenida utilizando la rotación jerárquica de Werry (Tolbin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989), estableciendo ocho escalas primarias, cuatro secundarias dirigidas una a la acción centrada en el problema (resolución de problemas y reestructuración cognitiva), otra a la acción centrada en la emoción (apoyo social y expresión de emociones), la tercera no dirigida a la acción centrada en el problema (evitación de problemas y pensamientos ansiosos) y la cuarta no dirigida a la acción centrada en la emoción (retirada social y autocrítica), y dos terciarias (dirigida a la acción o activas y no dirigida a la acción o pasivas).

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la disciplina psicológica, identificándose como una importante variable mediadora de

la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes como lo son las enfermedades crónicas. El restablecer y mantener el bienestar psicológico de estos pacientes puede incidir en la adaptación de comportamientos más funcionales, que redunden en su estado de salud, entre ellos, tener una mejor adhesión al tratamiento y asumir de forma consistente los cambios permanentes en el estilo de vida que su condición implica. (Contreras Francoise, 2007) (Anexo #5).

Forma de Aplicación

La persona comienza por describir detalladamente la situación estresante. Como avanzamos en la introducción, a esta descripción se pueden aplicar diversos procedimientos cualitativos de análisis. Por ejemplo, algunos utilizan el análisis textual para extraer categorías de significados sobre el estrés actual o para profundizar en el estrés y el manejo de opositores. Posteriormente, el sujeto contesta a 72 ítems, según una escala tipo Likert de cinco puntos, con qué frecuencia hizo en la situación descrita, lo que expresa cada ítem. Al final de la escala se contesta a un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento (¿En qué grado manejó adecuadamente la situación?: nada, algo, bastante, mucho, totalmente).

Las ocho escalas primarias son, brevemente: Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias: Manejo adecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado; Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante; Manejo inadecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras; Manejo inadecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento

desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias: Manejo adecuado: incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante; Manejo inadecuado: incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Calificación:

Esta se realiza mediante un baremo que nos indica las claves de corrección, el cual está incluido al final del test. (Anexo 5).

CAPÍTULO 4

GUÍA PSICOEDUCATIVA PARA TRABAJAR DE ACUERDO A LOS TIPOS DE PERSONALIDAD DEL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

A continuación y tomando como base los tipos de personalidad mencionados en el capítulo 2, se presenta la Guía Psicopedagógica para Adolescentes con Diabetes Tipo I, enfocándonos en cómo cada adolescente afronta el estrés que conlleva su enfermedad según sus rasgos de personalidad. Se detallan de manera más explicativa cada una de las esferas y sus tipos de personalidad (Cognitiva, Afectiva, Comportamental y Relacional), al igual que se indican estudios que demuestran la relación entre personalidad y capacidad de afrontamiento, con el objetivo de conocer cómo cada esfera reacciona ante esta situación de estrés, logrando así optimizar el tiempo de intervención al saber cómo enfocar y manejar de manera más efectiva el tema psicoeducativo.

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es la valoración que cada persona realiza a cerca de su vida y su entorno lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias (Badia & Lizán, 2003).

Esta forma de asumir su condición es lo que se ha llamado afrontamiento. Es por eso que nos enfocamos en esta guía a distinguir las distintas características de estilos de afrontamiento según los rasgos de personalidad de los adolescentes, para así poder aplicar la guía de manera satisfactoria.

La organización de esta Guía está planificada por bloques, tomando en cuenta los distintos temas abordados dentro del proceso de psicoeducación, los mismos que pueden ser utilizados por cualquier profesional que trate con adolescentes con Diabetes Tipo I. El diagnóstico previo mediante la utilización de instrumentos de evaluación a los adolescentes, debe ser realizado por un profesional del área de la Psicología.

A continuación se presenta la guía para Adolescentes con Diabetes tipo I.

GUÍA

**PSICOEDUCATIVA PARA TRABAJAR CON ADOLESCENTES
CON DIABETES TIPO I DE ACUERDO A LOS TIPOS DE
PERSONALIDAD SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO
ECUATORIANO.**

AUTORA:

Gabriela Martínez Ramos.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	46
1. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA	47
1.1 La Diabetes en la Adolescencia:	47
1.2 Tipos de Personalidad.....	47
1.2.1 <i>Esfera Afectiva:</i>	48
1.2.2 <i>Esfera Cognitiva:</i>	48
1.2.3 <i>Esfera Comportamental:</i>	49
1.2.4 <i>Esfera Relacional:</i>	50
1.3 Estilos de Afrontamiento.....	51
1.4 Psicoeducación con Adolescentes:	52
1.5 Procedimiento Psicoeducativo para Adolescentes con Diabetes Tipo I:	54
2. ACTIVIDADES RECOMENDADAS PARA LA UTILIZACION DE LA GUÍA SEGÚN LAS ESFERAS DE PERSONALIDAD.....	55
3. METODOLOGÍA.....	59
3.1 Objetivos de la Guía	59
3.2 Procedimiento	59
3.2.1 ¿Cómo se programa una sesión?:	59
3.3 Diagnóstico Centrado en los Adolescentes:	60
4. PROGRAMACIÓN	61
5. BLOQUES TEMÁTICOS	61
5.1 BLOQUE I: ¿QUÉ ES LA DIABETES?.....	61
5.2 BLOQUE II: APRENDIENDO A VIVIR CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.....	63
5.3 BLOQUE III: AUTOCONOCIMIENTO PERSONAL	66

5.4 BLOQUE IV: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	69
5.5 BLOQUE V: LAS RELACIONES EN LA FAMILIA.....	72
RECOMENDACIONES.....	74

PRESENTACIÓN

Esta Guía práctica surge de la necesidad observada a partir del contacto con Adolescentes que sufren Diabetes Tipo I, los cuales no tienen un conocimiento cabal de la enfermedad, no dimensionan las consecuencias de la misma en el tiempo, está dirigida para Profesionales de la Salud que por su labor se dedican a trabajar con pacientes adolescentes que tienen Diabetes Tipo I, siendo éstos: médicos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, etc. que reciben en su consulta pacientes con esta enfermedad, la cual es cada día más común en nuestra sociedad.

La organización de esta Guía está planificada por bloques, tomando en cuenta los distintos temas abordados dentro del proceso de psicoeducación, los mismos que pueden ser utilizados por cualquier profesional que trate con adolescentes con Diabetes Tipo I. El diagnóstico previo mediante la utilización de instrumentos de evaluación a los adolescentes, debe ser realizado por un profesional del área de la Psicología.

Esta Guía de aplicación individual tiene el objeto de dar pautas a los profesionales para trabajar de manera asertiva en la psicoeducación de los adolescentes con Diabetes Tipo I según sus estilos de afrontamiento de la enfermedad determinada por sus rasgos de personalidad.

MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

La Diabetes en la Adolescencia:

La adolescencia es una etapa en la que se produce un desarrollo de la percepción, el aprendizaje, el razonamiento y el lenguaje que permiten al adolescente manejar la abstracción, con lo cual es factible una mejor comprensión de la enfermedad. Los adolescentes deben asumir el reto que implica la adaptación y aceptación de los cambios emocionales y físicos de la pubertad y la consolidación de un sentido de integridad e identidad corporal. El adolescente diabético debe, además, asumir su autocontrol (realización de autoanálisis y toma de decisiones), prestar atención constante a la dieta, ingesta de alcohol, actividades físicas, etc., es decir, ha de hacer frente a una serie de aspectos que le hacen diferente de sus compañeros. Además se da cuenta que aplicarse varias inyecciones al día resulta poco “normal”, por lo que se puede comprender que viva un sentimiento de injusticia y rebeldía. Ser diagnosticado de Diabetes en la adolescencia se asocia frecuentemente con un mayor conflicto parental. Cuando el adolescente comienza a afirmarse a sí mismo y a asumir nuevas responsabilidades se encuentra con el control de sus padres dominando sobre él. Como resultado, puede afirmar su independencia negando la enfermedad, no acudiendo a las citas médicas o rehusando cumplir las pautas de la dieta o de la insulina. (M.J. Martínez Chamorro, 2002)

Tipos de Personalidad

Para tipificar la personalidad, el Dr. Balarezo, no establece ningún tipo de requerimiento cuantitativo debido a que se observa la prevalencia de los componentes básicos de la estructura con la percepción constructivista del Modelo Integrativo de la Personalidad. Sin embargo el cuestionario propuesto por la Sociedad Ecuatoriana de Psicoterapia Integrativa (SEApSI) es una herramienta válida y fácil de manejar para los profesionales que deseen tener una idea más clara de los rasgos de personalidad del adolescente que están atendiendo. A continuación se describen los tipos de personalidad con algunos de sus características más relevantes. (Balarezo, “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”)

Esfera Afectiva:

Histriónica:

- Búsqueda constante de apoyo y elogio.
- Incomodidad ante situaciones en las que no es el centro de atención.
- Vanidad en su apariencia y conducta.
- Utilización permanente del aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
- Exageración en la expresión de sus emociones comportándose de manera pintoresca o dramática y tendencia a la teatralidad.
- Inestabilidad, labilidad y excitabilidad emocional.
- Sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
- Relaciones interpersonales superficiales.
- Generosidad expresada para ser elogiada.
- Manipulación a través de verbalización, etc.

Ciclotímica

- Oscilaciones en su estado de ánimo.
- Periodos de lentificación orgánica y psíquica.
- Periodos de aceleramiento funcional y psíquico.
- Hipersensibilidad.
- Contacto social fácil, agradable, alegre y franco que se altera con periodos de retraimiento social.
- Generosidad espontánea
- Bajo nivel de tolerancia
- Estados afectivos positivos y negativos en donde cambia su forma de actuar, etc.

Esfera Cognitiva:

Anancástica

- Búsqueda de perfección que en ocasiones interfiere en la actividad práctica.
- Rectitud y escrupulosidad
- Preocupación por los detalles, orden y reglas.
- Empeño por el sometimiento de los demás a sus pensamientos y criterios.
- Apego al trabajo y a la productividad
- Represión afectiva
- Falta de generosidad
- Incapacidad para desprenderse de los objetos
- Tendencia a conductas rígidas

- Preocupación por las normas que ellos mismos se imponen, etc.

Paranoide

- Inferencias sobre engaños
- Desconfianza ante nuevas amistades
- Tendencia al rencor
- Propensión a los celos
- Reacción y contrataque ante la humillación y ofensa
- Recolección de documentos para su defensa
- Características de liderazgo
- Reticencia a confiar en los demás
- Generosidad por poder e interés por este y rango social
- Sentido combativo y tenaz de los propios derechos, etc.

