



Departamento de Posgrados

Maestría en Psicoterapia Integrativa Enfocada en la Personalidad

Versión III

Tema:

“Asesoramiento Psicológico para Mejorar la Adherencia en el Tratamiento Médico de Pacientes que Presentan Diabetes Mellitus Tipo 2”.

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Magister en Psicoterapia Integrativa.

Autora:

Dra. Jéssica Jaramillo Oyervide.

Directora:

Mgst. Johanna Ortega Jaramillo.

Cuenca – Ecuador

2016

Agradecimiento

A mi familia por el cariño, apoyo y motivación constante para continuar.

Al Dr. Waldo Calle a su apertura y entendimiento de que los pacientes sanan en cuerpo y alma lo que ha permitido brindar una atención integral y plasmar en este trabajo una forma diferente de atención.

A las Educadoras en Diabetes constantes aliadas.

A la Mgt. Johana Ortega que gracias a sus recomendaciones y guías dieron a este trabajo un contenido valioso.

Resumen

Objetivo: Realizar un asesoramiento psicológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 para que mejoren la adherencia al tratamiento médico.

Contexto: La adherencia al tratamiento es de vital importancia para el control diabetológico, de ello depende el bienestar del paciente. Para esta investigación se utilizó metodología de estudio de caso en 5 pacientes que previamente mostraron incumplimiento de tratamiento debido a ideas erróneas, temores y conocimiento inadecuado de la enfermedad. El asesoramiento psicoterapéutico fue desde el Modelo Integrativo de la Personalidad que ayudó a que el abordaje sea más equilibrado en la relación, puntual y directo bajo el conocimiento de los rasgos de personalidad.

Conclusión: Los resultados indicaron que, los pacientes que tienen una intervención adecuada, aprenden y entienden mejor su enfermedad crónica la adherencia al tratamiento mejora, en los 5 casos, luego del proceso, se vio franca mejoría en su control diabetológico mediante la aplicación del examen de Hb. A1c que indica el comportamiento de la glucosa en sangre, cuyos resultados fueron menores que del examen inicial demostrando mejoría.

Palabras claves: Diabetes, pacientes, adherencia, asesoramiento, personalidad.

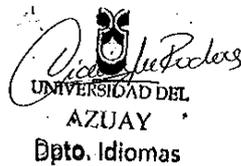
ABSTRACT

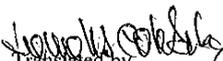
Objective: To carry out psychological counseling in patients with type 2 diabetes mellitus to improve adherence to medical treatment.

Background: Adherence to treatment is of vital importance for diabetes control, since the patient's welfare depends on it. For this research, case-study methodology was used in 5 patients who previously showed treatment failure due to misconceptions, fears and inadequate knowledge of the illness. Psychotherapeutic counseling was performed from the Personality-Focused Integrative Model, which helped the approach to be more balanced, timely and direct in relationship to the knowledge of personality traits.

Conclusion: The results indicated that patients with appropriate intervention learn and understand better their chronic disease, and the adherence to the treatment improves. After the process, the 5 cases showed an improvement in their diabetes control as a consequence of the application of the *A1c test (HbA1c)*, which indicates blood glucose behavior; whose results in this case were lower than the initial examination.

Keywords: Diabetes, Patients, Adherence, Counseling, Personality.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice de contenidos:

Agradecimiento	I
Resumen	II
Abstract	III
Introducción	1
Capítulo I: Diabetes	3
1. Introducción	3
1.1 ¿Qué es diabetes?	3
1.1.1 Diabetes controlada	4
1.1.2 Diabetes descontrolada	5
1.2 Persona con diabetes	7
1.2.1 Reacciones emocionales de las personas con diabetes	8
1.2.2 Cambios en el estilo de vida para lograr un control adecuado de la diabetes	11
1.3 Conclusiones	13
Capítulo II: Modelo integrativo focalizado en la personalidad	14
2 Introducción	14
2.1 Modelo integrativo ecuatoriano	14
2.1.1 Concepto y estructura de la personalidad	16
2.1.2 Clasificación según los rasgos de personalidad	21
2.2 Psicoterapia integrativa	24
2.2.1 Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad	27

2.2.2 Relación psicoterapéutica focalizada en la personalidad	32
2.3 Conclusiones	34
Capítulo III: Adherencia al tratamiento médico	35
3 Introducción	35
3.1 Adherencia	35
3.1.1 Reconocimiento de las motivaciones para no cumplir el tratamiento	39
3.1.2 Manejo adecuado de los pacientes negligentes	43
3.2 Tipos de personalidad y adherencia	46
3.2.1 Personalidad con predominio cognitivo	49
3.2.2 Personalidad con predominio afectivo	50
3.2.3 Personalidad con predominio comportamental	51
3.2.4 Personalidad con déficit relacional	53
3.3 Conclusiones	55
Capítulo IV: Asesoramiento psicológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.	57
4 Introducción	57
4.1 Procedimiento	57
4.1.1 Metodología de investigación: Estudio de caso	60
4.2 Aplicaciones psicoterapéuticas	61
4.2.1 Descripción de casos	67
4.2.1.1 Paciente 1	67

4.2.1.2 Tabla 1	69
4.2.1.3 Paciente 2	73
4.2.1.4 Tabla 2	75
4.2.1.5 Paciente 3	79
4.2.1.6 Tabla 3	81
4.2.1.7 Paciente 4	85
4.2.1.8 Tabla 4	87
4.2.1.9 Paciente 5	91
4.2.1.10 Tabla 5	93
Conclusiones Generales	96
Recomendaciones	98
Bibliografía	99
Anexos	105

Introducción

Este trabajo de investigación se basa en la necesidad que tienen las personas con enfermedades crónicas, Diabetes Mellitus tipo 2, de encontrar dentro de sus habilidades los recursos suficientes para afrontarla y lograr vivenciar un proceso de aceptación de una manera saludable y duradera que le permita adherirse al tratamiento y controlar su enfermedad a largo plazo mejorando su calidad de vida.

Conscientes de que la Diabetes y su control es de difícil manejo, especialmente por los daños incapacitantes e irreversibles que pueden ocasionar si no es bien controlada, que demandan cambios profundos por parte de las personas que la padecen, y estos necesitan ser permanentes, en el cumplimiento del tratamiento y en la adquisición de nuevos hábitos saludables que van desde el cuidado alimenticio, ejercicios regulares, hasta cambios en las estructuras de pensamientos, que permitan manejar adecuadamente las preocupaciones, resolución de conflictos personales e interpersonales, ya que todo este espectro influye en la estabilización del estado de ánimo (que tiene mucho que ver con las hiperglucemias) de lo contrario se arriesga que las personas con diabetes se desmotiven, abandonen o incumplan su tratamiento.

Uno de los pilares fundamentales del éxito de este proceso es que las personas con Diabetes aprendan a reconocer sus habilidades y fortalezas personales con las que puedan afrontar los cambios exigidos, conozcan sobre su enfermedad lo más posible, tanto las complicaciones que se puedan presentar como las diferentes posibilidades de tratamiento y con ello aprendan a “vivir bien con diabetes”.

En el primer capítulo se plantea lo que es la Diabetes, los daños que provoca si no se controla bien, las posibilidades de manejo y tratamiento de la enfermedad, la necesidad de brindar un

trato adecuado a las personas con Diabetes (entendiendo que el término enfermo genera sentimientos de minusvalía), las reacciones emocionales negativas que se generan con el diagnóstico, la vivencia de una enfermedad que acompañará toda la vida y los cambios que se tienen que hacer en el estilo de vida para controlarla.

En el segundo capítulo se expone las bases teóricas del Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la Personalidad, sus conceptos básicos: personalidad, estructura y clasificación, la conveniencia de usar este enfoque para realizar un trabajo psicoterapéutico mejor direccionado, cómo establecer una relación terapéutica y llevar un proceso. Además, se consideran dentro del Modelo Integrativo a sus principales exponentes latinoamericanos y las aportaciones que hacen a la psicoterapia.

En el tercer capítulo se analiza los conceptos de Adherencia al tratamiento médico, sus condiciones y factores intervinientes, características de pacientes negligentes, formas de abordaje asociadas a sus características de personalidad.

En el cuarto capítulo se describe la Metodología, el Procedimiento y las Aplicaciones Psicoterapéuticas utilizadas en cada uno de los 5 casos motivo de este trabajo de investigación. Finalmente se plantean las conclusiones generales a las que se ha llegado y las recomendaciones pertinentes.

Capítulo I

Diabetes

1. Introducción

En este capítulo se presenta información básica sobre Diabetes Mellitus tipo 2, su categoría de enfermedad crónica, las condiciones para mantenerla controlada, las complicaciones y daños irreversibles si se descontrola por un tiempo prolongado. Se plantea también un enfoque que da cuenta de la necesidad de ver al paciente como una “persona con diabetes”, no como una entidad clínica solamente.

Los requerimientos de cambio en el estilo de vida, a más del tratamiento médico, necesarios para el control de la enfermedad y la necesidad del que el personal de salud sepa apoyar al paciente para que los implemente a largo plazo. El proceso de aceptación que debe existir para que logre adherirse al tratamiento y para que aprenda a vivir con diabetes.

1.1 ¿Qué es Diabetes?

Para la Organización Panamericana de la Salud (2001) la Diabetes Mellitus 2 (DM), “es una condición crónica en la que el cuerpo no produce insulina o no la utiliza apropiadamente resultando en hiperglucemias o exceso de glucosa en la sangre”, Roales & Nieto (1993) refieren que “se asocian a otras anomalías del metabolismo lipídico y proteico, condicionado por factores genéticos y/o ambientales, que tiene una propensión al desarrollo ulterior de complicaciones vasculares específicas (microangiopáticas) e inespecíficas (macroangiopáticas) y que se debe a un defecto en la secreción y/o actividad de una hormona, la insulina”.

Las complicaciones crónicas dependen del control glucémico que el paciente haya tenido a lo largo de su DM, entre las complicaciones más comunes tenemos la Retinopatía (problemas visuales), Nefropatía (daño renal), Neuropatía que se evidencia en dolores, calambres, parestesias, disfunción sexual, mala cicatrización de lesiones, que predispone a amputaciones, entre otras, sabiendo que estos daños son irreversibles.

1.1.1 Diabetes controlada

“Mantener los niveles de glucosa lo más cercano a niveles normales previene y/o retrasa la aparición de las complicaciones asociadas a la Diabetes” (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993).

Una de las condiciones necesarias para que los daños, que esta enfermedad ocasiona, no se presenten es el control estricto y permanente de los niveles de glucosa, que deben estar en ayunas entre 70 y 120 mg/dl., dos horas después de comidas hasta 140mg/dl con A1c. menor a 6,5% según la guía ALAD (Sociedad Latinoamericana de Diabetes, 2006).

Al utilizar el término “estricto” se entiende que la vida de las personas con diabetes está llena de restricciones, limitaciones y cuidados especiales, en realidad lo necesario es lograr algo conocido como CATEV (cambios terapéuticos en el estilo de vida). La Organización Mundial de la Salud (1986) definió “el estilo de vida como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.

López - Carmona, Rodríguez - Moctezuma, Ariza – Andraca y Martínez - Bermúdez (2004) plantean que “en los dominios que integran el estilo de vida se ha incluido conductas y

preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo”.

En definitiva, un buen control de la diabetes resultaría del equilibrio que se logre entre estos factores: aceptación de enfermedad, equilibrio emocional, lograr que el paciente se empodere y sea activo en las acciones que se deban tomar para hacerle frente a su enfermedad, alimentación adecuada y ejercicio suficiente y continuo.

La persona con diabetes controlada disfruta de una vida armoniosa, mucho de lo que se les recomienda, que es lo que debemos hacer todos, a ellos con antesala de enfermedad crónica, se lo asume como prioritario, pueden vivir muchos años sin que se presenten complicaciones y desarrollarse en todos los ámbitos, sumando su disciplina que de por sí ya es un beneficio.

1.1.2 Diabetes descontrolada

Una de los inconvenientes de esta enfermedad es que los daños que se dan en el organismo en sus comienzos son silenciosos y lentos, generando en los pacientes la posibilidad de creer que en ellos no se van a presentar y desapegándose de las recomendaciones que el especialista les pueda brindar. Cuando hablamos de diabetes descontrolada es relevante conocer los daños que las hiperglucemias sostenidas provocan, según las Guías ALAD (2006) son:

Complicaciones oftalmológicas: Siendo la diabetes la segunda causa de ceguera en el mundo, la padecen entre un 20% a 80% de los pacientes, entre un 10 a 15 % de pacientes pueden tener Retinopatía diabética y hasta este momento ningún fármaco o tratamiento han demostrado poder prevenir o tratarla, causando pérdida permanente de la agudeza visual.

Complicaciones renales: Se evidencia en un 10 al 25% de los pacientes, cuando este proceso se cronifica el paciente presenta fallas en la tensión arterial, insuficiencia cardíaca, anemia, y cuando llega a falla renal terminal el paciente necesita diálisis o trasplante de riñón, si es que el organismo deteriorado aguanta, en el proceso debe considerar también los altos costos que esto implica tanto para el paciente como para el sistema de salud.

Complicaciones neurológicas: La Neuropatía diabética es la más frecuente y precoz, su evolución y gravedad se correlacionan con el tiempo en que el paciente tiene diabetes y el tiempo que ha durado el descontrol, se caracteriza por disestesias (percepción anómala y distorsionada de la sensibilidad) como sensación de hormigueo, agujas, punzadas, y parestesias con predominio nocturno, pérdida de la sensibilidad, dolor agudo localizado de comienzo brusco seguido de parálisis, pérdida de peso, debilidad muscular, arreflexia, disminución de los umbrales de sensibilidad, disminución de la fuerza, sensación de dolor o ardor características de las neuropatías periféricas. En la Neuropatía autónoma se evidencia en el sistema cardiovascular: hipotensión, taquicardia en reposo, infarto y muerte súbita, en el sistema gastrointestinal: retardo en la evacuación gástrica, incontinencia esfinteriana y constipación, en el sistema genitourinario: disfunción sexual, eyaculación retrograda, vejiga neurogénica y alteraciones varias como: sudoración excesiva, retardo en la reacción pupilar, anhidrosis, intolerancia al calor.

Como se puede observar los daños son varios, multinivel e irreversibles en la gran mayoría de los casos, todos están vinculados a un mal control glucémico por lo que se hace relevante hacer todo lo posible para que el paciente afronte de la mejor manera su diagnóstico y se adhiera al tratamiento correctamente.

1.2 Persona con Diabetes

Hay que considerar lo que es una enfermedad crónica (larga duración y de progresión lenta) y en este caso hasta ahora incurable. Lo crónico también es considerado “para toda la vida” y ésta sola asociación puede generar gran incertidumbre y temores variados, agravados por un sin número de ideas erróneas que en nuestra cultura se encuentran: “tiene que comer solo verduras”, “tiene que estar de dieta el resto de la vida”, “nunca más puede probar dulces”, etc. El “no puede” o la prohibición tácita genera temor e incertidumbre, además que no es estrictamente necesario, pero al ser dicho por profesionales de la salud que no consideran que el diagnóstico es ya un impacto fuerte, la prohibición es aniquiladora y los cambios para que sean adaptativos tienen que ir a medida que el paciente logre asimilar su nueva realidad, hay restricciones, pero al explicarle al paciente de una forma pro-positiva se logra estabilizar y brindar esperanzas de bienestar, a pesar de todo.

Otro estilo interesante es manejar la diferencia entre paciente con diabetes y persona con diabetes, el término persona conlleva respeto y consideración al ser humano en una visión integral, remarca el concepto de mayores capacidades y habilidades, mientras que el término paciente sinónimo de enfermedad para muchos entenderes, genera situarse en la posición de “enfermo”, que necesita asistencia, capacidades disminuidas que generan un auto concepto pobre y con pocas probabilidades de mejora su calidad de vida.

Al asumir esta diferenciación, el profesional de la salud tiene la oportunidad de realizar un trabajo adecuado e integral, considerar que la Persona con Diabetes no es sólo glucosa elevada, sino el ser humano que tiene que sobreponerse a las desarmonías de su organismo y además vivir bien. El profesional de la salud mental debe lograr que el paciente use sus habilidades personales

de una forma efectiva para que su recuperación y mantenimiento sean una garantía de bienestar a largo plazo y aprenda a “*vivir bien con diabetes*”.

1.2.1 Reacciones emocionales de las personas con diabetes

En la observación clínica, las personas con diabetes, muestran con frecuencia diferentes estados de ánimo la mayoría en el plano negativo como: tristeza, labilidad emocional, preocupación, enojo, etc., manifiestan sobre todo inconformidad con su enfermedad, unos lo asocian con su diagnóstico, otros con la dificultad de mantener el tratamiento establecido, por las limitaciones tanto ambientales, económicas o laborales para poder cumplir con los cambios necesarios para su control, otros comentan que el vivir con una enfermedad es “un peso constante y difícil”, les cuesta asumir los cambios especialmente en su estilo de vida, manejo adecuado de emociones y preocupaciones, controlar sus niveles de estrés, el incluir ejercicios, cuidados en su alimentación, etc.

En varios estudios realizados en Latinoamérica como el de Rivas, García, Cruz, Morales, Enríquez, Román (2011) en su artículo: Prevalencia de Ansiedad y Depresión en las Personas con Diabetes Mellitus tipo 2, o en el de Garay Sevilla, ME. (1995) en el Mundo Emocional del Paciente Diabético, Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengar, Medina, Leal, Martínez y R. Cano (2014) y los Aspectos Psicológicos y Personales del Manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, entre otros, plantean que situaciones de estrés y reacciones emocionales se activan desde el momento mismo del diagnóstico.

En enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus “el diagnóstico es el principal evento estresante y en algunos casos inicia una respuesta adaptativa que los lleva a una nueva situación

de salud-enfermedad, el diagnóstico puede tener también un severo impacto sobre la familia y en el trabajo, esta situación puede ser modificada con el apoyo social dado principalmente por sus familiares y amigos y por las actitudes de la sociedad”. (Garay, 1995, p. 2).

El estrés psicológico que se genera frente al diagnóstico de una enfermedad crónica es importante, requiere una respuesta adaptativa, enfrentar el temor al sentirse enfermo, a las complicaciones, al percibirse a sí mismo como una persona vulnerable, en el caso de la diabetes, asumir que se tienen que hacer cambios en el estilo de vida y el necesitar apoyo tanto familiar como social son situaciones reales que lo justifican.

Los niveles elevados de estrés se asocian con el descontrol metabólico y esto puede ser por dos mecanismos: un efecto psicológico por medio del cual el estrés interrumpe las rutinas de conducta relacionadas al manejo de la enfermedad como dieta, ejercicio y la medicación, favoreciendo un deterioro del control metabólico, por otro lado el estrés genera cambios psicofisiológicos, con incremento de secreción de hormonas contra-reguladoras, principalmente catecolaminas y cortisol, lo cual incrementa los niveles sanguíneos de glucosa, pero también hay que considerar el tipo e intensidad del estrés, los rasgos de personalidad del paciente, que pueden explicar las diferentes respuestas del control glicémico a un estresor. (Garay y colaboradores, 2000 p.1). Se convierte así en un círculo vicioso, situaciones de estrés que generan un cambio en el foco de atención de las metas del tratamiento, que alteran y elevan los niveles de glucosa y a su vez estos niveles altos generan mayor estrés y deterioro en el paciente.

El tener diabetes para muchas personas se convierte en un factor de estrés permanente y como lo cita Dubourdieu (2011 p. 59) “el estrés crónico o distrés que lleva a la fase de agotamiento tiene efectos perjudiciales en la conducta, el pensamiento y el funcionamiento, con repercusiones

endócrinas, nerviosas e inmunológicas diversas”, “además de esta cascada de respuestas, otros ejes podrían verse afectados como el eje gonadal, el eje tiroideo, elevación del nivel de glucosa en sangre, disminución de la hormona de crecimiento, aumento de la prolactina, considerada la segunda hormona del estrés”. En la guía (TRUEinsight, 2010) para el control de la diabetes se considera que muchas personas asumen el diagnóstico de diabetes como todo un proceso de pérdida, presentan: negación, temor, ira, enojo, confusión y depresión. Indican que “el primer paso es aceptar su diagnóstico y aprender a manejarlo” considerando que es un proceso lento y esforzado. Rivas y col. (2011 p. 31-32) citan un estudio de Téllez (2004) que intentó determinar la prevalencia de depresión en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 con una muestra de 189 pacientes y estableció como resultado que “la frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 fue alta (39%), destaca como variable asociada a la presencia de depresión un nivel alto de glucemia...”. “Las personas con DMT2 deprimidas, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el auto cuidado y la interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico y bajo control glucémico”. Estos planteamientos determinan que las situaciones emocionales negativas disminuyen la capacidad de mejorar su situación de salud en general y que les predisponen a que las complicaciones de su ya difícil enfermedad minen su bienestar y futuro.

Estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en sangre, evidencian que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en sangre y mejoran al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud. Al plantear un proceso psicoterapéutico que ayude a que las

personas con diabetes a observar esta situación, lograr que usen sus recursos personales propositivos para romper este círculo y mejorar su control.

La aceptación de la enfermedad y la adaptación a los procesos de tratamiento dependen de varios factores, pero uno de los básicos es la capacidad de afrontamiento que las personas tengan. Garay cita a Willoughby y col. (2000 p.2) quien plantea que “las personas que tienen estilos positivos como el de afrontamiento optimista y de apoyo se han asociado con mejor ajuste psicológico y con mejor control glucémico”. Cita también a Grey y col. (2004) “los del tipo evasivo emotivo se han asociado con problemas del ajuste psicológico, regímenes de no adherencia al tratamiento y pobre control glucémico”.

Si estos procesos se dan en el organismo de manera repetitiva y sostenida, alterando su funcionamiento, se hace necesario que las intervenciones del personal de salud se preocupe en considerar la valoración y el tratamiento de la parte emocional de cada persona con diabetes, considerandos los rasgos de personalidad, momento del ciclo de vida o evolutivo en el que se encuentre, la cantidad y calidad de apoyo familiar y social que son importantes tanto para la recuperación como para el mantenimiento a largo plazo del bienestar de cada paciente.