Esfera Comportamental:

Impulsiva

- Relaciones interpersonales intensas e inestables.
- Tolerancia alta al dolor.
- Preferencia por las actividades en espacios abiertos y que sean de riesgo y competencia.
- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.
- Alteración de la identidad con autoimagen acusada y sentido de sí mismo persistentemente inestable.
- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Manifestaciones explosivas e incluso violentas a recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos.

Trastorno Disocial de personalidad.

- Pauta de conducta irresponsable.
- Mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendencieras, fugas del hogar, absentismo escolar y crueldad física.
- Despreocupación por la seguridad personal o ajena.
- Falta de capacidad de empatía.
- Incapacidad para mantener relaciones interpersonales.
- Tolerancia muy baja a la frustración.
- Carencia de aprendizaje a través de experiencia.

- Fracaso por someterse a las normas sociales.
- Incapacidad para planificar el futuro, etc.

Esfera Relacional:

Esquizoide:

- Carencia de disfrute en las relaciones estrechas.
- Elección de actividades solitarias.
- Frialdad afectiva sin expresión de sentimientos.
- Dificultad para tener experiencias interpersonales y sexuales.
- Indiferencia a la aprobación y crítica de los demás.
- Afectividad reprimida y distante.
- Tendencia a la fantasía.
- Incapacidad relativa para sentir placer.
- Escasa amistad íntima con personas de confianza, a parte de los familiares de primer grado.

Dependiente:

- Dificultad para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con consejo y reafirmación por parte de los demás.
- Dificultad para realizar proyectos y actividades por su poca iniciativa.
- Incomodidad ante la soledad.
- Realización de tareas desagradables para ser aceptados por los otros.
- Sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas.
- Temor al abandono.
- Sensibilidad a la crítica y la desaprobación.
- Conducta dependiente y sumisa.
- Tendencia a fomentar y permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de su propia vida.
- Colaboración y disciplina, etc.

Evitativa:

- Hipersensibilidad a los contactos interpersonales, por lo que evita trabajos o actividades que impliquen un contacto importante.
- Pocas relaciones íntimas y confidentes.
- Evitación de actividades sociales complejas.
- Tendencia a rehuir.
- Dificultades, riesgos y peligros físicos.

- Preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
- Inhibición en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
- Percepción de sí mismo como carente de habilidades sociales y personalmente poco interesante a los demás, etc.

Trastorno Esquizotípico de la personalidad:

- Ideas de referencia.
- Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales, tales como superstición, clarividencia, telepatía o “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas.
- Pensamiento y lenguaje raro, vago, circunstancial, metafórico o estereotipado.
- Susplicacia o ideación paranoica.
- Afectividad inapropiada o restringida.
- Comportamiento o apariencia excéntricos o peculiares.
- Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo, etc.

Es importante mencionar que es posible que poseamos ciertas características de diferentes tipos de personalidad. Mediante el cuestionario de la SEApSI se refleja el tipo de personalidad que más predomina en nosotros, es decir la estructura de la personalidad.

Estilos de Afrontamiento

El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud. Dichas definiciones implican los recursos personales del individuo para manejar adecuadamente el evento estresante y la habilidad que tiene para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente que su condición implica. En este sentido, la definición de Lazarus y Folkman (1986) continúa vigente y describe el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Contreras Francoise, 2007).

Este concepto antes mencionado reconoce las diferencias individuales de las personas, por lo tanto su estructura psicológica y los procesos de significación personal, proporcionan a los individuos perfiles de resistencia o vulnerabilidad para desarrollar conductas proactivas o respuestas simplemente reactivas.

Nos dice Mayra Velástegui que: “La personalidad es relativamente estable a través del tiempo y de las diferentes situaciones, por lo que existe la predisposición a seleccionar y usar estrategias de afrontamiento de acuerdo al estilo.

Con respeto al afrontamiento, las estrategias utilizadas son adaptativas (aceptación, reformulación positiva, afrontamiento activo, apoyo emocional, planificación, entre otras), y desadaptativas (autodistracción y religión).

Compartimos los planteamientos de Lazarus y Folkman (1986) de que el afrontamiento depende, en gran medida, de las peculiaridades de la apreciación cognitiva de la situación a afrontar. En este sentido, existe evidencia de que aquellas situaciones valoradas como de escaso control interno suelen orientar al uso de estrategias pasivas y centradas en la emoción, más que estrategias de afrontamiento activo y centradas en el problema.

Finalmente, la mayoría de estudios señalan la asociación entre los estilos de personalidad y la preferencia de estrategias de afrontamiento, identificando que la apreciación cognitiva de la situación tiene un rol importante en la explicación del uso de las estrategias de afrontamiento” (Velástegui).

Psicoeducación con Adolescentes:

Para poder planificar sesiones psicoeducativas con adolescentes, debemos entender cuáles son sus mayores preocupaciones relacionadas con la enfermedad y también observar las preocupaciones de los padres de estos adolescentes, las mismas que se reflejan en el actuar de los mismos. En mi experiencia en la “Casa de la Diabetes” una de las principales preocupaciones de los jóvenes es el sentirse diferente, el que tengan que ser “diferenciados” en la comida, en las reuniones sociales, con las amistades, etc. A continuación M. J. Martínez Chamorro y Cols. nos presentan algunas de las quejas o motivos de preocupación expresados por los adolescentes y sus padres con respecto al tema de la Diabetes.

- Los pinchazos para las glucemias me destrozan los dedos
- Soy “dulceadicto” porque quiero dulces
- Mi piel está llena de “baches” en las zonas de inyección
- La insulina me engorda
- No es agradable tener que pensar continuamente en la Diabetes
- Tendré una mala reacción a la insulina”, sobre todo con la insulina nocturna
- La glucemia alta (o baja) me pone triste
- Tengo que seguir tomando azúcar hasta que los síntomas desaparezcan para evitar tener otra crisis hipoglucémica”.
- Cada hiperglucemia es otro clavo en mi ataúd
- Las complicaciones son bombas de un reloj esperando para explotar

- Estoy harto de tener que controlar mi Diabetes
- Debo mantener la Diabetes en secreto o perderé a mis amigos
- Nadie querrá casarse conmigo
- Mi hijo se quedará ciego y necesitará diálisis
- Es peligroso para mi hijo conducir una bicicleta (o una moto o un coche)
- Me siento como si el médico nos estuviera juzgando
- No sé cómo actuar cuando mi hijo se niega a comer

(M.J. Martínez Chamorro, 2002)

Con esta información debemos tomar en cuenta las partes más relevantes de las dudas y quejas de los adolescentes y sus padres para poder llevarlas al programa en el cual se abordarán estos temas con el objetivo de disminuir la ansiedad, la preocupación y enseñar al paciente con Diabetes cómo llevar una vida exitosa sin que signifique una debilidad, sino al contrario un impulso para mejorar su vida.

En el siguiente cuadro realizado por la Mst. Mayra Velástegui se sintetiza la correspondencia que existe entre personalidad, estilos y estrategias de afrontamiento ante el estrés; lo cual nos da una pauta muy importante al momento de aplicar la guía.

PERSONALIDADES	DOMINIO DEL AFRONTAMIENTO	ESTILO DE AFRONTAMIENTO	ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO
COGNITIVAS	COGNITIVO	Centradas en el problema	Afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación, compromiso conductual y cognitivo.
AFECTIVAS	EMOCIONAL	Centradas en la emoción	Postergación del afrontamiento, soporte social instrumental y emocional, negación acudir a la religión, expresión de emociones, uso de alcohol y drogas

COMPORTAMENTALES	CONDUCTUAL	Centradas en el problema	Negación, uso de alcohol y drogas.
DE RELACIÓN	EMOCIONAL CONDUCTUAL	Centradas en el problema Centradas en la emoción	Postergación del afrontamiento, soporte social instrumental y emocional, negación acudir a la religión, uso de alcohol.

Procedimiento Psicoeducativo para Adolescentes con Diabetes Tipo I:

Se tomará en cuenta, para poder llevar a cabo este procedimiento aspectos psicosociales relevantes en el control de la Diabetes, los cuales utilizaremos de base para poder abordar diferentes temas que nos ayuden a motivar y mantener al paciente informado de su enfermedad sin estresarse por ésta, los mismos que serán:

- Expectativas, actitudes y metas del paciente y su familia acerca del tratamiento
- Experiencias pasadas con la enfermedad en general y con la Diabetes en particular
- Estado afectivo actual
- Extensión del disgusto o aceptación tras el diagnóstico
- Disposición para aprender y realizar cambios en el comportamiento
- Grado y tipos de estrés actual
- Reacciones emocionales a temas clave relacionados con la Diabetes (ideales de peso, intolerancia a la regularidad, miedo a las agujas y los pinchazos, temor a la hipoglucemia, temor a las complicaciones, etc.)
- Personas clave en la vida del paciente
- Factores culturales que pudieran afectar la percepción del significado de la enfermedad y su tratamiento.

(M.J. Martínez Chamorro, 2002)

ACTIVIDADES RECOMENDADAS PARA LA UTILIZACION DE LA GUÍA SEGÚN LAS ESFERAS DE PERSONALIDAD.

PERSONALIDADES AFECTIVAS:

Como sabemos las personalidades afectivas son bastante accesibles y hemos encontrado en la aplicación de esta Guía que las actividades propuestas son muy bien aceptadas por esta esfera de personalidad, sin embargo aquí detallamos otras actividades que pueden ser de utilidad.

Al necesitar apoyo, elogio y querer ser el centro de atención, es importante que ellos se sientan protagonistas de las actividades a realizar, por ejemplo:

- Escribir un guion de su vida, poniendo énfasis en el momento de diagnóstico de su Diabetes y que sea el paciente quien elija que será lo que pasa en el futuro, abandonando las ataduras del pasado, los pensamientos de enfermedad y culpabilidad. El hacerle sentir que tiene el control sobre su cuerpo y su futuro es importante.
- Planificación de una obra de teatro en la cual sea el adolescente quien interprete diferentes situaciones de la vida cotidiana, siendo él/ella el personaje principal y sus amigos o familiares serán los otros actores, el guion deber ser realizado conjuntamente con el profesional.

Estas actividades se derivan de una rama de la psicología humanista llamado análisis transaccional, propuesto por el psiquiatra Eric Berne, el cual mediante una metodología de conceptos claros sin los tecnicismos clásicos de las otras teorías pretende facilitar el cambio personal. Estos ejercicios por su fácil integración con otras disciplinas de las ciencias humanas y sociales ha tenido una gran difusión mundial dentro del entorno humanista, laboral y de la auto-ayuda. Busca facilitar el análisis de las formas en que las personas interactúan entre sí.

- Motivarles a que realicen algún tipo de ejercicio físico, enfocándose del lado de su imagen corporal y la vanidad propia de las personalidades afectivas.