1.2.2 Cambios en el estilo de vida para lograr un control adecuado de la Diabetes

Para conseguir que la diabetes no genere las complicaciones antes mencionadas se considera lo referido en López - Carmona, y col. (2004) “un mayor nivel de conocimientos en relación con la diabetes puede contribuir a mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, del plan alimentario y la actividad física, además de que unos adecuados estados emocionales

contribuyen a un buen estilo de vida, que se traduciría en una mejor calidad de vida en el paciente con diabetes tipo 2”.

Educación Diabetológica, este concepto abarca, todo lo que la persona con diabetes debe conocer para el manejo adecuado de su enfermedad: Qué es la diabetes?, Cuáles son los niveles de glucosa adecuados?, Cómo funciona la insulina en su organismo?, Qué tipo de alimentos son más adecuados?, Cuáles son los beneficios que el ejercicio genera en su organismo?, Cómo las preocupaciones excesivas inciden en su bienestar?, Cuáles son los daños que pueden generarse si los controles del glucosa no son adecuados?, etc. Mientras mayor y apropiado sea el conocimiento del paciente sobre su enfermedad mejor será su manejo y control, además ayuda a cambiar las falsas creencias y mitos relacionados con la enfermedad que tiene el paciente y sus familiares.

Los Cambios en el Estilo de Vida debe incluir rutinas saludables, por ejemplo: Actividad física por lo menos tres veces a la semana, estos ejercicios deben ser acordes a las posibilidades ambientales, etapa vital del paciente y ser mantenidos a largo plazo. Alimentación adecuada, suficiente y equilibrada, no se refiere a dietas restrictivas, más bien se considera una alimentación agradable, variada que va de la mano con el nivel de control glicémico, peso, y estado nutricional. Manejo apropiado de los conflictos emocionales y preocupaciones, en la práctica, según información de los pacientes, cuando hay situaciones de preocupación excesivas y conflictos sin resolver, los niveles glucémicos suben a pesar de que el resto de factores estén controlados, por lo que cada persona con diabetes debe aprender a usar sus herramientas emocionales y resolver sus conflictos para mejorar el control de su enfermedad. Cumplimiento

del tratamiento farmacológico o administración de insulina según las indicaciones del especialista.

Los cambios en el estilo de vida, el establecimiento y adherencia al tratamiento, el mejoramiento en la comunicación entre el equipo de salud y el paciente, la activación de un dispositivo de educación diabetológica, implica establecer un trabajo permanente, concienzudo y de equipo.

1.3 Conclusiones

Con la revisión de este capítulo se establecen los conceptos para saber que es la Diabetes Mellitus tipo 2, las múltiples y graves complicaciones que se presentan si no se controla, pero sobre todo se plantea lo que debe lograr el paciente para “aprender a vivir con diabetes”: un equilibrio entre factores como: aceptación de enfermedad, vivenciar todo el proceso, equilibrio emocional, conseguir que el paciente se empodere y sea activo en las acciones que se deban tomar para hacerle frente a su enfermedad a más de alimentación adecuada y ejercicio suficiente y continuo.

Enfoca la necesidad del cambio de visión que tiene que dar el profesional de la salud frente a los pacientes, persona que tienen padecimientos, enfermedades, no entidades clínicas solamente, actitud que ayuda al paciente a mejorar la confianza con el profesional y solicitar información y ayuda para el cumplimiento y mejorar la adherencia a su tratamiento.

Capítulo II.

Modelo integrativo focalizado en la personalidad

2. Introducción

En este capítulo se expondrá como se ha ido estructurando el Modelo Integrativo tanto a nivel ecuatoriano como latinoamericano, sus distintos y más importantes expositores, sus enfoques y aportes a la psicología. En lo referente a Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad se detalla su base filosófica, epistemológica, teórica y práctica que permiten entender cuál son los alcances de nuestro modelo y su utilidad en la práctica psicoterapéutica.

Se hace una detallada exposición del concepto de personalidad, su estructura, clasificación y las características predominantes de cada grupo, información que permite, en la práctica, un conocimiento y acercamiento más puntual con los pacientes.

2.1 Modelo integrativo ecuatoriano

Nuestro modelo: “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” (Balarezo, 2013 p. 48), está construido con una base filosófica el humanismo, epistemológica el constructivismo, teórica la personalidad y práctica la flexibilidad técnica.

Humanismo considerado como “un retorno del ser humano basado en la credibilidad sobre su autodirección..., sus aspectos centrales son la libertad, la elección, la decisión, la responsabilidad, el estar con el mundo, las condiciones del presente y el medio”. (Balarezo 2010 p. 52).

Los conceptos del constructivismo que consideramos son: “La verdad es tanto construida como descubierta”..., “el sujeto cognoscente es activo en la percepción y parcialmente construye lo percibido”..., “siempre está contaminada por nuestras modalidades biológicas para percibir y por nuestras modalidades del lenguaje para concebir” (Balarezo, 2010 p. 68-69). Cada ser humano percibe la realidad con su propia característica biológica, y sociales que estructuran su psiquismo, esta percepción singular del mundo, es elaborada sobre la base de significados mediante el lenguaje, la misma que está determinada y procesada dentro de su contexto familiar y social, siendo un proceso constante de intercambio e interacción, que va modificando la conducta y actitud ante la vida. (Balarezo, 2010 p. 69).

“Nuestro modelo asume como elemento básico de la comprensión de la vida psíquica, sus trastornos y el ejercicio psicoterapéutico a la personalidad”. (Balarezo 2010 p. 71). La personalidad considerada como algo en constante dinamismo, es lo que les da características específicas a nuestros actos, es una organización de aspectos cognitivos, afectivos, comportamentales, relacionales que mantienen estructura y funcionamiento integral, es un sistema complejo, que recibe influencia sociocultural, da un sentido de coherencia y continuidad a los individuos, es el núcleo integrador de las funciones psíquicas.

En la parte de la aplicación se considera de “acción psicoterapéutica a los desórdenes psíquicos, problemas de personalidad, trastornos psicológicos y psiquiátricos, manifestaciones psicopatológicas presentes en las enfermedades somáticas y en los disturbios emocionales” (Balarezo 2010, p. 48). Para ello se puede disponer de un bagaje de técnica y procedimientos psicoterapéuticos, considerando los diferentes rasgos de personalidad y la entidad clínica a tratarse, su nivel de cronicidad, la elección de la técnica va de lo general a lo particular y de lo

simple a lo complejo se la somete a la constante observación del clínico y a la evolución favorable del paciente. Dentro de nuestro modelo es factible utilizar cualquier clase de técnica, debidamente probada, sin encasillarse en ninguna escuela específica, lo valioso es la efectividad, que depende también de la habilidad y del conocimiento del terapeuta para aplicarla y la adecuación con la condición y estado del paciente.

2.1.1 Concepto y estructura de la personalidad

Blanco, C. Moreno, P. (2006) cita a Millon y Everly (1985) y su concepto de personalidad como:

Patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizaje, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo. (p.1). Millon busca criterios ajenos a la cultura para definir a la personalidad normal: capacidad para funcionar de forma autónoma y competente, tendencia a adaptarse de forma eficaz y eficiente al propio entorno social, sensación subjetiva de satisfacción, capacidad para mejorar las propias potencialidades, integrar las normas sociales, con flexibilidad adaptativa en respuesta al ambiente, imagen de sí mismo coherente e integrada, base de: autoestima, sentimiento de autenticidad, de la capacidad para mantener intimidad, de la capacidad empática. (p.12).

Para Lucio Balarezo, gestor del Modelo Integrativo en nuestro país, la personalidad es una: “Estructura dinámica 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). De esta manera, cada persona adquiere rasgos propios que los diferencian de las demás personas. Cada persona es única” (Balarezo 2010 p. 71). Considera además a la personalidad como una organización de componentes cognitivos, afectivos, comportamentales y relacionales, cuya estructura y funcionamiento integral supera la simple acumulación de partes aisladas constituyéndose en un sistema complejo. No es estática ni inmutable, está sujeta a variaciones procesuales, dependientes de su propio dinamismo y la influencia del entorno. Como estructura interna, determina una forma específica de relacionarse con el entorno y los demás. Su concepto transmite un sentido de coherencia y continuidad a las características del individuo. Reconocida como núcleo integrador de las funciones psíquicas tanto en su estructura como en su funcionamiento. Reconoce: la existencia de lo consciente e inconsciente desde una perspectiva biopsicosocial integradora para entender mejor su dinamismo, la importancia de la influencia ambiental y sociocultural en su formación, el valor del pasado como influyente en la formación de la personalidad y en el origen de los trastornos, el valor de las motivaciones y la vida afectiva en su construcción y expresión, el valor de lo cognitivo en su estructuración, el valor de los principios de aprendizaje en su formación, la importancia de la valoración sistémica y ecológica en la comprensión de la relación individuo-grupo- sociedad. (p.73).

Cito estos conceptos de personalidad porque contienen similitudes como la característica profunda y arraigada, estructural, en el que interviene la parte inconsciente y consciente, dinámica, que da como resultado aspectos únicos en cada persona, contienen fundamentos integrativos, brindan una idea clara del por qué nos mostramos, expresamos nuestras emociones y enfrentamos nuestros conflictos de una forma única y compleja.

En lo referente a la estructura de personalidad, para Balarezo (2010), los factores que influyentes son los bio-psico-socioculturales. En lo biológico se considera lo genético, influencia neuropsicológica, bioquímica del cerebro y sistema endócrino. En lo genético, plantea “que, si bien estamos marcados por una individualidad biológica heredada, esta influye, pero no determinadamente en nuestra personalidad, siendo que puede modificarse en el transcurso de la evolución personal debido a muchos acontecimientos predecibles e impredecibles”. (p. 93).

Influencia neuropsicológica. En forma sintética se precisa el emplazamiento de algunos procesos cerebrales: en el lóbulo frontal se localizan las funciones más elevadas, como la ejecutiva, inhibición de la conducta y las emociones, las estrategias de la memoria: en el lóbulo parietal se encuentran las zonas encargadas de recibir las sensaciones de nuestro propio cuerpo y de exterior; en el lóbulo temporal las zonas de comprensión del lenguaje y sus componentes afectivos, y en el lóbulo occipital las funciones vinculadas con la visión. Además, se plantean especializaciones a nivel de hemisferios cerebrales; el izquierdo se especializa en el pensamiento lógico y analítico, maneja las funciones verbales y matemáticas, procesa la información de manera secuencial y su forma operativa es lineal; el hemisferio derecho se especializa en el pensamiento sintético, cumple tareas de control viso-espacial, regula actividades artísticas, reconoce rostros y procesa información de manera más difusa y holística. El sistema nervioso autónomo controla los órganos internos y las glándulas del cuerpo sobre los que existe poco o ningún control voluntario (p. 98-99).

Bioquímica del cerebro. Los neurotransmisores que son sustancias químicas que se encargan de la transmisión de las señales de una neurona a otra, y obtener una acción excitatoria o inhibitoria, entre las principales tenemos: Acetilcolina con efectos excitatorios e inhibitorios,

actúan en los movimientos voluntarios musculares, produce inhibición conductual, actúa a nivel de memoria y en la ingestión de líquidos. Noradrenalina que es un inhibidor del sistema nervioso central y excitador del sistema nervioso autónomo, se relaciona con el estado de alerta y la excitación conductual y emocional, la ingestión de alimentos. Dopamina con efectos tanto excitatorios como inhibitorios se la relaciona con movimientos voluntarios, excitación emocional, es el principal transmisor del sistema extrapiramidal y de varias vías neuronales mesocorticales y mesolímbicas. Serotonina implicada en la depresión, agresión, sueño, dolor crónico, impulsividad, ansiedad, regulación en la temperatura corporal.

Endócrino. Las glándulas, secretan hormonas, que pueden de alguna forma intervenir en la personalidad debido a su injerencia directa en el cerebro. Diferentes estudios afirman que una parte de lo que es el humano a nivel físico, mental y emocional es producto de su actividad glandular. Pituitaria que se la llama maestra, secreta la mayor cantidad de hormonas además de controlar el funcionamiento de las demás glándulas. Tiroides que interviene en los procesos oxidativos, liberan energía orgánica y tienen fundamental efecto sobre el metabolismo. Suprarrenales secretan adrenalina y noradrenalina que se asocian con las respuestas de agresión y huida. (p. 101-102). Otras son las gónadas que producen las células reproductoras, el timo que tiene influencia en el desarrollo linfático y la respuesta inmunitaria del páncreas que secreta hormonas que ayudan en a la digestión y produce insulina y glucagón, encargas de regular los niveles de glucosa en sangre, glándula pineal que produce melatonina que afecta a la modulación de los ciclos de sueño y mamas.

En los estilos de personalidad los componentes biológicos crean un marco conceptual para poder analizarlas. En las personalidades afectivas predominan los mecanismos cerebrales

vinculados con la extraversión y la amabilidad, con un predominio de funciones relacionadas con las regiones hipocámpicas, el sistema límbico y la substancia reticular, con una estructura bioquímica y endócrina dependiente de estos sistemas sobre todo los mecanismos vinculados con la serotonina. En las personalidades cognitivas es característico el predominio de la introversión, apertura a la experiencia, conciencialismo con prevalencia del funcionamiento de las regiones frontales y actividad bioquímica y hormonal caracterizada por excesiva reactividad del sistema límbico, el simpático y aceleración de la transmisión sináptica. Las personalidades comportamentales están asociadas mayoritariamente con características de extroversión, emocionalidad alta, neuroticismo y psicotismo altos, carencia de procesos inhibitorios frontales y elementos bioquímicos hormonales alterados con manifestaciones de hiperactividad. Las personalidades con déficit de relación presentan predominio de la estructura introvertida, inhibiciones mayores en sus regiones frontales, déficits neurológicos de los sistemas límbico y reticular, dominancia del sistema parasimpático con desequilibrios del sistema adrenérgico – colinérgico y descontrol sináptico neurohumoral, las personalidades evitativas tiene una neurobiología larvada de fobia social, las dependientes presentan rasgos ansiosos genéticos y en los esquizoides se evidencia correlación con trastorno esquizofrénico. (p. 102-105).

En lo referente a lo socio-cultural y psicológico el modelo postula que “el ser humano nace y es sociable por naturaleza”... “cada persona al ser diferente adopta sus características según su estructura individual en función de la influencia de varios factores: ambiente físico, condiciones socio-económicas, influencias culturales y mecanismos de aprendizaje prevalentes en la sociedad y el individuo”, “de tal manera que la inteligencia, las necesidades, los proceso psíquicos y la

personalidad necesitan de una base material que es el cerebro humano, pero su formación, contenido y estructura dependen de lo sociocultural” (p.106-107).

2.1.2 Clasificación según los rasgos de personalidad

En el estudio, Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología, realizada por de Sánchez, R. (2003), plantea que una de las clasificaciones de personalidad más destacadas de Millon (1976) es la de los prototipos de personalidad para analizar sus patologías y hacer más fácil la comprensión mediante la ubicación por rasgos semejantes, estos son: personalidad asocial luego llamada esquizoide, evasiva (esquizoide), sumisa (inadecuada), gregaria (histriónica), narcisista, agresiva (antisocial), resignada (obsesivo compulsivo), y negativista (explosivo y pasivo). En este estudio cita también a Choca (1999) que “para organizar los ocho prototipos de personalidad, Millon enfocó sobre el tipo de relaciones interpersonales que el individuo establece típicamente y en el modo con que la persona logra su acomodación con el entorno”. (p. 165). En observación de la evolución de la teoría de Millon se asume que el nuevo modelo procede a una reevaluación de las características más profundas en las que se basa el funcionamiento humano. La atención pasa de la psicología a otras expresiones de la naturaleza, examinando principios universales (de la evolución) derivados de manifestaciones no psicológicas. Cada especie muestra aspectos comunes en su estilo adaptativo, pero existen diferencias de estilo y de éxito adaptativo entre los miembros frente a los diversos y cambiantes entornos que enfrentan. La personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales. Los trastornos de la personalidad serían estilos particulares de funcionamiento desadaptativo. (Sánchez, 2013 p. 167).

Durante más de 30 años Millon y sus colaboradores se dedicaron a establecer una clasificación de personalidad basados en un modelo de aprendizaje biosocial (Millon, 1976; Millon & Everly, 1994) y la noción de refuerzo era el tema unificador del modelo, este refuerzo buscado podía ser la persecución del placer o la evitación de dolor; podía ser buscado en sí mismo o en los otros, el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo. De esta manera, las tres polaridades del modelo original fueron las siguientes: conducta instrumental (como) activo - pasivo; fuente del refuerzo (donde) sí mismo (independiente) u otros (dependiente), naturaleza del refuerzo (que) placer - dolor. Cuatro patrones se derivan de la naturaleza y fuente de refuerzos: retraído (no busca refuerzos), dependiente (busca refuerzo en los demás), independiente (busca refuerzo en sí mismo), y ambivalente (inseguro respecto a donde buscar refuerzo). Estos cuatro patrones se cruzan con las dos variantes de conducta instrumental (activo, pasivo) para producir ocho modelos de personalidad.

El agrupamiento actual de los prototipos de personalidad de Millon (adaptado de Millon & Davis, 1998) son: Personalidades con dificultades para el placer: Esquizoide, Evitativo y Depresivo. Personalidades con problemas interpersonales: Dependiente, Histriónico, Narcisista y Antisocial. Personalidades con conflictos intrapsíquicos: Sádico, Compulsivo, Negativista y Masoquista. Personalidades con déficit estructurales: Esquizotípico, Límite, Paranoide y Descompensado. (Sánchez, 2013, p. 168).

Basado en las clasificaciones de personalidad que le preceden y considerando todos los componentes de su estructura, para el modelo integrativo es necesario con fines operativos, para los esquemas psicoterapéuticos y para favorecer la interrelación profesional, establecer una tipología basada en las construcciones que son similares y que se vinculan a la experiencia social

y familiar. Como ejes básicos del comportamiento se considera: la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales, estas características están presentes en todas las personalidades, no de manera exclusiva, pero con algún grado de predominio o de déficit que hace posible establecer grupos de afinidades en su expresión.

Grupos con características del predominio afectivo. Histriónicas (esperan predominantemente aprobación social) y Ciclotímicas (tienen una tendencia algo más interna) se caracterizan por la expresión facial 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.

Grupos con características del predominio cognitivo. Anancástica (autocontrol interno) y Paranoide (actitud de control algo más externa) en este grupo prevalecen los juicios, los razonamientos, la lógica de su conducta y en la expresión afectiva, son adherentes a sus cogniciones, afectos y comportamientos denotando propensión a mantenerse ellos.

Grupos con características del predominio comportamental. Impulsivos (hay control en sus acciones) y Trastorno disocial de la personalidad (carece de ley y autocontrol): tiene activación conductual inmediata sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos, de acción enérgica y primaria la que limita las relaciones interpersonales, afectivas y cognitivas.

Grupos con características de déficit relacional. Esquizoides (desinterés en el contacto), Dependientes (requieren del otro) y Evitativos (no se sienten cómodos en la participación social) y trastorno esquizoide de la personalidad (se apartan de los demás mediante sus extravagancias): tendencia a la intimidad personal y retraimiento social con dificultad de expresión afectiva

externa, con conducta meditada y escasa, en la cognición se retrae a sí mismo y se desvincula de los demás. (Balarezo, 2010. P. 81-83).

2.2 Psicoterapia integrativa

Para los principales exponentes en Latinoamérica de la Psicoterapia Integrativa, esta es la finalidad de todos los esfuerzos científicos y empíricos que se hacen en los distintos modelos, lograr un proceso psicoterapéutico que brinde ayuda y mejore la salud mental de las personas.

Fernández, Héctor (2011) define a la psicoterapia como “un conjunto amplio y diversificado de procedimientos psicológicos destinados a brindar ayuda a las personas cuyo sufrimiento tiene origen en un padecimiento innecesario o discordante con las expectativas correspondientes a la evolución, dentro de un marco cultural determinado”. (p. 13). Manifiesta además que: La integración teórica supone un paso más complejo, consiste en integrar un nuevo modelo que articule, en alguna estructura teórica de orden superior, determinados principios procedentes de diferentes enfoques con el fin de formalizar un esquema de intervención más amplio, capaz de operar con una perspectiva más abarcadora, en el espacio teórico. Su ventaja es la capacidad de abordar diferentes situaciones clínicas y diversos niveles de funcionamiento psíquico desde un punto de vista sintético. (p. 26). “El fin último, de la integración, es brindar a los organismos de gestión de salud mental elementos para seleccionar cuáles son los métodos de tratamiento más eficientes en términos de los beneficios que pueden obtenerse y la cantidad de personas en que pueden implementarse” (p. 28).

Roberto Opazo (2001) gestor del Modelo Integrativo Supraparadigmático refiere que “en una psicoterapia integrativa bien planteada las cualidades del terapeuta y del enfoque, y las bondades

de la alianza, son puestas al servicio de un objetivo central: *ayudar a que el paciente se ayude a sí mismo*. Se trata de elicitar en el paciente energías, expectativas y motivaciones, orientadas hacia efectivas rutas de cambio” (p. 149). “La Psicoterapia Integrativa se nutre de las así denominadas fuerzas de cambio inespecíficas o factores comunes y de fuerzas de cambio específicas”. Psicoterapia Integrativa como un proceso activo que se desarrolla en un contexto interpersonal. Este proceso es diseñado específica y deliberadamente como medio de influencia, la cual ejerce a través de la génesis de experiencias novedosas en términos cognitivos, afectivos o conductuales las que a su vez pueden ser correctivas y/o enriquecedoras. El propósito central de un proceso de Psicoterapia Integrativa es alcanzar objetivos acordados entre cliente y terapeuta.... La Psicoterapia integrativa es nutrida por fuerzas de cambio provenientes del paciente, del terapeuta, y de la relación... Cuando la situación clínica lo amerita, el psicoterapeuta integrativo complementa la acción de cambio con técnicas específicas que apuntan a la superación de síntomas o problemas específicos. La Psicoterapia Integrativa es, por lo tanto, un proceso creativo permanente basado en principios científicos. (p. 150, 151).