El animarle a que realice una actividad física puede ser muy estimulador para el adolescente, el mismo que se encuentra en un periodo de cambios y es necesario que descargue de manera asertiva toda la energía que posee, mantener el cuerpo y la mente ocupados puede hacer maravillas para su autoestima.

PERSONALIDADES COGNITIVAS:

Las personalidades con prevalencia en rasgos cognitivos están más enfocadas a la perfección, rigidez, manejo de normas, reglas y reprimen sus sentimientos y emociones generalmente.

Al tener potencial de liderazgo es importante aprovechar esta herramienta para que las actividades a realizar no le causen ansiedad, sino más bien se sientan productivos y con ganas de trabajar.

- Se propone un plan de generación de soluciones y alternativas distintas a las tomadas hasta ahora con respecto a la Diabetes, así se le da el control y se maneja la toma de decisiones en base a la anticipación positiva de los resultados y la evaluación de los mismos.

Las tácticas de solución de problemas están basadas en **el compromiso**, así el adolescente intenta conseguir acuerdos satisfactorios mediante la reducción de las aspiraciones y la realización de concesiones con su Diabetes. La generación de alternativas requiere un alto grado de creatividad y va ligada al compromiso, entonces es importante que se planteen metas realizables que conjuntamente con la anticipación positiva nos ayudara a lograr los resultados.

- Técnicas de afrontamiento al estrés: Se analizan los factores estresantes con el adolescente así como la disponibilidad de recursos con los que cuenta para hacer frente a cada uno de estos factores. La estrategia de superación que debe ir de la mano es una charla que produzca catarsis y alivie el malestar.

Es incompatible estar relajado físicamente y tenso emocionalmente a la vez. Debemos aprovechar esta conexión directa entre el cuerpo y la mente así podemos enseñar al adolescente a relajar los músculos a voluntad. Esta habilidad puede usarse para desensibilizar más tarde los miedos que vienen con el diagnóstico de la Diabetes.

- Presentación de documental "Mi Nueva Vida" del autor español José Luis Risque, (www.dropbox.com/s/jfgcm96cr36rj1m/MinuevaVida.flv) Se hará un análisis del mismo conjuntamente con el adolescente y se pedirá que describa de manera escrita cuáles son sus sentimientos al observar este documental.

PERSONALIDADES COMPORAMENTALES:

Las personalidades con prevalencia de rasgos comportamentales son algo inestables, prefieren actividades en espacios abiertos, tienen sentido de competencia, son reactivos en su estado de ánimo y no aceptan de manera positiva la crítica ni la frustración.

Al sentir miedo al abandono es importante reforzar el sentimiento de confianza y alianza entre el profesional y el adolescente, hacerle saber que estamos ahí para ayudarlo y que si él se compromete a concluir las actividades las cosas mejoraran.

- Proponer actividades directivas como tareas específicas que debe realizar según el área del profesional el cual le esté tratando.

Por ejemplo con el medico endocrinólogo puede pedirle que lleve un cuaderno donde anote las glicemias, primero una vez al día luego las 3 veces una antes de cada comida, etc. Si está tratando con el podólogo puede pedirle que revise constantemente sus uñas y esté atento a cortaduras y heridas que puedan infectarse, en especial las de los pies, etc.

- Reforzar el cumplimiento de sus tareas con frases positivas que demuestren aprobación, y si es necesario la utilización de otros reforzadores.

El uso de refuerzos es propio de la corriente cognitiva mediante el llamado condicionamiento operante, con su representante Skinner. Este autor trata de operar sobre las respuestas del sujeto, que son emitidas espontáneamente, mediante la utilización de lo que él llama "reforzadores". Define el refuerzo como todo aquello que incrementa la probabilidad de una respuesta.

Además esta corriente tiene características importantes a ser utilizadas con esta esfera de personalidad como: La alianza terapéutica, la colaboración y participación activa del paciente, orientación al problema y objetivos. Esta forma de procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado tiene una respuesta satisfactoria por los pacientes con rasgos de personalidad comportamentales.

PERSONALIDADES RELACIONALES:

Este tipo de personalidades tienen dificultades en actividades de disfrute, son solitarios, algo fríos, reprimen mucho los sentimientos y emociones.

Son bastante dirigibles, en el sentido que uno puede darles pautas y direcciones a seguir y eso es lo que harán, dado que tienen dificultades en toma de decisiones por sí mismos, algunas actividades a realizar con ellos pueden ser:

- Realizar un cuadro diario en donde se señalen las situaciones, emociones, sentimientos y conductas que conlleven malestar en su vida diaria.
- Comprender la relación existente entre estos 4 factores y producir cambios en cualquiera de ellos.

Estas actividades tienen su base en las actividades de la técnica ABC por la Terapia Racional Emotiva Conductual propuesta por Albert Ellis, sin embargo y al ser una Guía aplicada por cualquier profesional y al no ser este un proceso psicoterapéutico esta técnica no es la misma y será usada de manera superficial para lograr conocer un poco más a este tipo de pacientes, relacionarse de manera más positiva con el profesional y lograr algún tipo de cambio positivo en su conducta.

METODOLOGÍA

Objetivos de la Guía

Objetivo General: Psicoeducar a los Adolescentes diagnosticados de Diabetes Tipo I desde el Modelo Integrativo con para que manejen de manera adecuada su enfermedad.

Objetivos Específicos:

- Indicar a los profesionales que trabajan con pacientes diagnosticados de Diabetes Tipo I sobre los aspectos más importantes de la Diabetes en la Adolescencia, para que puedan tener un manejo saludable de su enfermedad.
- Desarrollar en los adolescentes una visión más adecuada de su enfermedad mediante la psicoeducación.
- Adquirir un manejo más responsable de la enfermedad mediante técnicas de valorización.
- Mejorar en los adolescentes sus capacidades de afrontamiento ante el estrés de la enfermedad.

Procedimiento

¿Cómo se programa una sesión?:

Para empezar una sesión psicoeducativa primero debemos observar cómo llega el adolescente a la cita, dado que no todos los momentos son adecuados para iniciar una sesión psicoeducativa, una de las cosas a tomar en cuenta es el estado de ánimo del adolescente, si lo vemos algo ansioso o decaído es de suma importancia no pasar por alto estas señales, dado que si lo hacemos es muy probable que la sesión psicoeducativa fracase.

Adicional a esto están los elementos del exterior que pueden influir de manera positiva como negativa en el paciente, algunos de los elementos claves a considerar son los siguientes:

- El tema de la sesión.
- El ambiente físico, local.
- Los medios materiales.
- La acogida e inicio de la sesión.

Respecto a las técnicas, es preciso destacar que las mismas, como cualquier otro método, han de ser recreadas por la persona que dinamiza de acuerdo con las circunstancias concretas. Su eficiencia dependerá, en alto grado, de la capacidad de el/la profesional para adaptarlas al aquí y ahora, así como de su habilidad para utilizarlas. Conviene precisar que las técnicas son un medio, nunca un fin en sí mismas, no todas sirven para todos los objetivos y no pueden usarse en todas partes, esto también va a depender en esta guía de la personalidad del paciente con el cual estamos tratando en ese momento.

A la hora de elegir la técnica es preciso considerar los siguientes aspectos:

- Los objetivos que se desean conseguir.
- Las características de la personalidad del adolescente
- Los estilos de afrontamiento presentes en el mismo.
- La experiencia de la persona dinamizadora y el tiempo del que se dispone para cada sesión.

Diagnóstico Centrado en los Adolescentes:

“En el tratamiento general de las enfermedades crónicas de los adolescentes el clínico ha de procurar satisfacer tres objetivos: alcanzar un diagnóstico definitivo y completo, iniciar un tratamiento que cure o frene el desarrollo de la enfermedad, a la vez que trate las secuelas, y por último, valorar la existencia, tratar y/o prevenir los problemas en los aspectos psicológicos y sociales que puedan aparecer. Los dos primeros objetivos son familiares a la mayoría de los médicos y se satisfacen con los principios fundamentales de la clínica. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el tercer objetivo, que generalmente ha sido menos valorado. En las tres últimas décadas ha crecido enormemente.” (M.J. Martínez Chamorro, 2002).

La evaluación del adolescente debe ser dada por distintos profesionales de la salud, esto siempre es y será un trabajo multidisciplinario, participan:

1. Médico Endocrinólogo: Diagnóstico médico.
2. Nutricionista.
3. Psicólogo Clínico

No debemos confundir la guía psicoeducativa con un tratamiento psicológico, dado que son cosas totalmente diferentes, la guía puede ser aplicada por cualquier profesional que

trate con estos adolescentes, en cambio el tratamiento psicológico debe ser solamente llevado a cabo por un profesional en el área.

La meta última en el tratamiento de la Diabetes es alcanzar una elevada calidad de vida para sus pacientes. La Diabetes, a diferencia de otras enfermedades crónicas, requiere un extraordinario esfuerzo para el autocontrol, lo que puede producir un estrés psicosocial y psicológico añadido que afectaría de manera desfavorable al enfermo con esta patología. Por ello, la Diabetes es una enfermedad que requiere grandes ajustes en el estilo de vida y una amplia educación del paciente, conociendo sus estilos de afrontamiento según la personalidad de cada paciente.

PROGRAMACIÓN

La programación de esta Guía se ha estructurado en cinco bloques temáticos que a continuación se detallan:

Bloque I: ¿Qué es la Diabetes?, Bloque II: Aprendiendo a Vivir con una Enfermedad Crónica, Bloque III: Autoconocimiento Personal, Bloque IV: Estilos de Afrontamiento, Bloque V: Las Relaciones en la Familia.

Cada uno de estos bloques se compone de una serie de unidades temáticas que se detallan en los mismos.

En recientes estudios se ha documentado una disminución del apoyo y de la implicación de los padres en las tareas del manejo de la Diabetes en los primeros años de la adolescencia y se ha comprobado que los adolescentes que asumen demasiado temprano la responsabilidad del manejo de la Diabetes son menos cumplidores, cometen más fallos en su autocontrol y tienen un peor control metabólico que los adolescentes cuyos padres permanecen más tiempo implicados en el manejo de esta enfermedad. Por ello es necesario mantener la supervisión de los padres en el manejo de esta enfermedad durante la adolescencia y evitar o minimizar el conflicto padres-adolescente por ello. (Atienza, 1995)

BLOQUES TEMÁTICOS

BLOQUE I: ¿QUÉ ES LA DIABETES?

Objetivos:

- Aceptar la enfermedad como parte de su realidad mediante la comprensión de donde proviene la misma.

- Adquirir el conocimiento para manejar la enfermedad de una manera positiva.

Programación:

1. Presentación del profesional y del Proyecto.
2. Explicar en qué consistirán las sesiones: - ¿Qué vamos a hacer? - Especificar el tiempo de duración. – Responder a la pregunta: ¿Por qué estoy aquí?
3. Escuchar al Adolescente hablar sobre su Diabetes: De dónde viene, ¿por qué a mí?, ¿cómo supero esto?

Desarrollo:

La Diabetes durante largo tiempo es una enfermedad invisible y sin síntomas. De igual forma, al contrario de otras enfermedades crónicas como el Asma, la Diabetes se acompaña de poco absentismo escolar, de buenos resultados escolares y no hay un impacto significativo sobre la inserción laboral de los jóvenes. Sin embargo, a pesar de esta presentación favorable, el diabético es en general mal aceptado socialmente y son muchos los casos en que el joven diabético evita hablar a otros de su enfermedad y se excluye de la práctica de deportes o de los viajes organizados.

Para manejar este tema de manera satisfactoria dejaremos que el adolescente nos explique de una manera práctica en qué consiste su enfermedad. Teóricamente lo ha escuchado en muchas ocasiones, de qué se trata y qué le produce, sin embargo es necesario que el adolescente pueda construir este concepto en su mente y lo incorpore a lo que previamente tiene entendido por Diabetes Tipo I. Esto se logrará mediante los siguientes puntos.

- Responder a la pregunta: ¿Qué piensa que pasa en su cuerpo?,
- Graficar cómo ve su enfermedad
- Indicar ¿Por qué él Adolescente cree que esto le sucede?

Esto traerá mucha información importante con la que el profesional puede trabajar en un futuro, dado que no queremos repetir lo que muchas veces el adolescente ha escuchado, queremos escucharlo a él y saber cuáles son sus construcciones mentales con respecto a la enfermedad.

Luego responderemos las dudas que pueda tener con respecto a la enfermedad (siempre que el profesional este seguro de éstas) y juntos leerán diferentes técnicas

utilizadas para el manejo adecuado de la enfermedad llegando a compromisos con cada una de las mismas, indicadas a continuación:

- Incorporar una actividad física a la rutina diaria.
- Usar correctamente los medicamentos.
- Mantener horarios para la medición de glucosa como ingesta de alimentos.
- Anotar sus glicemias diariamente.
- Dar atención al cuidado de los pies, manos y piel.

BLOQUE II: APRENDIENDO A VIVIR CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

Objetivos:

- Aprender a sobrellevar la Enfermedad Crónica
- Analizar individualmente cómo el padecer Diabetes interfiere en la vida del adolescente.
- Convertir los miedos del adolescente en oportunidades.

Programación:

1. Explicación del concepto de EC y su forma de aceptarla.
2. Hacer que escriba en un papel en qué aspectos siente que la Diabetes afecta en su vida diaria.
3. Explicar el proceso de toma de decisiones

Desarrollo:

Vivir con una enfermedad de larga duración (también denominada crónica) plantea nuevos retos a una persona. Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo — no es algo que se consiga de la noche a la mañana. Pero entender lo que le ocurre y participar activamente en el cuidado de su salud le ayudará a afrontar esos retos. Mucha gente descubre que el hecho de adoptar un papel activo en el tratamiento de un problema de salud crónico le ayuda a sentirse más fuerte y más preparada para enfrentarse a muchas dificultades y pruebas que les depara la vida.

Las enfermedades crónicas son problemas de salud de larga duración (la palabra “crónico” proviene del término griego *chronos*, que significa tiempo).

El hecho de padecer un trastorno crónico no implica necesariamente tener una enfermedad grave o que puede poner en peligro la vida de una persona. A pesar de que los síntomas de una enfermedad crónica pueden desaparecer con los cuidados médicos, generalmente la persona sigue padeciendo la enfermedad subyacente — aunque los tratamientos que recibe pueden implicar que se sienta sano y se encuentre bien gran parte del tiempo.

Cada enfermedad crónica tiene sus propios síntomas, tratamiento y evolución. Exceptuando el hecho de que son relativamente duraderas, las distintas enfermedades crónicas no se parecen necesariamente entre sí en otros aspectos. La mayoría de las personas que padecen enfermedades crónicas no piensan en ellas mismas como en un “enfermo crónico”, sino como en alguien que padece un trastorno específico — como el asma, la artritis, la diabetes, el lupus, la anemia falciforme, o la enfermedad concreta que tengan.

Las personas que padecen una enfermedad crónica, generalmente no solo están afectadas físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente. La forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tiene y cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamientos que requiere. Aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica requiere tiempo, pero los jóvenes que están dispuestos a aprender cosas sobre su enfermedad, a buscar y aceptar el apoyo de los demás y a participar activamente en el cuidado de su salud, si es llevado de manera asertiva superan con éxito el proceso de afrontamiento. (D'Arcy Lyness, 2010)

El adolescente cree que es invulnerable y esta actitud de “nada me puede ocurrir a mí” le puede conducir a peligrosas actitudes de riesgo: alterar su tratamiento deliberadamente para comprobar si es verdad que necesitan ponerse insulina todos los días o monitorizar la glucemia tan a menudo. Esta experimentación tan arriesgada puede dar lugar a episodios de cetoacidosis y sobre todo a un mal control de la enfermedad. Por todo ello, quizás sea la adolescencia el momento evolutivo en que la Diabetes interacciona más negativamente como enfermedad crónica.

Es por esto tan importante que conozca que la Enfermedad Crónica es algo con lo cual él Adolescente tiene que aprender a vivir, de manera que ésta se convierta en su amiga y compañera, antes que en su enemiga más grande. Logramos esto, enfocando al adolescente en la toma de decisiones y en el sentido de que estas decisiones influyen en su vida. A la hora de tomar estas dentro del tema a trabajar, nos vamos a referir a las decisiones más complicadas (aceptar la enfermedad, saber manejarla a largo tiempo, hacer de ella su compañera).

Los dos momentos a la hora de tomar decisiones los dividimos en ANTES de decidir y DESPUÉS de haber decidido.

ANTES DE TOMAR UNA DECISIÓN

Debo hacer estas dos preguntas y pedir que responda honestamente:

- ¿Es consciente de que tiene que tomar una decisión?
- ¿Tiene claro lo que quiere decidir y por qué?

Si parece que no tiene claro que debe tomar una decisión, indagar en el por qué no lo tiene tan claro haciendo lo siguiente:

1º Balance decisional, es decir, pedir que exprese en un papel en blanco el problema que le afecta y a un lado poner las ventajas o beneficios que le traería el tomar la decisión y en el otro los inconvenientes o repercusiones de tomar la decisión.

2º Una vez hecho esto, debe valorar su motivación para cambiar, que va a estar condicionada por aspectos tales como tener o no apoyo a la hora de decidir, miedo a la incertidumbre de lo que puede pasar, disponer de medios, recursos, información, etc.

3º Llegado a este punto, mencionarle que tiene dos opciones, tomar la decisión, es decir, cambiar, o si aún no se encuentra preparado/a, empezar haciendo cambios internos, antes de cambiar o tomar la gran decisión. Estos cambios internos le ayudarán a aliviarse emocionalmente y además a ir adquiriendo fuerza y seguridad personal. Para hacer estos pequeños cambios internos puede recurrir a estrategias como:

- Hacer ejercicios de visualización de la situación que desea, viéndose cómo se encontrará y sentirá en la nueva situación después de cambiar.
- Realizar un plan de trabajo de cambios paulatinos que debe ir dando antes de tomar la gran decisión de cambiar, valorando los resultados y cómo se va sintiendo.

DESPUÉS DE TOMAR LA DECISIÓN

- No debe juzgarse o criticarse por la tardanza para cambiar (CELÉBRALO).
- Analizar qué aprendió durante el proceso en la toma de decisiones.
- Analizar qué cosas no debe repetir o permitir nuevamente en su vida. (Hernández, 2010)

BLOQUE III: AUTOCONOCIMIENTO PERSONAL

Objetivos:

- Introducir al adolescente a mirar en el interior de su ser
- Motivar al adolescente para la mejora de su autoestima
- Eliminar en el adolescente el sentimiento de culpabilidad que puede afectar en su toma de decisiones.

Programación:

1. Realización de la dinámica: "Inventario de la vida".
2. Analizar y reflexionar qué condiciona la Autoestima

Desarrollo:

Información:

1. ¿Qué es la autoestima?

- Es uno de los principales elementos de la Inteligencia Intrapersonal (Gardner, 2001). Es la capacidad para conocernos, valorarnos, construir un modelo de quiénes somos y ser capaz de desarrollarlo con sensatez y madurez personal y de autorregular nuestras emociones y sentimientos.

- El autoconcepto o autoestima comprende las percepciones y los sentimientos de confianza, valoración, capacidad y aceptación de uno mismo. Es de carácter pluridimensional. Está integrado por varias dimensiones, ámbitos o facetas, algunas de las cuales están relacionadas con aspectos de la personalidad (físicos, sociales, emocionales) mientras que otras aparecen más vinculadas al logro académico (en diferentes áreas y materias).

- Garma y Elexpuru (1999) definen la autoestima como "la evaluación que el sujeto hace de sí mismo, implicando un juicio de valor que supone aceptación o rechazo" (pág. 27) y, al autoconcepto, como la parte que "comprende las percepciones y los sentimientos de confianza, valoración, capacidad y aceptación de uno mismo"

Santrock (2004) afirma que en la formación de la autoestima sana juega un papel muy importante la familia y los iguales. Por tanto, la autoestima, es el valor más importante para el desarrollo humano. Sin autoestima no confiamos en los demás, lo que limita seriamente nuestra capacidad para aprender, trabajar y relacionarnos con los otros.

- Una persona posee un autoconcepto sano cuando armoniza las limitaciones, sin tratarse excesivamente crítico con ellas.

- La autoestima es lo que pienso de mí, cómo me siento con esos pensamientos y cómo aplico todo ello a mi vida.

- Las 5 dimensiones de una buena autoestima:

1. Altura (alta o baja)

2. Estabilidad (estable o inestable)

3. Armonía (equilibrada para todos los ámbitos de nuestra vida o desequilibrada, sólo centrada en un ámbito)

4. Autonomía (que depende principalmente de nosotros o de fuera)

5. Coste (energía psicológica que empleamos en tenerla).

(Hernández, 2010)

Actividades:

1- Se reparte una hoja (a cada participante) con las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo me siento totalmente vivo/a?

- ¿Cuáles son las cosas, los acontecimientos, las actividades que me hacen sentir que vale la pena vivir?

- ¿Qué es lo que hago bien?

- ¿En qué puedo contribuir a la vida de los y las demás?