Para Margarita Dubourdieu (2011), en su Psicoterapia Integrativa Psiconeuroinmunoendocrinológica, define a la Psicoterapia Integrativa como “una forma de tratamiento multidimensional, en el que un profesional idóneo establece una relación para el logro de un objetivo terapéutico, acordado conjuntamente con el o los pacientes”. “Desde esta visión los objetivos no serán adscritos solamente al conocimiento del sí mismo e identificación y modificación de factores, que alteran el bienestar u ocasionan sufrimiento en el paciente o en su entorno, sino que también se procurará promover la salud considerando las distintas dimensiones”. “Se trata de un proceso activo y co-participativo que se desarrolla en un contexto

interpersonal definido en tiempo y espacio” (p.82). “Se buscará propiciar experiencias correctivas y/o enriquecedoras para la calidad de vida del sujeto a partir de una evaluación multidimensional considerando las intermodulaciones existentes entre ellas”. (p.83).

Para nuestro modelo, Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad, la psicoterapia es definida como: “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, 2008 p. 46). Nuestro modelo considera necesario hacer una diferenciación entre psicoterapia y asesoramiento o consejería, pero aclara que ambas son susceptibles de intervenciones terapéuticas. “La acción psicoterapéutica se efectiviza en los desórdenes psíquicos, problemas de personalidad, trastornos psicológicos y psiquiátricos, manifestaciones psicopatológicas presentes en las enfermedades somáticas y en los disturbios emocionales”. “Al asesoramiento o consejería lo definimos como el 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” (p. 48). Terapéuticamente trabajamos sobre el presente cuando adoptamos una posición sintomática, pero acudimos 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. (p.74). En el contexto psicoterapéutico, se parte de la confianza básica de que el ser humano es capaz de auto-dirigirse y auto-controlarse en la mayoría de circunstancias. La relación simétrica entre psicoterapeuta y paciente debe darse en un ambiente de confianza y permisividad, empatía y comprensión para estimular la autodirección en la resolución de sus conflictos, pero se puede adecuar una conducción del proceso dependiendo de las condiciones del paciente. El

psicoterapeuta no aconseja, no da soluciones, no toma las decisiones, ni provoca una acción externa sobre el paciente, utiliza técnicas de comunicación y otros medios psicoterapéuticos para llevar a cabo el proceso. Genera contacto psicológico positivo para lograr éxito en el proceso, el terapeuta debe tener característica de congruencia e integración, y el proceso psicoterapéutico es básicamente una relación de ayuda en la que se van presentando etapas, hasta lograr los objetivos planteados conjuntamente con el paciente. (Balarezo 2010 p. 53).

2.2.1 Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad

Una vez planteado lo que ha significado el Modelo Integrativo en la evolución de la Psicoterapia, se considera resaltar lo que diferencia a nuestro modelo de los demás y esto es el enfoque en la personalidad, que según refiere su autor “el abordaje de la personalidad promueve una adecuada delimitación de problema o trastorno y las formas como actúa en el apareamiento de los desajustes productores del sufrimiento humano. Además nos facilita asumir una postura equilibrada frente al manejo de la relación y la aplicación de técnicas que juzguemos pertinentes, actuando siempre con respeto a la individualidad de cada sujeto”. (Balarezo, 2010 p. 74). Dentro del proceso psicoterapéutico se sintetizan tres pasos generales: Investigación, planificación y aplicación técnica, en este “terreno se desenvuelve el quehacer curativo”. (Balarezo, Lucio 2006).

Investigación. “Constituye la fase de recolección de información acerca de los problemas fundamentales del paciente, la elaboración del historial clínico y la deducción de criterios diagnósticos y pronósticos”. “En la primera o primeras entrevistas se recoge la información pertinente y se establecen deducciones diagnósticas, se emplean recursos terapéuticos, que sirven

para disminuir o atenuar los síntomas y establecer una relación terapéutica apropiada”. (p.22). Se usan los instrumentos elaborados en consonancia a los principios del modelo como son: las Guías de Proceso, la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica, la que de manera esquemática nos permite ir recolectando toda la información necesaria para poder concluir con un diagnóstico clínico, de personalidad y plantear un proceso psicoterapéutico adecuado. Lograr una aproximación diagnóstica es fundamental dentro del proceso, y de las primeras entrevistas, por lo que una manera terapéutica se debe llevar la recolección de información a este fin para cumplir con objetivos como:

Diagnóstico clínico y etiopatogénico. A través de una búsqueda selectiva que exija un trabajo analítico-sintético del terapeuta y que atienda a los síntomas principales, a la estructura del grupo familiar, a las formas adaptativas del sujeto en una visión evolutiva y a los aspectos interaccionales de la entrevista. Inclusive el trabajo se podría condensar en una “interpretación panorámica inicial” o en una recapitulación introductoria.

Diagnóstico de la personalidad, actitudes y motivaciones para el tratamiento. La apreciación panorámica de la estructura de la personalidad del paciente en la primera entrevista, vislumbra las estrategias del contacto y las posibilidades terapéuticas del caso. Entre los aspectos que se tendrán en cuenta señalamos el reconocimiento del carácter psicógeno de sus trastornos, la capacidad de introspección, la disposición para transmitir la información honestamente, el deseo de comprenderse, la actitud de participación activa, el interés por el tratamiento, la flexibilidad y la disposición al esfuerzo.

Diagnóstico del entorno del paciente. Se refiere a la definición de las condiciones de vida del paciente en lo relacionado a los factores físicos, económicos, socio-culturales, los cuales

pueden impedir o favorecer el tratamiento. Se clarificarán de este modo todos aquellos factores patogénicos y aquellos que tengan potencial terapéutico para ser empleados como medidas adjuntas. (p.24).

Planificación. Proceso analítico-sintético que lo hace el psicoterapeuta con el fin de “intentar llegar a la comprensión patológica del cuadro en función de las causas desencadenantes y la estructura de la personalidad premórbida del paciente, estableciendo nexos históricos que expliquen con suficiente claridad la patogenia del caso. Además, se busca condiciones o características personales, ambientales y sociales que actuarán como facilitadores u obstaculizadores de la terapia”. “Conduce a clarificar las metas u objetivos que se perseguirán con el paciente y estos a su vez determinarán las técnicas o procedimientos más eficaces”.

Dentro de la planificación la claridad de la aproximación diagnóstica y del diagnóstico de personalidad es estrictamente necesario para que esta tenga efectividad y el proceso psicoterapéutico como tal tenga éxito.

Se establece, además:

Formulación etiopatogénica. Que constituye la interrelación del cuadro del paciente, con los factores desencadenantes, determinantes, predisponentes y mantenedores de la patología.

Descripción de la personalidad. Es una síntesis tanto de las áreas problemáticas como de aquellas que guardan adecuación al sujeto. Resulta valiosa la orientación que nos puede brindar el análisis de las manifestaciones del paciente en lo relacionado a sus funciones intelectivas y cognoscitivas, su nivel de integración, el grado de flexibilidad, la capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, la motivación al tratamiento, etc. (p.28-29).

Formulación de objetivos. Las metas y objetivos, que pueden ser de variada índole, en lo posible se discuten con el paciente, con el objeto de establecer las posibilidades reales que el terapeuta y la psicoterapia le ofrecen y adecuar las expectativas del paciente y de las personas que le rodean. Los objetivos se centran en la búsqueda de alivio sintomático, modificación de rasgos de personalidad, cambio de estructuras cognitivas patológicas, apoyo emocional, adquisición de nuevas formas de conducta, resolución de conflictos. Estos en conjunto cumplen con la meta común que constituye la curación del paciente.

Señalamiento de técnicas. Se fundamentan en los objetivos que se persiguen en el tratamiento y en las condiciones del paciente. En la actualidad existe una amplia gama de posibilidades de aplicación que depende de factores relacionados con el paciente, el terapeuta, el cuadro clínico, las facilidades tecnológicas, la cronicidad de cuadro, la experiencia anterior y las condiciones socioeconómicas del paciente. El escogitamiento de técnicas se hace partiendo de lo particular y de lo simple a lo complejo, para lo que aprovechamos los estados concienenciales del sujeto, es decir los estados de vigilia, somnolencia o sueño sugerido. Las técnicas mayormente empleadas constituyen los recursos persuasivos, sugestivos, explicativos, asertivos, o estimulativos, técnicas de condicionamiento, psico-relajamiento muscular, técnicas inhibitorias o aversivas de descondicionamiento, sensibilización sistemática, bioretroalimentación, reposo sugerido o autosugestión. (p.33).

Aplicación técnica. Basada en todos los procedimientos anteriores y luego del escogitamiento concienzudo y cuya aplicación empírica ha dado mejores resultados, considerando sobre todo los rasgos de personalidad y posibilidades de aplicación de la técnica. Esta debe ser sistemática y se debe someter permanentemente a la evaluación crítica, del

terapeuta, para lo cual sugerimos la evolución pertinente y cuando sea factible, el seguimiento del caso que confirmará el éxito del tratamiento y evitará las recidivas del cuadro. Durante este período se pueden dar rectificaciones tanto del planteamiento de objetivos como en el señalamiento de técnicas cuando el caso lo requiera. Se considera importante señalar el grado de maleabilidad del proceso, no en todas las circunstancias nos debemos apegar estrictamente al esquema planteado, estos pueden superponerse, modificarse o suprimirse dependiendo de la situación o de las novedades en la vida del paciente, sin embargo, esta debe ser solo una posibilidad y no una rutina en la labor profesional. (p.34).

Un aporte especial del modelo es la importancia que le brinda a la evaluación de la psicoterapia, procedimiento que debe hacerse permanentemente dentro del proceso, tanto para beneficio del paciente como para el psicoterapeuta, de esta forma se pueden ir corrigiendo a tiempo los desajustes de la técnica, pero también ir considerando las nuevas circunstancias de vida que se pueden presentar en el paciente. El criterio de terapeuta, en un autoanálisis de su propia capacidad, concentración y apego a los procedimientos y técnicas; el del paciente, cuando manifiesta su aceptación y necesidad de continuar o su malestar hacia el proceso; la apreciación de los familiares y de otras personas cercanas, que pueden dar testimonio de cómo están las reacciones del paciente fuera del espacio protegido del consultorio y de la seguridad de las sesiones al enfrentarse a su vida cotidiana que en muchos casos son las generadoras o mantenedoras del conflicto o enfermedad; la utilización de reactivos y registros psicológicos, que ayudan de una manera objetiva a medir los avances o retroceso del tratamiento; mediciones fisiológicas por ejemplo niveles de glucosa que se mantiene estables o se alteran entre otros factores por la estabilidad emocional o no del paciente, serían considerados para este fin. (p. 35).