- ¿Qué es lo que hago bien para mi propio desarrollo y bienestar?

- Dada mi situación actual y mis aspiraciones, ¿qué necesito aprender a hacer?
- ¿Qué deseos debo convertir en planes?
- ¿He descartado algunos sueños por no ser realistas y qué debo volver a soñar?
- ¿Qué recursos tengo sin desarrollar o mal utilizados?
- ¿Qué debo dejar de hacer ya?
- ¿Qué debo empezar a hacer ya?
- Las respuestas dadas a todas mis preguntas anteriores, ¿cómo afectan a mis planes y proyectos inmediatos para los tres próximos meses, para el próximo año?

2. Se pide al adolescente que explique qué entiende por autoestima. Se completa su información o se corrige en caso que sea necesario. Luego se habla sobre qué es lo que condiciona la autoestima, para finalizar se ofrecen algunas estrategias dadas a continuación sobre cómo podemos mejorar nuestra autoestima y eliminar pensamientos negativos.

¿Cómo lograr que la Autoestima evolucione favorablemente?

- Comprender el pasado no basta para cambiar el presente.
- No basta comprender, hay que actuar y practicar.
- El aprendizaje más que la revelación (el cambio es algo que se aprende).
- Cambiar no es complicado, sólo hay que empezar y practicar.
- La autoestima comienza por la aceptación de uno mismo/a (aceptar y asumir las imperfecciones, porque es mejor si nos quedamos con la imagen global de nosotros mismos/ as).
- La aceptación es, sencillamente, decir "sí". Sí a lo que existe porque existe.
- Practicar la aceptación de uno mismo/a: 5 aspectos que hay que trabajar con regularidad:
 - Ser conscientes de que no aceptamos de uno mismo.
 - Decir sí, me acepto.

- Permanecer en la situación presente (no exagerar, dramatizar...), decirse: cuídate, no multipliques tu dolor, acepta y actúa, no te envenenes más...
- Trabajar para aceptar la idea de lo peor, lo que no equivale a desearla o resignarse a ella.
- Aceptar también el pasado.

¿Cómo practicar una autocrítica útil y constructiva sobre mí y para mí como persona?

- Debemos recordarle que nosotros mismos producimos gran parte de nuestros sufrimientos.
- Lograr que establezca claramente la diferencia entre lo que ocurre (los hechos) y lo que piensa (su interpretación). La baja autoestima provoca hipersensibilidad.
- Indicar que hay que mostrarse prudente con las conclusiones precipitadas.
- Pedirle que formule las auto-verbalizaciones (no aceptar en su forma de hablar términos radicales y definitivos: desastre, inútil, inaceptable, completamente fracasado/ a, incompetentes, nunca, siempre, etc.
- No conceder una confianza ciega a sus intuiciones si tiene problemas de autocrítica contra sí mismo.
- Hablarse a sí mismo, observar cómo se trata, cuida, quiere, y si no es la correcta sugerirle cambiar la forma.
- Dejar de hacerse daño a sí mismo (autocrítica, desprecios, castigos, etc.)
- Vivir siendo imperfecto, pues hay que tener coraje para ser débil.
- Tratar de apreciarse, no de admirarse.

BLOQUE IV: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Objetivos:

- Aprender a manejar la autocrítica de manera positiva
- Impulsar al adolescente a mejorar su situación actual superando sus limitaciones mentales.

Programación:

¿Qué es la autocrítica?

Se da cuando nos desvalorizamos, juzgamos, recriminamos, etc., por cosas que decimos o no, por cosas que hacemos o no, por cosas que pensamos o no, por cosas que sentimos o no, etc.

¿De dónde viene la autocrítica?

- Creer y asumir todo aquello que nos dicen, hacen, piensan de nosotros/as, etc.
- La educación recibida que se centró más en evaluar consecuencias y la toma de decisiones.
- Tener un ideal demasiado irreal de quién nos gustaría ser.
- Compararnos con otras personas o con lo que dicen los medios de comunicación.
- Por miedo, a decidir ser libre, a perder el afecto de las personas que nos rodean, etc.

¿Es útil o necesaria la autocrítica?

Sí, siempre y cuando sea para mejorar, avanzar, rectificar, etc. y no para que nos sintamos culpables, incapaces, débiles, malos/las, etc.

¿Cómo podemos frenar o controlar la autocrítica negativa?

- Reconocer sus habilidades, capacidades, aspectos positivos de su personalidad y recordarlos cada día y ante otras personas con alguna frecuencia.
- Trabajando el ideal de persona que quiere ser y por qué no acepta la que es.
- Aprender a quererse tal como es. Pensar que sólo tiene esta vida y disfrutarla, en lugar de estar luchando por ser alguien que no tiene certeza o seguridad de si le gustaría ser.
- Aceptar, valorando positivamente, esas cosas que no acepta de su persona para que los y las demás las vean como aspectos positivos.
- Hacer un balance diario de cuántas autocríticas se ha hecho y cuántas valoraciones sobre sí mismo/a, e intentar reducir las autocríticas.

- Buscar una palabra clave secreta, que dirá en voz alta cuando empiece a pensar o decir cosas negativas de sí mismo/a, y así parar ese pensamiento negativo.
- Dejar de preocuparse por lo que cree que los y las demás esperan que sea, y entender que él/ella se acepta primero, los y las demás tendrán que aceptarle.
 1. Hacer un collage que refleje quien es.
 2. Ofrecer estrategias de Equilibrio Emocional, respondiendo las siguientes preguntas:

¿Cómo reconocer si tengo equilibrio?

- ¿Sé quién soy, qué pienso, siento y hago?
- ¿Estoy haciendo lo que quiero y estoy conforme con mi salud?
- Cuando sucede algo en mi vida, (crisis en la salud, problemas con los pares, familia, etc.) ¿mi mundo parece estar con sombra y me cuesta luchar para mantenerme cada día?

¿Cómo buscar el equilibrio?

- Sabiendo quién es, teniendo claro lo que piensa, entendiendo lo que siente.
- Estar haciendo lo que quiere y estar conforme con su salud.
- Cuando sucede algo en su vida (crisis en la salud, problemas con los pares, familia, etc.), su mundo no se pone en sombra, sino lo vive como un problema que le afecta, pero hay muchas otras partes de su mundo que funcionan y le satisfacen.

¿Cómo y qué me puede ayudar a buscar el equilibrio?

- Haciendo lo anterior.
- Tomando decisiones sobre lo que le entorpece.
- Compartiendo con otras personas (amigos/as, familiares,...).
- Pidiendo ayuda profesional.
- Dándose y trabajándose más la parte personal (interior), que la exterior.
- Poniéndose como centro de su vida (buscando su equilibrio) para poder dar a los/las demás.

BLOQUE V: LAS RELACIONES EN LA FAMILIA

Objetivos:

- Fortalecer el rol de apoyo de los Padres y Hermanos en la vida del joven con Diabetes
- Establecer una relación más saludable entre la familia y el adolescente Diabético.

Programación:

La autoimagen es típicamente inestable en la adolescencia temprana, pero el adolescente diabético puede tener una autoimagen especialmente mala, y verse a sí mismo como defectuoso o más débil que sus hermanos, defectuoso ante sus padres, lo que intensifica los sentimientos de inferioridad y el miedo al rechazo de los mismos. Durante la adolescencia las infracciones son numerosas y tanto los profesionales que tratan con el adolescente como los padres se enfrentan a las trampas que frecuentemente serán negadas.

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico está íntimamente unida al buen control metabólico y si el adolescente siente que su casa es como una “cárcel” donde solo se le controla o critica, probablemente empiece a hacer justo lo que no debe para marcar su espacio en el hogar.

El mal cumplimiento terapéutico es un problema marcado sobre todo en la adolescencia, por lo que es indispensable motivar al adolescente y centrarnos en su personalidad de manera que encontremos la mejor forma de potenciar su manejo positivo. (M.J. Martínez Chamorro, 2002)

1. Realizar el “Bazar mágico de Said”: Una mesa será el mercadillo, o el espacio que simbolice un lugar donde los miembros de la familia podrán adquirir cualidades de personalidad deseadas. Cada uno/a de los y las participantes, siguiendo un orden, pasará por el bazar y realizará su elección, explicando brevemente el motivo de la misma al resto de la familia. Se realiza una puesta en común:

- ¿Les hubiera gustado adquirir otras cualidades elegidas por sus miembros de familia?
- ¿Las cualidades elegidas las poseen o les gustaría adquirirlas?
- ¿Cómo podrían desarrollar las cualidades en el caso de que no las tuvieran?

Al finalizar se colocan todas las sillas en círculo y se les pega un papel detrás con el nombre de la persona que ocupa el asiento. Cada uno/a de los miembros de la familia deberá pasar por detrás y escribir una cualidad que crea que posee su ocupante. Así sucesivamente, hasta que todos/as hayan puesto algo de cada uno/a.

Al finalizar se leerá la lista de cualidades de cada miembro de la familia.

Con esta dinámica se pretende ponerse en los zapatos del otro y buscar la empatía entre el adolescente Diabético y los miembros de la familia.

RECOMENDACIONES:

Al concluir con esta Guía pudimos observar que existen diferentes actividades con las que algunos adolescentes de distintos rasgos de personalidad no se sienten muy a gusto realizándolas, en cambio otros se sienten realmente complacidos.

Esta Guía está dirigida a todos los adolescentes con diagnóstico de Diabetes Tipo I que acudan a diferentes áreas de la salud y puedan ser motivados y psicoeducados tomando en cuenta diferentes aspectos de su enfermedad, conociendo su personalidad y aplicando estrategias efectivas en la psicoeducación. Se ha separado algunas actividades que pueden ser más efectivas en distintos tipos de personalidad, las mismas que serán explicadas a continuación, estas pueden ser incorporadas a la Guía o bien realizadas luego de la aplicación de la misma como parte de refuerzo.

CAPÍTULO 5

APLICACIÓN DE LA GUÍA A TRAVÉS DE DISPOSITIVOS INDIVIDUALES EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO I.

A continuación se describe cómo se llevó a cabo el proceso de aplicación de la Guía a Adolescentes, con diferentes rasgos de personalidad, considerando sus capacidades de afrontamiento ante diferentes situaciones de estrés relacionado con la enfermedad.

La aplicación de la Guía se realizó a cuatro adolescentes, tomando un ejemplo de personalidad de cada esfera considerada por el Modelo Integrativo Ecuatoriano, además se tomó en cuenta las capacidades de afrontamiento de cada estilo de personalidad ante la enfermedad. Valoramos así cuán efectiva fue la aplicación de la Guía en cada uno de ellos, esto sirvió para conocer las reacciones de los adolescentes ante las actividades propuestas según su esfera de personalidad, dándonos una pauta de en qué tipo o tipos de personalidad es más factible que funcione.

Seleccionando Rasgos de Personalidad:

Inicialmente se aplicó el Cuestionario de Personalidad de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (SEApSI) a diez adolescentes con Diabetes tipo I, de los cuales la gran mayoría mostraba rasgos predominantes de personalidad afectiva, esto como un dato curioso del cual podemos obtener la hipótesis de que tal vez ¿las personas con personalidades afectivas son más vulnerables a sufrir de esta enfermedad? Para la realización de esta tesis se incluyó a un adolescente perteneciente a cada una de las esferas, así contamos con un caso de la esfera afectiva: histriónica, uno de la esfera cognitiva: anancástica, una del comportamental: inestable y uno de la esfera de déficit relacional: dependiente. Una vez con los adolescentes seleccionados continuamos con los siguientes pasos.

Aplicando las Baterías Adicionales:

Para dar inicio a la Guía debíamos estar seguros que los adolescentes escogidos no estaban atravesando por episodios depresivos ni ansiosos, dado que éstos pueden ser perjudiciales y la Guía no tendría el efecto deseado, es por esto que aplicamos los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Hamilton, seleccionando a los adolescentes que no evidenciaban niveles de atención, concluimos con

la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) para tener una idea clara de cómo afronta cada una de las personalidades

La evaluación a través de diferentes inventarios y del cuestionario de personalidad es necesaria como base para la aplicación de la Guía, dado que nos permite conocer el estado actual del adolescente.

Se hace hincapié en que el proceso de esta Guía es psicoeducativo, dentro del Modelo Integrativo Ecuatoriano, nos situaremos a nivel de Asesoramiento. Es importante por esta razón, que en el estado actual de los adolescentes no se evidencie rasgos depresivos, ni de ansiedad, ya que podría no dar el resultado esperado.

Otros instrumentos psicométricos que evalúen depresión y ansiedad pueden ser aplicados, dado que sirven simplemente de referencia, sin embargo la aplicación del cuestionario de la SEApSI de rasgos de personalidad es indispensable pues es un instrumento que nos permite acercarnos al conocimiento de éstos.

No olvidemos que estos instrumentos, son herramientas cuyos resultados no pueden utilizarse dejando al margen el quehacer del profesional, es importante el establecimiento de un buen rapport, la realización de una eficaz entrevista, entre otros.

Aplicación de la Guía Psicoeducativa a las diferentes Esferas de Personalidad:

El cuestionario de personalidad de la SEApSI se aplicó inicialmente para comprobar los diferentes estilos de personalidad de los adolescentes y así poder determinar si estos estilos de personalidad influían en la eficiencia en la aplicación de la Guía.

La aplicación fue la misma para todos los adolescentes sin modificar actividades o disminuirlas según su esfera de la personalidad, sin embargo y como era de esperarse la aceptación y reacción hacia las mismas fue cambiando según sus rasgos de personalidad. Es importante mencionar en este punto, que al finalizar la Guía hemos puesto a manera de recomendación unas actividades para trabajar con los adolescentes según su rasgo predominante de personalidad, así por ejemplo tenemos diferentes actividades para la esfera Relacional, Cognitiva, Comportamental, etc.

La esfera de Déficit Relacional, fue la que más dificultades presentó al momento de la aplicación, era visible su falta de compromiso en el proceso, su inasistencia a las sesiones fueron repetitivas.

Estilos de Afrontamiento ante el Estrés:

Teniendo claro que el padecer de una Enfermedad Crónica es un factor de estrés en la vida de cualquier ser humano, en una etapa como la adolescencia tiene una connotación más negativa, es por eso que se dio importancia a los estudios de la Mst. Mayra Velástegui con respecto a cómo afrontamos el estrés según el tipo de personalidad.

A continuación detallamos un extracto de su estudio:

“El estilo de personalidad se describe según tres bipolaridades: metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales. En el intento de identificar el estilo de personalidad que reaccione de manera más adaptativa ante las situaciones de estrés nos anticipamos en mencionar que es pertinente considerar la propuesta de los cinco grandes planteada por Costa y Mcrae que en términos generales mencionan al:

- Neuroticismo (tendencia general a experimentar sentimientos negativos, como miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad, así como a tener ideas irracionales, menos capacidad de controlar impulsos y enfrentarse peor al estrés).
- Extraversión (preferencia por grupos y reuniones, sociabilidad, asertividad, y tendencia hacia la excitación y la estimulación)
- Apertura (tendencia a tomar en consideración nuevas ideas y valores no convencionales y a experimentar tanto las emociones positivas como negativas de manera más profunda)
- Amabilidad (tendencia a simpatizar con los demás y disposición a ayudarles, creyendo que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer esto mismo).
- Responsabilidad (una alta puntuación indica que la persona es voluntariosa, porfiada y decidida, además de escrupulosa y fiable).

El grado de intervención de estas dimensiones identificará a una personalidad que realizará una serie de reajustes vitales que favorecerá su adaptación. Para ello habrá de mantener presentes en todo momento su sistema de metas y valores; considerar sus capacidades personales; adoptar con vigor las decisiones oportunas; evaluar las repercusiones en términos de sus propias conductas (estableciendo un locus de control interno); y dotar a la nueva situación de un significado, es decir, darle un sentido dentro de su plan general de vida.” (Velástegui)

En nuestro caso comprendemos que a un adolescente no es posible encasillarlo en una personalidad de manera definitiva, por lo que los rasgos que hemos visto más definidos

en cada uno de ellos han sido tomados como indicador para ubicarnos en una tipología de personalidad.

A continuación detallaremos en un cuadro como fue la experiencia de la aplicación de la Guía. Se detalla las características de cada personalidad y su actuar como facilitadoras u obstaculizantes.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS 4 ESFERAS DE PERSONALIDAD APLICADAS	
Esfera Afectiva: R. P. Histriónicos <ul style="list-style-type: none"> - Cooperación, apoyo. - Conductas de Vanidad que influyen en su autoestima. - Labilidad emocional. - Sugestionabilidad e Influenciabilidad. - Expresividad. 	Esfera Cognitiva: R.P. Anancásticos <ul style="list-style-type: none"> - Rigidez, razonamientos lógicos. - Represión Afectiva - Detallista, ordenado, puntual. - Ansiedad al iniciar actividades nuevas. - Perfeccionismo.
Esfera Comportamental: R.P. Inestable <ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa, impaciencia. - Las actividades algunas veces lo "aburren". - Impulsividad, quería terminar antes de lo indicado. - Labilidad emocional. - Irritabilidad. 	Esfera Déficit Relacional: R.P. Dependiente <ul style="list-style-type: none"> - Distante, confundido. - Incumplimiento de tareas. - Falta de iniciativa. - Desanimo para concluir las actividades por sí solo. - Indecisión sobre sus actividades.

A continuación indicaremos el proceso seguido desde que el adolescente empieza el tratamiento y tomaremos 1 caso de cada esfera de personalidad con el objeto de ejemplificar la aplicación de la Guía. La información del procedimiento aplicado a cada uno de los pacientes y los resultados de los Instrumentos de evaluación permanecen en archivo y serán sujetas a revisión si así se lo requiere, protegiendo la identidad de los sujetos en cuestión.

Paciente #1

Esta paciente de 16 años de edad estudiante, con una mamá y una abuela diagnosticadas de Diabetes tipo II, tenía muchos conflictos de relación con su padre y sus hermanas que las llamaba “las sanas” ella pensaba que su padre y sus hermanas tenían algo en contra de ella, llevándola a tener comportamientos muy agresivos y autodestructivos, tanto así como que un día pensó oír a su padre y sus hermanas tramar “algo” en contra de ella y huyó de su casa antes de que le hagan algo, causando la desesperación de su madre y la traída al centro. La paciente 1 mostró en los inventarios de depresión y ansiedad resultados dentro del rango de la normalidad, en el cuestionario de personalidad de la SEAPSI se encuentra dentro de las personalidades con déficit de en la relación, con rasgo predominantes en el tipo esquizoide. En el Inventario de estrategias de afrontamiento hablo de lo difícil que le resulta disfrutar de las relaciones familiares, su falta de amistades y su indiferencia ante la situación de su enfermedad.

Al momento de empezar con la aplicación de los bloques propuestos en la Guía, las primeras sesiones se le noto muy desmotivada y retraída, luego de esto dejo de venir a las actividades programadas, sin embargo cuando estuvo asistiendo realizó las tareas solicitadas. Su madre asistió a conversar conmigo y las cosas en casa habían mejorado de alguna manera, sin embargo no se logró que la paciente regrese a concluir con las actividades propuestas en la Guía.

Paciente #2

Esta paciente de 19 años de edad estudiante universitaria, con una familia estable y preocupada por ella, su madre está constantemente pendiente de su alimentación, cuidándola, lo que le causa molestias dado que se siente diferente y no le gusta que en la casa de la abuela a ella le sirvan otra cosa, la paciente tiene conflictos con su imagen corporal, cuenta que ahora se siente tranquila porque ha bajado de peso y se siente mejor con esto, luego comenta que ella solía vomitar su comida y fue en algún momento diagnosticada con Bulimia, piensa que esto es algo superado y que la Diabetes es parte de su vida, la acepta y trata con ella de la mejor manera. Al aplicar los instrumentos de evaluación se encontró en el inventario de Beck de ansiedad un valor leve de la misma, sin embargo en el cuestionario de Hamilton los valores salieron dentro del rango de la normalidad, en la aplicación del cuestionario de personalidad la esfera Comportamental fue la más alta con rasgos predominantes en el área Inestable, algo importante surgió en el inventario de estrategias de afrontamiento donde se pide hablar sobre el hecho o situación que ha sido muy estresante para ella en el último mes, donde la paciente pone “Me estresa el saber que mi vida no puede ser la misma de antes, aunque todos digan que si no

entienden porque ellos no están en esta situación, me estresa saber que lo que yo quería para mi vida se convirtió en tal solo un sueño frustrado...” esto es algo que me llama la atención dado que en la entrevista parecía muy calmada y estable. Esto es lo interesante de aplicar estos inventarios, dado que nos permiten ver más allá de lo que los pacientes quieren mostrar. Las sesiones de la Guía transcurrieron sin inconvenientes, las actividades del Bloque IV le gustaron y sirvieron mucho a esta paciente, el indicarle que cada persona reacciona de diferente manera ante las situaciones y que esto está bien logro que ella se sienta más calmada, los bloques fueron cumplidos en su totalidad y se notó el interés prestado, se estableció una relación muy buena con la paciente y se logró hacer el seguimiento adecuado.