2.2.2 Relación psicoterapéutica focalizada en la personalidad

La relación terapéutica vista desde el humanismo es la relación más importante ya que implica, sin el ánimo de menospreciar otros elementos como la técnica, el factor básico y punto de partida del proceso, el contingente humano. Balarezo (2006) la define como “una forma de relación interpersonal pero caracterizada por la condición de que en aquella, uno de los integrantes, como paciente, busca o necesita ayuda y el otro proporciona el marco apropiado para que se produzca el cambio terapéutico” (p.39), el mismo autor cita a Jervis quien subraya que “el proceso interno ocuriente en el paciente cuando define a la relación como una constante reflexión y toma de conciencia para estimular los logros del desarrollo de la personalidad” (p. 40).

Para esta relación se requiere que él paciente tenga motivación al tratamiento, que el estado de las funciones intelectivas haga posible la comunicación, nivel de integración de la personalidad, capacidad de respuesta emocional y flexibilidad, y que el terapeuta disponga de condiciones intelectiva apropiadas, formación académico-científica, equilibrio y madurez emocionales, comprensión y capacidad empática, integridad ética y buena capacidad para establecer contactos interpersonales. (p. 40-41). Balarezo. (2010) indica que para el Modelo Integrativo con Enfoque en Personalidad es básico que el terapeuta cuente con una formación que le permita una posición humanista que le posibilite un respeto incondicional, que le ubique en una perspectiva simétrica para que confíe en las capacidades de resiliencia del paciente para supera sus adversidades, problemas y situaciones disfuncionales, el terapeuta debe mantener sus condiciones personales en su lugar para que no intervenga de manera directa en el proceso, respeto a las creencias y valores del paciente. (p. 177-178).

“El modelo psicoterapéutico integrativo se focaliza en la personalidad tanto del paciente/cliente como del terapeuta/ asesor. El proceso terapéutico prioriza la relación sobre la técnica, por cuyo motivo, el terapeuta requiere adecuarse a un determinado perfil cuyas características son, en algún sentido, disposiciones personales que pueden desarrollarse a través de su formación como psicoterapeuta” (p.179). En lo referente a los pacientes/clientes el modelo “demanda un estudio y diagnóstico dinámico de las características del paciente en su actividad, conclusión que nos permite prever las estrategias más apropiadas en cada caso. (p. 193). “Resulta valiosa la orientación que nos pueda brindar el análisis de las manifestaciones del paciente en lo relacionado a sus funciones intelectivas y cognoscitivas, su nivel de integración el grado de flexibilidad, la capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, la motivación al tratamiento”. (p. 152).

Con los pacientes/clientes con personalidad afectiva se considera como estrategia la utilización de fenómenos afectivos, con las que tienen predominio de rasgos histriónicos, se emplea como táctica: distancia emocional, apoyo inicial, estímulo del juicio, con los de rasgos ciclotímicos se debe manejar la distancia emocional y la consideración del estado de ánimo. Con los de personalidad cognitiva se prioriza el empleo de juicios y razonamientos, con las personas que tienen rasgos paranoides se usa como táctica: la confianza, respeto a las resistencias, franqueza y lógica, y con las de rasgos anancásticos la organización, puntualidad, permisividad y lógica. En el caso de personalidad comportamental se parte de propuestas concretas y directas, con las de rasgos inestables con claridad, objetivos precisos, con las de trastorno de personalidad disocial rigidez y normación. Y con los de personalidad con déficit relacional conviene un manejo tolerante, distante y amistoso, con esquizoides se debe mantener respeto a la intimidad,

con evitativos la confianza social y apoyo emocional y con dependientes control de la directividad. (p. 151).

2.3 Conclusiones

El modelo Integrativo Ecuatoriano tiene como base filosófica el humanismo: un retorno al ser humano, y la credibilidad en su capacidad para auto dirigirse, el constructivismo: proceso de constante intercambio e interacción que va modificando la conducta y actitud, personalidad: que es dinámica y que le da características específicas a nuestros actos, permitiendo con estos fundamentos, el realizar una práctica psicoterapéutica profundamente respetuosa del paciente y de su capacidad para mejorar, que en la interacción no somos solo observadores o dadores de indicaciones sino protagonistas en el proceso y que considerando la personalidad podemos lograr un enfoque mejor dirigido y efectivo.

Capítulo III.

Adherencia al tratamiento médico

3. Introducción

En la primera parte de este capítulo miraremos el concepto de adherencia y el reconocimiento de las posibles razones por las que un paciente no cumple con el tratamiento médico indicado, se observa motivaciones desde lo socioeconómico, sistema de salud, condición de salud del paciente y factores relacionados con el mismo.

En una segunda parte se analiza los rasgos de personalidad, siguiendo la clasificación del modelo integrativo ecuatoriano, de cada grupo y cómo pueden influir y cómo se pueden aprovechar para lograr adherencia al tratamiento.

3.1 Adherencia

“La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para: asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas”. Correa, Jaime; Silva, Germán; Galeano, Esmeralda; (2005 p. 3).

Para la OMS 2003, en su manual sobre Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo, hizo hincapié en la necesidad de diferenciar la adhesión del cumplimiento planteando como principal diferencia en la que la adhesión requiere el consentimiento del paciente a las recomendaciones. Los pacientes deben ser socios activos de los profesionales de la salud en lo referente al

autocuidado, la buena comunicación entre el paciente y el profesional de la salud debe ser una prioridad para una práctica clínica eficaz. (p. 19).

Escalante, E; Granados, E. (2010) plantean a la Adherencia Terapéutica como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado. (p. 204).

La adherencia se ve influenciada de forma simultánea por varios factores como la capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima, frecuentemente comprometida por más de una barrera, como lo social, factores económicos, el equipo de atención de la salud y el sistema, las características del paciente y de la enfermedad, el tratamiento, la solución de cada uno de estos problemas es necesaria para conseguir que la adherencia al tratamiento mejore.

Los pacientes necesitan ser apoyados no culpados, sigue existiendo una tendencia a centrarse en los factores relacionados con el paciente como la causa de los problemas con la adherencia, sin tomar en cuenta la negligencia relativa del proveedor de salud y el sistema de salud en general, que son determinantes y que tienen un efecto importante, se requieren intervenciones a medida para cada paciente, no existe una estrategia única o un conjunto de estrategias que hayan demostrado ser eficaces en todos los pacientes, en consecuencia, las intervenciones que se dirigen a la adhesión deben ser adaptadas a las particulares exigencias relacionadas con la enfermedad y con el paciente, para lograr esto, el sistema de salud necesita

desarrollar medios para evaluar con precisión no sólo la adhesión , sino también los factores que influyen en ella, la adherencia es un proceso continuo y dinámico que tiene que ser objeto de seguimiento.

Investigaciones recientes del comportamiento han puesto de manifiesto que la población de pacientes se puede segmentar de acuerdo al nivel de disposición que tengan a las recomendaciones de salud, la falta de coincidencia entre la disposición del paciente y el profesional hacen que los tratamientos planteados no sean cumplidos los profesionales de la salud deben ser capacitados en el tema de la adhesión, pudiendo tener un impacto significativo en la evaluación de riesgo de la falta de adherencia y la entrega de las intervenciones para optimizar la misma. Los profesionales deben estar capacitados en temas como: el conocimiento (información sobre la adherencia), el pensamiento (proceso de toma de decisiones) y la acción (herramientas conductuales).

Se considera también como un tema clave, el papel activo de la familia, grupos de apoyo y la comunidad, el apoyo formal o informal que reciben los pacientes de otros miembros de su comunidad, se ha reportado consistentemente, como un factor que influye en los resultados de salud y comportamientos. (p. 14).

Autores como Zambrano, Renato; Duitama, John; Posada, Jorge; Flórez, José en su estudio de la Percepción de la Adherencia a Tratamientos en Pacientes con Factores de Riesgo Cardiovascular (2012) citan a Flores I. (2009) quien plantea que hay que considerar factores como:

Socioeconómicos. Se atribuye un efecto considerable sobre la adherencia al estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del

transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento, los cuales de manera conjunta actúan negativamente sobre la adherencia terapéutica en personas con procesos crónicos como los cardiovasculares. Por el contrario, se ha informado que las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de preparación de la familia son intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica.

Sistemas de salud. La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención en salud, la buena relación, la actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción oportuna son algunos de los atributos importantes que han demostrado ser determinantes de la adherencia de los pacientes.

Enfermedad y condición de salud del paciente. Estos factores constituyen exigencias particulares que enfrenta el paciente; algunos determinantes son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad, su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente y en la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

Factores relacionados con la terapia. Estos factores se asocian al cumplimiento de las citas por parte del paciente, así como al cumplimiento de los tratamientos: medicamentos, dietas, ejercicios y hábitos saludables en general.

Factores relacionados con el paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, las actitudes que toma para enfrentarlo, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos y las expectativas

con respecto al resultado del tratamiento interactúan, de un modo todavía no plenamente comprendido, para influir sobre el comportamiento de adherencia. Otros de los factores que actúan sobre la adherencia terapéutica son el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, el entender mal las instrucciones del tratamiento, la falta de aceptación del monitoreo, las bajas expectativas de tratamiento, la inadecuada asistencia a los controles de seguimiento, los sentimientos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad. Zambrano y col (2012 p.4 -5).

La consideración de todos estos factores que están íntimamente interrelacionados, el saber cómo cada paciente percibe su propia realidad y tomar en cuenta los mecanismos que dispone para enfrentarla es vital para orientar las estrategias adecuadas logrando adherencia y de esta forma mejorar su salud.

3.1.1 Reconocimiento de las motivaciones para no cumplir el tratamiento

Correa, J y col (2005) determinan que la “no adherencia” es la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; como ejemplo citan a los problemas relacionados con los medicamentos, la falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es, en esencia, una decisión personal de causa multifactorial. Estos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar el o los medicamentos. A menudo la decisión de tomar o no la

medicación se basa en la evaluación de la importancia de factores como: Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación. La percepción de gravedad de la enfermedad. La credibilidad en la eficacia de la medicación. La aceptación personal de los cambios recomendados. p. 3.

Consideran también factores asociados al paciente como:

Deterioro sensorial. Pérdida de la visión y/o audición, el paciente no capta las instrucciones verbales o escritas, la limitación para desplazarse, la pérdida de destreza para abrir envases con protección de seguridad para niños, etc.

Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo. Demencias, depresiones, ansiedad, etc. en las que la información no se procesa o se elabora de manera alterada, en estos casos se altera significativamente el aprendizaje, generando diversas formas de procesamiento de la información como: omisión parcial o total del contenido, filtración de acuerdo con creencias personales, aprendizaje incorrecto, incompleto o fuera de tiempo, o se procesa solo una parte.

Aspectos de la enfermedad. El paciente se adapta a los síntomas o a la condición en la que se encuentra y prefiere vivir con síntomas leves que seguir el esquema de tratamiento. Hay menos adherencia cuando se toma el medicamento de modo preventivo, que es el caso de enfermedades asintomáticas o cuando no hay consecuencias inmediatas. La adherencia a la terapia es especialmente difícil en el caso las enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo, en las cuales la adherencia a la terapia es un verdadero reto para el cuidador, quien depende de la cooperación del paciente.