Paciente #3

Paciente de 17 años de edad, su madre extranjera y muy exigente, su padre un médico reconocido de la ciudad, ella diagnosticada desde los 8 años de edad muy tranquila y segura con su enfermedad, al momento estaba saliendo del colegio para entrar a la universidad y esa era su mayor preocupación, llegaba generalmente tarde a las sesiones, pedía disculpas y nada había pasado, decía estar muy tranquila porque tiene su enfermedad bajo control, sin embargo no asistía a controles médicos y tenía una uña con un hongo terrible que no se hacía ver por miedo a que le quiten la uña, el médico le había dicho que no se las pinte dado que era necesario controlar el desarrollo del mismo, sin embargo todos las sesiones tenía un color diferente, trataba de llamar la atención de cualquier manera, luego de la aplicación del cuestionario de personalidad no fue sorpresa encontrarla dentro de la esfera afectiva con rasgos muy marcados de personalidad histriónica y ciclótica. Al iniciar las sesiones se fueron abordando los temas con mucha facilidad y tranquilidad, se notaba su compromiso y ganas de aprender, el Bloque III fue muy importante para ella tocando el tema de autoconocimiento y amor propio, recordemos que las personalidades histriónicas buscan aprobación del otro. Así la paciente poco a poco fue cediendo en su énfasis de no necesitar del médico y asistió a las sesiones con el endocrinólogo, al momento de llegar al Bloque V y tocar el tema familiar, fue una sorpresa encontrar que ella sentía cierta clase de abandono por parte del padre y mucha presión y fuerza por parte de la madre en el tema de su enfermedad, así que se logró superar estos sentimientos encontrados mediante el fortalecimiento del rol de apoyo de los padres.

Paciente #4

Este paciente de 20 años único hijo de padres en la carrera de la docencia, pensaba que su meta en la vida era siempre ser el mejor, pero al enterarse de su Diabetes Tipo I sus sueños se derrumbaron dado que sintió que con esto el no valía como antes, sus esfuerzos por negar esta enfermedad crónica y demostrar estar bien se iban al piso cuando sus glicemias tenían picos altos o bajos, esto causo en el paciente mucho estrés y frustración al

inicio, al pasar el tiempo fue aceptando su enfermedad y la fue controlando de manera más satisfactoria, decía que tal como en los estudios la Diabetes no va a ganarle, pero aunque trataba de hacer las cosas al pie de la letra no entendía que la enfermedad no debe ir atrás de él sino a su lado y de la mano salir adelante, no es menos importante que él, es parte de él. Su esfera de personalidad es Cognitiva con rasgos marcados de personalidad anancástica, hicieron que los bloques I y II sean muy importantes para el dado que aunque decía conocer su enfermedad siempre la vio como algo negativo, una mancha en su presente y su futuro, pero al realmente aceptarla logro tener un mejor manejo y control de sus glicemias y por ende de su Diabetes.

Como conclusión es importante mencionar que todos los estilos de personalidad presentan una adherencia satisfactoria con las estrategias de la Guía. Además demostraron manejar sus estilos de afrontamiento de diferente manera. Ciertos tipos de personalidad claramente son más factibles a la aceptación positiva y activa de esta Guía que otros. En la aplicación de la misma encontramos que las personalidades de tipo AFECTIVO receptan y emplean mejor en su vida los puntos tratados, dado que involucran muchas actividades de afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, apoyo emocional, confrontamiento emocional, etc.

Como recomendaciones de acuerdo a los estilos de afrontamiento, al ser una Guía bastante activa, es importante tener precaución al momento de aplicar a las personalidades de la esfera relacional y comportamental dado que algunos rasgos de personalidades como son los que poseen las personalidades: Evitativa, el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad, Esquizoide, Dependiente, Trastorno Disocial de la Personalidad, etc. tienen características de introversión, pasividad, evitación, posible vulnerabilidad al uso de sustancias, acomodación, retraimiento, etc. que dificultan la efectividad y cumplimiento del propósito de la Guía.

Si bien esta Guía tiene un resultado positivo en la mayoría de los rasgos de personalidad presentados por los adolescentes, es importante tomar en cuenta cada tipo de personalidad antes de aplicar todos los ítems que presenta la misma. Recordando que hemos propuesto diferentes actividades al inicio de esta Guía para ser aplicados de manera más personalizada cuando sea necesario.

CONCLUSIONES

Luego de haber diseñado y aplicado la Guía Psicoeducativa para trabajar desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano con Adolescentes Diagnosticados de Diabetes Tipo I, concluyo que es posible aplicarla en adolescentes que presentan esta enfermedad.

Las teorías integrativas utilizadas actualmente en el tratamiento de enfermedades crónicas son eficaces al momento de aplicarlas desde el ámbito de la psicoeducación, en este aspecto utilizamos las corrientes Argentina y Ecuatoriana.

La adolescencia es una etapa que puede o no ser conflictiva, dependerá de cómo cada uno decida afrontar su realidad, sin embargo este desarrollo natural se convierte en algo más complicado al momento de ser diagnosticado de una enfermedad crónica, como lo es la Diabetes Tipo I. Al concluir esta tesis observamos por qué es necesario tener una visión amplia de este periodo de la vida del ser humano, para entender las razones de los adolescentes para actuar como lo hacen y por qué estos son los que más necesitan ser escuchados, entendidos, aconsejados, y, amados ya que las propias características de su crecimiento muchas veces los lleva a sentirse vulnerables, solos, deprimidos y en conflicto, es por eso que los padres o cuidadores juegan un rol muy importante en sus vidas.

Al realizar un análisis teórico, partiendo específicamente de la definición de la enfermedad de la Diabetes, sus causas, manifestaciones y tratamiento, se puede llegar a una mejor comprensión de ésta para así mejorar la calidad de vida de los adolescentes tratados.

En este trabajo nos propusimos realizar una Guía Psicoeducativa para trabajar desde el Modelo Integrativo con el objeto de servir de apoyo a los profesionales que tratan con pacientes diagnosticados de Diabetes tipo I, en el conocimiento del manejo psicológico de los adolescentes.

La Guía se estructuró en base a la realidad observada que viven los adolescentes en nuestro medio y enfocada al conocimiento de cómo los rasgos de su personalidad influyen en la receptividad de esta Guía para el correcto manejo de su enfermedad.

La manera más eficaz de corroborar la efectividad de la Guía fue por medio de la notoriedad del cambio de los adolescentes en cuanto a cómo manejaban su enfermedad, además de lo comentado por sus padres y profesionales con los que tratan dentro de la "Fundación Casa de la Diabetes". Se concluye entonces que la Guía es de utilidad.

Se cumple el compromiso de ayudar a los adolescentes en la construcción de una estructura emocional sólida que no se vea afectada por los altibajos propios de una enfermedad crónica que trae consigo mucha inseguridad acerca del futuro.

Se entiende que los adolescentes presentan rasgos de estas esferas de personalidad que pueden ser flexibilizados por medio de la psicoeducación en un entorno de motivación y apoyo constante.

Los adolescentes se vieron beneficiados en el mejoramiento de su autoestima y en la liberación de cadenas mentales emocionales que permitieron un mejor desenvolvimiento social y control de la enfermedad, al igual que la psicoeducación permitió que el paciente esté preparado mentalmente para prevenir recaídas en momentos de ansiedad y angustia.

Se conoció cuáles son los tipos de personalidad más efectivos para la receptibilidad de la Guía y cómo la aplicación de la misma ayudó en su comportamiento.

Concluimos la Guía con lo siguiente: “Las personalidades afectivas son las más receptivas para la aceptación y manejo positivo de la enfermedad, así como también para la aplicación satisfactoria de la Guía.”

RECOMENDACIONES

La aplicación de esta Guía ha sido de gran ayuda para los adolescentes con Diabetes Tipo I. En caso de que luego de estas sesiones de psicoeducación el paciente siga con una visión negativa de su vida y su enfermedad, aunque sean bastante más disminuidos que la ocasión anterior, se recomienda que el paciente asista a sesiones de terapia individual, las mismas que de ser posible deberán seguir la corriente ya aplicada (Integrativa) dado que la misma demuestra tener resultados satisfactorios en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Es igual de importante el manejo psicológico del paciente como el manejo clínico y nutricional para lograr un equilibrio en el manejo de la enfermedad.

Para optimizar los resultados es necesario hacer una sesión de seguimiento ya sea telefónica o presencial como máximo 30 días después de la última sesión, para así mantener el contacto con los pacientes y poder determinar si necesitarían de algún otro elemento de apoyo para salir adelante o corroborar su mejoría.

Es posible y necesaria la socialización de esta Guía con los profesionales que tratan con adolescentes con Diabetes Tipo I ya que está diseñada para ellos, para que

comprendan mejor las repercusiones psicológicas de esta enfermedad y puedan saber cómo tratar de manera asertiva con este tipo de pacientes.

Se recomienda tomar en cuenta este trabajo por lo que pongo a disposición de la Fundación Casa de la Diabetes para el futuro, en base a los óptimos resultados, siempre y cuando su aplicación sea realizada por un profesional de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Balarezo, L. (s.f.). "Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad". En B. Lucio, *"Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad"* (pág. 17). Quito: UNIGRAF.

Balarezo, L. (s.f.). *"Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad"*. Quito: UNIGRAF.

Contreras Francoise, c. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal. *Universidad Santo Tomás, Bogotá Colombia*.

Fernández A, H. (2011). *"Paisajes de la Psicoterapia" Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos.

Fernández A. Héctor, O. R. (s.f.). *"La Integración en Psicoterapia" Manual Práctico*. Barcelona: Paidós.

Fernández Álvarez, H. (1992). *"Fundamentos de un modelo Integrativo en Psicoterapia"*. Buenos Aires: Paidós.