Factor ambiental. Pacientes que viven solos (en la mayoría mujeres) con frecuencia fallan en cumplir con la adherencia al tratamiento, por lo que hay que tomar en cuenta el aislamiento

social, las creencias sociales y los mitos en salud por ejemplo tomar medicinas solo cuando no se siente bien, luego suspenderlas cuando se siente mejor.

Factor asociado al medicamento. Se considera que hay alta adherencia al tratamiento cuando éste es corto o por tiempo limitado, la adherencia al medicamento disminuye en los siguientes casos: procesos crónicos, varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo, el esquema de dosis es complicado, la vía de administración requiere personal entrenado, el medicamento exhibe eventos adversos de consideración. La percepción que el paciente tiene del medicamento debe ser tomada en cuenta en especial cuando éste afecta el desempeño cotidiano, la clase terapéutica del medicamento también afecta la adherencia, siendo alta en los medicamentos cardiovasculares y antidiabéticos (por el temor a morir si no se toma) y baja con el uso de sedantes y antidepresivos. En el caso de no-adherencia al medicamento, las situaciones más frecuentes son: no iniciar la toma del medicamento, no tomarlo de acuerdo a las instrucciones, omitir una o más dosis, duplicar la dosis, suspensión prematura del tratamiento, tomar la dosis a una hora equivocada, tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico, tomar el medicamento con bebidas o alimentos prohibidos o con otros medicamentos contraindicados, tomar medicamentos vencidos o guardados en lugares no apropiados, uso inadecuado de los dispositivos de administración.

Factor de interacción médico – paciente. Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación, la adherencia se puede afectar si el paciente no tiene una adecuada habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación médico-paciente o viceversa es

deficiente. La duración de la consulta es también causa de no-adherencia si no se dispone de suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo. (p. 4-5).

Para la OMS 2003, la mala adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud, en países desarrollados el promedio es de un 50 % y en países en vías de desarrollo son más bajas aún. Las consecuencias de la baja adherencia a los tratamientos a largo plazo son la mala salud y el aumento de los costos de atención. (p. 13).

En lo referente a Diabetes, la mala adherencia al tratamiento conlleva al sufrimiento, evitable, para los pacientes y el excesivo costo que para el sistema de salud implica. El estudio CODE - 2 (Costo de la Diabetes en Europa - Tipo 2) encontró que, en Europa, sólo el 28 % de los pacientes tratados de diabetes logra un buen control glucémico, tomando en cuenta que el control de la diabetes requiere algo más que tomar el medicamento, aspectos de la autogestión como el autocontrol de la glucosa en la sangre, las restricciones alimenticias, el cuidado regular de los pies y los exámenes oftalmológicos, han demostrado reducir marcadamente la incidencia y la progresión de las complicaciones de la diabetes, en los Estados Unidos, menos del 2% de los adultos con diabetes cumplen con las recomendaciones de la Asociación Americana de la Diabetes, además suelen tener comorbilidades: hipertensión, obesidad, depresión, etc. que hacen que sus regímenes de tratamiento sean más complejos. El estudio CODE-2 mostró que el coste total de tratamiento de más de 10 millones de pacientes con diabetes tipo 2 fue de aproximadamente \$ 29 millones, lo que representa un promedio de 5% del total del presupuesto de salud en cada país.

El costo total para el sistema de salud del tratamiento de pacientes con diabetes tipo 2 es, en promedio, más de 1,5 veces mayor que el gasto sanitario per cápita, por otra parte, este costo

aumenta de 2 a 3,5 veces una vez que los pacientes desarrollan alteraciones microvasculares y macrovasculares, prevenibles, los costos de hospitalización, que incluyen el tratamiento de las complicaciones a largo plazo tales como enfermedades del corazón, representan el 30 al 65% de los costes globales de la enfermedad.

Los costos directos de las complicaciones atribuibles a un mal control de diabetes son 3-4 veces más altos que los de un buen control, los costos indirectos (pérdidas de producción debido a la baja por enfermedad, jubilación anticipada y muerte prematura son de aproximadamente la misma magnitud que estos costes directos. Está claro que, si los sistemas de salud podrían ser más eficaces en la promoción de la adhesión al tratamiento y la autogestión de la diabetes, los beneficios sociales y económicos serían sustanciales. (p. 26- 27).

3.1.2 Manejo adecuado de los pacientes negligentes

En el artículo de Ortiz P, Manuel, & Ortiz P, Eugenia. (2007) de Psicología de la Salud consideran que las motivaciones de los pacientes crónicos deben ser considerados desde dos perspectivas. En primer lugar, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo, quedando bajo la directa responsabilidad del paciente, quien en definitiva decide si cumple o no el tratamiento, las bajas tasas de adherencia comunicadas apoyarían la idea de que el paciente mayoritariamente no cumple con el tratamiento, menos aún si estos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas como la laboral, social, familiar, etc. En segundo lugar, si un paciente no cumple con las indicaciones médicas no es posible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso

conducir a la muerte, con el consecuente costo económico para el sistema de salud, tanto en materias relativas a pérdida de productividad y costos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez. (p. 647- 648).

Estos planteamientos nos permiten abordar el tratamiento de los pacientes crónicos con una mirada integral, dejando de lado la posibilidad de culpar al paciente por su propio deterioro con esto solo lograríamos agudizar mayormente su desapego al tratamiento y deteriorar su auto-concepto, reforzando su idea de incapacidad de estar mejor.

Una de las variables psicológicas que puede estar asociada con una mejor adherencia al tratamiento, según Marín, M. Mubayed, J. (2012) quienes citan a (Contreras, Espinosa y Esguerra (2008) es la Autoeficacia, que ha confirmado tener concordancia con los comportamientos saludables, la adhesión al tratamiento y la disminución de los síntomas físicos y psicológicos y a su vez, se ha relacionado negativamente con la depresión y ansiedad, de esta manera, la autoeficacia es un constructo que proviene de la teoría social cognitiva Bandura (1977) citado por Contreras, Espinosa y Esguerra (2008) que hace referencia a las creencias que tiene una persona acerca de sus propias habilidades, para realizar conductas exitosas en distintas situaciones. (p. 27), o como lo plantea Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD (2010) que se necesitan servicios que puedan ayudar al paciente a mantener su autocuidado cotidiano, algo que suele estar más allá de la capacidad de los sistemas de salud tradicionales. se requieren servicios de salud cercanos y efectivos, así como respuestas integrales a los determinantes de salud relacionados con las enfermedades crónicas.... La mayoría de procedimientos que estos autores proponen son: modelos de cambio de conducta, entrevistas motivacionales y guías estructuradas de autocuidado, que están enfocados en un fin común: que el paciente desarrolle la capacidad de

involucrarse lo más posible en su tratamiento y que sea él, el protagonista de su recuperación mejorando considerablemente la efectividad y la eficacia de los tratamientos. (p. 2-3).

Olivari M, Cecilia & Urra M, Eugenia. (2007), citan a Bandura (1997. 2001) quien plantea que la autoeficacia es como la gente siente, piensa y actúa, respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo. Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas, un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones.

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación, así, por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos, una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia.

Citan también a (Forsyth y Carey, 1998) y a (Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hetch, 1993; Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005), que refieren que el constructo de autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios de salud como: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud... Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo su bienestar general... En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia

percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos... Además, los estudios indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia. (Olivari y Urra 2007 p. 2-3).

Implementando este concepto en el abordaje de pacientes con diabetes, motivándoles y descubriendo conjuntamente sus habilidades de autocuidado se logra un mejor cumplimiento y adherencia al tratamiento a largo plazo.

3.2 Tipos de personalidad y adherencia

Como antes se ha citado y desarrollado, varios son los factores que intervienen en el cumplimiento de tratamiento por parte de las pacientes con diabetes, ahora las consideraciones de sus rasgos de personalidad son fundamentalmente valiosas para entender mejor estos procesos y para enfocar los procedimientos psicoterapéuticos con mayor efectividad

Un autor que nos orienta en el estudio de personalidad es Millon (1981), quien parte de un conjunto de tres polaridades: la primera se fundamenta en los “objetivos de la existencia” parte de la base de que existen dos tendencias opuestas en equilibrio: búsqueda del placer o evitación del dolor, la segunda se refiere a las “estrategias de replicación” que implica dos elecciones en la búsqueda de refuerzo, o bien el refuerzo se basa en el yo o en los otros y la tercera polaridad se relaciona con los “modos de supervivencia primarios” modos de afrontamiento pasivos o activos. Se propone que a partir del conocimiento de los defectos o desequilibrios en estas tres

polaridades es posible derivar de forma deductiva los trastornos de personalidad incluidos en una taxonomía creada por sus estudios, su clasificación de estilos de personalidad se basan en el estudio de las siguientes áreas: (Millon, Ederly y Davis, 1995). (p. 193).

Metas Motivacionales. Apertura: optimistas en cuanto al futuro, les resulta fácil pasarlo bien y aceptan los altibajos de la existencia. Preservación: concentración en los problemas de la vida, agravándolos, considera su pasado desafortunado y piensan que irá a peor. Modificación: el futuro depende de ellos, por lo que intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos. Acomodación: no intentan dirigir sus vidas, se acomodan a las circunstancias creadas por otros, no tienen iniciativa. Individualismo: orientados a sus propias necesidades, sin preocuparse de los demás, independientes y egocéntricos. Protección: motivados a satisfacer primero a los demás.

Modos Cognitivos. Extroversión: recurren a los demás para buscar estimulación, mantener alta su autoestima y para que les conforten. Introversión: utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como recurso, su fuente de inspiración es ellos mismos. Sensación: derivan sus conocimientos de lo concreto, confían en la experiencia directa y en lo observable. Intuición: prefieren lo simbólico y desconocido, buscan lo abstracto y lo especulativo. Reflexión: procesan los conocimientos por medio de la lógica y lo analítico, decisiones basadas en juicios objetivos.

Afectividad. Forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales. Sistematización: organizados, transforman información nueva adecuándola a lo conocido, perfeccionistas y eficientes. Innovación: creativos, asumen riesgos, disconformes con lo predecible, buscan consecuencias imprevistas.

Relaciones Interpersonales. Retraimiento: falta de emotividad e indiferencia social, silenciosos, pasivos y renuentes a participar. Comunicatividad: buscan estimulación y atención,

simpáticos, brillantes y también exigentes y manipuladores. Vacilación: tímidos y nerviosos en situaciones sociales, desean ser aceptados, pero temen el rechazo, sensibles y emotivos, propensos a aislarse. Firmeza: creen ser talentosos y competentes, ambiciosos, egocéntricos y seguros de sí mismos. Discrepancia: actúan de modo independiente y no conformista, no acatan normas tradicionales. Conformismo: honrados, con autodominio, respetan la autoridad, cooperativos, no espontáneos. Sometimiento: habituados al sufrimiento, sumisos ante los demás. Control: enérgicos, dominantes y socialmente agresivos, se ven como intrépidos y competitivos, ambiciosos y obstinados. Insatisfacción: pasivo-agresivos y malhumorados, estados de ánimo y conductas variables. Concordancia: simpáticos socialmente, establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes, ocultan sus sentimientos negativos. (p. 197).