Papalia. Diane E, Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman. (1998). "El Desarrollo Humano". Usa: McGrawHill

LINKOGRAFÍA

"Día mundial de la Diabetes, una enfermedad que aumenta en las Américas". (29 de noviembre de 2011). Recuperado el 16 de febrero de 2012, de http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6176&Itemid=259>

"El término Diabetes: aspectos históricos y lexicográficos.". (s.f.). Recuperado el noviembre de 2012, de http://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n15_tribuna-DiazRojo.pdf

"Estudio del Psicoanálisis y Psicología". (2006). Recuperado el julio de 2012, de <http://psicopsi.com/Inventario-de-ansiedad-de-Beck>

"Guía Informativa sobre la Diabetes". (s.f.). Recuperado el enero de 2013, de <http://www.publispain.com/diabetes/diabetes-clasificacion.html>

Apsique. (1998). "Introducción a la Psicología del Desarrollo". Recuperado el febrero de 2012, de http://www.apsique.com/wiki/Desalntro_desa

Atienza, J. D. (1995). "Tratamiento psicológico en el niño / adolescente diabético". Obtenido de <http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/diab.pdf>

D'Arcy Lyness, P. (septiembre de 2010). *Kidshealth*. Recuperado el 26 de marzo de 2013, de http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/deal_chronic_illness_esp.html#

Frank. (2011). "Libros de Psiquiatria". Recuperado el noviembre de 2012, de Editorial Paidós: <http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/diab.pdf>

Hernández, J. M. (2010). *Guía Psicoeducativa Grupal para la Prevención de Estilos de Vida Insanos y la Mejora de las Relaciones Humanas*. Recuperado el noviembre de 2012, de <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/2010GUIApsicoeducativa.pdf>

M.J. Martínez Chamorro, I. L. (2002). "Perfil Psicosocial de Niños y Adolescentes con Diabetes Mellitus". Recuperado el Febrero de 2012, de Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León: http://www.sccalp.org/boletin/180/BolPediatr2002_42_114-119.pdf

Neumors, F. (2011). *Kids Health*. Recuperado el julio de 2012, de http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/convivir_diabetes/debut_fase_adaptacion.htm.

Población, C. d. (1999). Recuperado el noviembre de 2012, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_OO.7_spa.pdf

Rosados, D. (2008). *Test de Depresion de Beck*. Recuperado el junio de 2012, de www.picomag.com

Salud, O. M. (noviembre de 2000). "Qué ocurre con los muchachos?". Recuperado el febrero de 2012, de http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_00_7/es/index.html

Velástegui, M. (s.f.). "Estrés desde la Perspectiva Focalizada en la Personalidad".

Wikipedia. (2013). *Wikipedia*. Obtenido de http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus#Clasificaci.C3.B3n

Entrevista a Mst. Mayra Velástegui sobre sus estudios acerca de el "Estrés desde la Perspectiva Focalizada en la Personalidad"



CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

Nombre _____ Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	
c	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo	
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto	
Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco		
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella	
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable	
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta	
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme	
	Me gusta ser reconocido por lo que hago	
Me agrada que los demás me vean atractivo		
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás	
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío	
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agrandar a los demás	
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado	
	Mi vida social es reducida	
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación	
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales	
Tengo dificultades para hablar de mí mismo ante los demás		
d	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación	
	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado	

	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo	
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen	
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas	
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados	
	Soy obediente ante mis superiores y jefes	
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros	
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante	
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo	
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones	
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales	
	Prefiero hacer las cosas solo	
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas	
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza	
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente	
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría	
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas	
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás	
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean	
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común	
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro	
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás	
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza	
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales	
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones	
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	
	Temo que los demás quieran hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	
ds	Reniego de las normas sociales y legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	
	En la niñez solía causar daños a los animales	
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	
	Cuando estoy con iras expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas	
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas	
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás	
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira	
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades	
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo	
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento	
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo	
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer	
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado	
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias	
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones	
APRECIACIÓN		

CALIFICACIÓN

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, la repuesta oscila entre 0 - 10. Luego estos resultados se trasladan a la siguiente tabla:

Escala										
10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
0										
P	h	c	a	p	ds	i	ev	d	e	ez
	Personalidades Afectivas	Personalidades Cognitivas	Personalidades Comportamentales	Personalidades con déficit en la relación						

ANEXO # 2

INVENTARIO DE BECK DEPRESIÓN

Instrucciones para el entrevistador para la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck

Se han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

Rutina de aplicación

Diga al paciente: "Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY".

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: "Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo". Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: "Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA, incluyendo HOY"

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice "la primera afirmación", puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

Instrucciones adicionales

A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.

B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, ó 2.

D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígame al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxico. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total.

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mí mismo.
- Me odio a mí mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.

- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.

- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
 - Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
 - Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
 - He perdido por completo mi interés por el sexo.
-

ANEXO # 3

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes a la ansiedad. Lea cada uno de los enunciados atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana, incluyendo hoy:

1.- Torpe o entumecido

- . Ausente
- . Levemente
- . Moderadamente
- . Severamente

2.- Acalorado

- . Ausente
- . Levemente
- . Moderadamente
- . Severamente

3.- Con temblor en las piernas

- . Ausente
- . Levemente
- . Moderadamente
- . Severamente

4.- Incapaz de relajarse

- . Ausente
- . Levemente
- . Moderadamente
- . Severamente

5.- Con temor a que ocurra lo peor

- . Ausente
- . Levemente
- . Moderadamente

. Severamente

6.- Mareado o que se le va la cabeza

. Ausente

. Levemente

. Moderadamente

. Severamente

7.- Con latidos del corazón fuertes y acelerados

. Ausente

. Levemente

. Moderadamente

. Severamente

8.- Inestable

. Ausente

. Levemente

. Moderadamente

. Severamente

9.- Atemorizado o asustado

. Ausente

. Levemente

. Moderadamente

. Severamente

10.- Nervioso

. Ausente

. Levemente

. Moderadamente

. Severamente

11.- Con sensación de bloqueo

. Ausente

. Levemente

. Moderadamente

. Severamente

12.- Con temblores en las manos

. Ausente

13.- Inquieto, inseguro	<input type="radio"/> . Levemente
	<input type="radio"/> . Moderadamente
	<input type="radio"/> . Severamente
14.- Con miedo a perder el control	<input type="radio"/> . Ausente
	<input type="radio"/> . Levemente
	<input type="radio"/> . Moderadamente
	<input type="radio"/> . Severamente
15.- Con sensación de ahogo	<input type="radio"/> . Ausente
	<input type="radio"/> . Levemente
	<input type="radio"/> . Moderadamente
	<input type="radio"/> . Severamente
16.- Con temor a morir	<input type="radio"/> . Ausente
	<input type="radio"/> . Levemente
	<input type="radio"/> . Moderadamente
	<input type="radio"/> . Severamente
17.- Con miedo	<input type="radio"/> . Ausente
	<input type="radio"/> . Levemente
	<input type="radio"/> . Moderadamente
	<input type="radio"/> . Severamente
18.- Con problemas digestivos	<input type="radio"/> . Ausente
	<input type="radio"/> . Levemente
	<input type="radio"/> . Moderadamente

19.- Con desvanecimientos

. Severamente

. Ausente

. Levemente

. Moderadamente

. Severamente

20.- Con rubor facial

. Ausente

. Levemente

. Moderadamente

. Severamente

21.- Con sudores, frios o calientes

. Ausente

. Levemente

. Moderadamente

. Severamente

ANEXO # 4

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE 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:

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

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>				
2	Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>				
3	Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>				
4	Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>				
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>				
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.	<input type="radio"/>				
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>				
8	Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>				

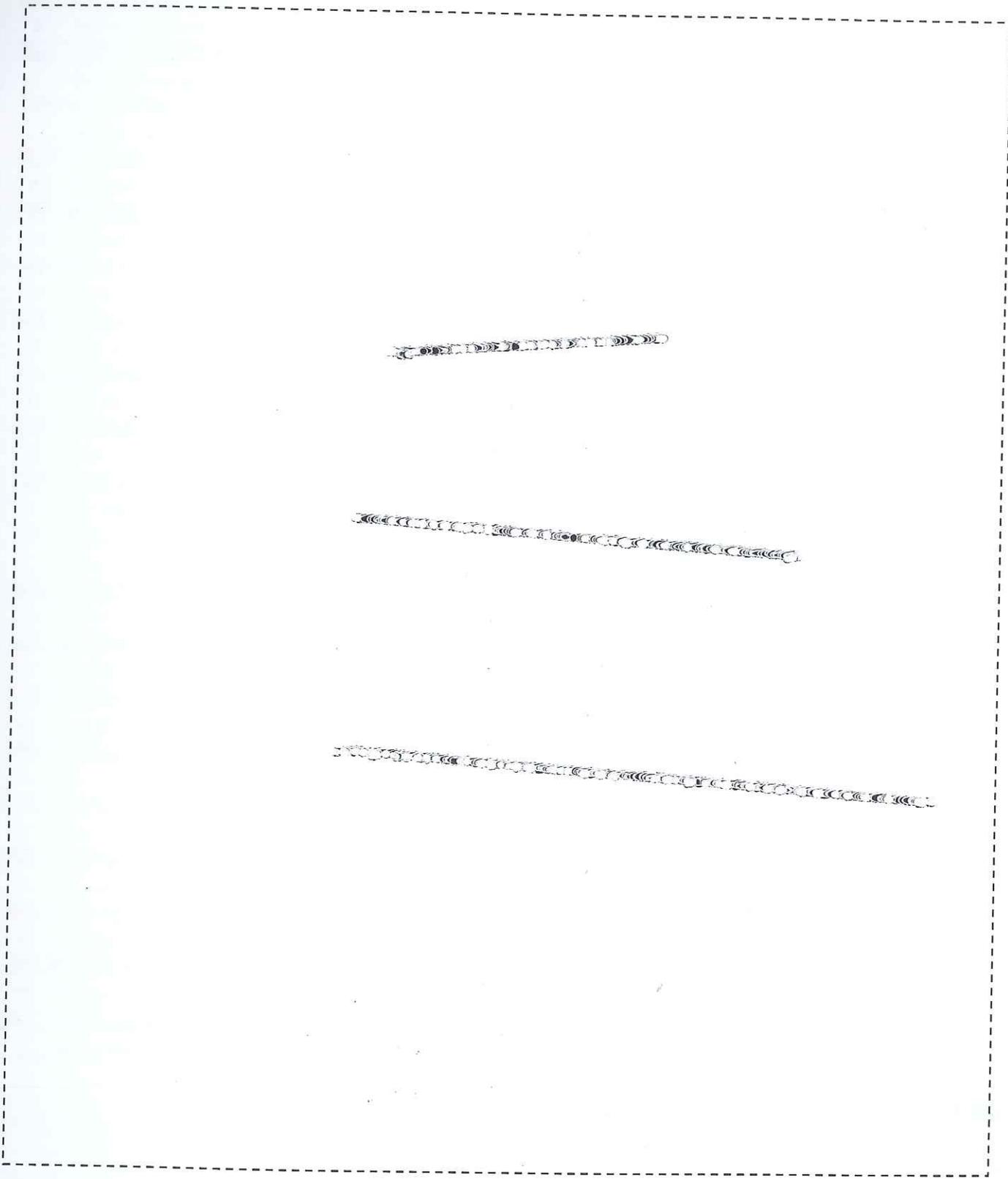
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>				
10	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>				
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>				
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>				
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).	<input type="radio"/>				
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.	<input type="radio"/>				

ANEXO 5

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								

A cumplimentar por el evaluador

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)

Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)

Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

ANEXOS