Retomando el concepto de personalidad (Balarezo, 2008 - 2010) quien la define como una “estructura dinámica integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual”, “cada persona adquiere rasgos propios que los diferencian de las demás personas. Cada persona “es única”. (p. 71), esta conceptualización indica que ante situaciones complejas cada persona tiene sus propios estilos y formas de enfrentar, reacciones propias de su personalidad y de la manera que tiene de mirar sus situaciones, las del entorno y cómo van a tomar las decisiones y proceder con su tratamiento.

Balarezo (2010) recalca la importancia de la individualidad de las personas en su actividad psíquica, pero plantea que existen construcciones que son similares, hecho que se vincula a la experiencia social y familiar lo que permite realizar esquemas de agrupación para facilitar el

trabajo psicoterapéutico, toma como ejes básicos para su tipología: el comportamiento humano, la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales dado que estas características están presentes en todas las personalidades. La visión psicosocial del modelo señala requisitos de primacía en cada sujeto, sea porque predominen algunos de los rasgos o por su déficit y las diferencias individuales se marcarían por la expresión mayoritaria de uno u otro de estos rasgos. (p. 81-82), la tipología de personalidad y sus rasgos se plantean a continuación:

3.2.1 Personalidad con predominio cognitivo

Personalidades Anancásticas y Paranoides. Prevalcen los juicios, razonamientos, la lógica en su conducta y en su expresión afectiva, los contactos sociales mantienen esta particularidad, son adherentes a sus cogniciones, afectos y comportamientos, denotando propensión a mantenerse en ellos.

Anancásticas. Búsqueda de perfección que en ocasiones interfiere en la actividad práctica, rectitud, escrupulosidad, preocupación por los detalles, orden y reglas, predominio del súper yo, empeño por el sometimiento de los demás a sus pensamientos y criterios, apego al trabajo y a la productividad, escrupulosidad e inflexibilidad en relación con la limpieza, represión afectiva, falta de generosidad, incapacidad para desprenderse de objetos, tendencia a conductas rígidas, preocupación por los detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios, tendencia a la indecisión, cualquier aspecto que amenace su rutina les genera ansiedad.

Paranoides. Inferencias sobre engaños, desconfianza ante nuevas amistades, tendencia al rencor, propensión a los celos, reacción y contrataque ante la humillación y la ofensa, expansividad del yo, recolección de documentos para su defensa, características de liderazgo,

reticencia a confiar en los demás, generosidad por poder, sospechas, sin base suficiente, acerca de que los demás se van a aprovechar de él, preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de amigos y socios, tendencia a albergar rencores durante mucho tiempo, dificultad para olvidar insultos, injurias o desprecios, suspicacia, tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes, tendencia a la frialdad, el egocentrismo y la rigidez, sentido combativo y tenaz de los propios derechos.

Interesados por el poder y el rango social, propensión a ser muy competentes.

Las personas con predominio cognitivo pueden usar, de forma propositiva, para controlar su diabetes la aplicación de la lógica en su conducta empleando los conocimientos brindados en la psicoeducación, su adherencia y organización para cumplir con el tratamiento tanto en la parte médica como cambios en el estilo de vida.

3.2.2 Personalidad con predominio afectivo

Personalidades Histriónicas y Ciclotímicas. Presentan predominantemente: expresión fácil de las emociones, acercamiento social cómodo, cogniciones y conductas invadidas por el afecto, extraversión con búsqueda permanente de estimulación externa, desinhibición y rápida movilización de sus sentimientos y comportamientos.

Histriónicas. Búsqueda constante de apoyo y elogio, incomodidad ante situaciones en las que no es el centro de la 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 y dramática y tendencia a la teatralidad, inestabilidad, labilidad, y excitabilidad emocional, cambios de humor y escasa tolerancia a la

frustración, sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás, relaciones interpersonales superficiales, expresión emocional superficial y rápidamente cambiante, interacción con los demás caracterizadas por un comportamiento seductor y provocador, generosidad expresada para ser elogiado, manipulación a través de su verbalización, forma de hablar excesivamente subjetiva y con matices expresivos, consideración de sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Ciclotímicas. Oscilaciones de su estado de ánimo, período de lentificación orgánica y psíquica. Períodos de aceleramiento funcional y psíquico, contacto social fácil, agradable, alegre y franco que se alterna con períodos de retraimiento social, hipersensibilidad, colaboración solícita y preocupación por los demás, generosidad espontánea, bajo nivel de tolerancia, en estado afectivo positivo se muestra activo, trabajador, optimista de fácil conversación, participativo, organizador, en estado afectivo negativo se torna triste, pasivo, despreocupado de su aspecto personal, negativista y retraído.

Las personas con rasgos predominantemente afectivos pueden encaminar su expresión fácil de las emociones, acercamiento social cómodo, proactividad en función de solicitar apoyo a personal calificado para aprender más sobre su enfermedad, en el proceso psicoterapéutico se puede utilizar su necesidad de verse bien para motivar el autocuidado y cumplimiento del tratamiento.

3.2.3 Personalidad con predominio comportamental

Personalidades Impulsivas y Trastorno Disocial de la Personalidad. Se expresan por la activación conductual inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos,

de acción enérgica y primaria tanto en las relaciones interpersonales, los afectos y las cogniciones.

Impulsivas. Relaciones interpersonales intensivas e inestables, impulsividad en sus reacciones cotidianas, preferencia por las actividades en espacios abiertos y que sean de riesgo y competencia, perseverantes y enérgicas, tolerancia alta al dolor, esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario, patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos o la idealización y devaluación, alteraciones con la identidad y la autoimagen acusada y sentido de sí mismo persistentemente inestable, impulsividad en algunas áreas, que pueden ser potencialmente dañinas para sí mismos como en gastos sexo, abuso de sustancias conducción temeraria, atracones de comida, inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez días, sentimientos crónicos de vacío, manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos, tendencia a implicarse en relaciones intensas e inestables.

Trastorno disocial de la personalidad. Pauta de conducta irresponsable, mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendencieras, fugas del hogar, ausentismo escolar y crueldad física, fracaso en la actividad laboral y el mantenimiento de obligaciones económicas familiares y sociales, impulsividad, irritabilidad, agresividad y violencia, despreocupación por la seguridad personal o ajena, falta de remordimientos respecto a sus conductas y una marcada predisposición a culpar a los demás de las mismas, falta de capacidad de empatía, incapacidad para mantener relaciones personales, tolerancia muy baja a la frustración, carencia de aprendizaje a través de la

experiencia, fracaso para someterse a las normas sociales, impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.

Personas con predominio de rasgos comportamentales (excepción del trastorno disocial de la personalidad) pueden por su actitud competitiva y enérgica plantearse metas dentro del tratamiento y su perseverancia sería conveniente para mantener el control y cumplimiento, se puede se puede motivar también su preferencia por las actividades en espacios abiertos para promover actividad física frecuente que es uno de los pilares del autocontrol de la diabetes.

3.2.4 Personalidad con déficit relacional

Personalidades Esquizoides, Evitativas, Dependientes y Trastorno Esquizotípico de la Personalidad. Tendencia a la intimidad personal, al retraimiento social y dificultad en la expresión afectiva externa, de conducta meditada y escasa, la cognición se desvincula del otro y se retrae hacia sí mismo.

Esquizoides. 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, tendencia a la fantasía, afectividad distante, incapacidad relativa para sentir placer, disfrute de pocas o ninguna actividad, escasa amistad íntima con personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.

Evitativas. Hipersensibilidad a los contactos interpersonales, por lo que evitan trabajos o actividades que implique un contacto importante, pocas relaciones íntimas y confidentes, establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro, evitación de

actividades sociales complejas, reservado en las reuniones sociales, tendencia a rehuir dificultades, riesgos y peligros físicos, dificultad para implicarse con la gente, no está seguro de agradar, represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado, 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 para los demás, extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

Dependientes. Dificultad para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con consejo o reafirmación por parte de los demás, aquiescencia a los demás, dificultad para organizar proyectos o actividades por su poca iniciativa, realización de tareas desagradables para ser aceptado por los otros, incomodidad ante la soledad, sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas, temor al abandono, sensibilidad a la crítica y a la desaprobación, conducta dependiente y sumisa, tendencia a fomentar o permitir que otras asuman responsabilidades importantes en su vida, subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que depende, sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo debido a miedos exagerados a ser capaces de cuidar de sí mismos, búsqueda urgente de otra relación cuando termina un vínculo importante, para que le proporcione el cuidado y apoyo que necesita, colaboración y disciplina.

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 sub-culturales, experiencias perceptivas inhabituales incluidas las ilusiones corporales, pensamiento y lenguaje raro, vago, circunstancial, metafórico o estereotipado, suspicacia o ideación paranoide,

afectividad inapropiada o restringida, comportamiento o apariencia excéntricos o peculiares, falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado, 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. (p. 82-91).

En las personas con rasgos con déficit relacional (excepción del trastorno Esquizotípico de la Personalidad) por su tendencia a la intimidad personal, su conducta meditada, el temor a correr riesgos personales, colaboración y disciplina se podrían promover en el proceso el autocuidado con una base clara de conocimientos sobre su enfermedad y la forma de autocontrol.

Los rasgos de personalidad planteados, por Balarezo tanto como los de Millon, si bien son clasificaciones diferentes, pero nos brindan luces en el análisis de que cada grupo cuenta con características que se deben desarrollar y otras limitar al momento de lograr que las personas con diabetes asuman su tratamiento de una manera propositiva su enfermedad crónica.

3.3 Conclusiones

La adherencia al tratamiento se consigue cuando el paciente tiene la capacidad de involucrarse activamente en su tratamiento, cuando tiene claridad de qué clase de enfermedad padece, las posibles complicaciones y las formas para controlar estos procesos, involucrarse también está asociado al concepto de autoeficacia que permite al paciente trazar metas saludables y cumplirlas, convirtiéndose en un reforzamiento positivo permanentemente. No se puede dejar de lado la consideración que el personal de salud tiene ampliamente que ver en este proceso, la fluidez, claridad en los conocimientos y la confianza

que brinden al paciente en el momento de compartir la información pertinente al diagnóstico va a ser decisiva para que el paciente se motive y mejore su autocuidado.

En lo referente a la personalidad, todas las clasificaciones presentan rasgos potencialmente positivos para lograr adherencia al tratamiento, lo importante es canalizarlos de manera propositiva para que el paciente los use en su beneficio.

Capítulo IV.

Asesoramiento psicológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Parte Práctica

4. Introducción

En este capítulo se expone la parte práctica de la investigación, se plantea el estilo de procedimiento que se maneja en el Centro de Diabetes, la metodología elegida, estudio de caso, y la aplicación psicoterapéutica (asesoramiento) con los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, el procedimiento, sesión por sesión, cómo cada paciente plantea su situación personal con referencia a su falta de adherencia al tratamiento y cómo va evolucionando hasta llegar al fin del proceso y plantear las conclusiones de este trabajo.

4.1 Procedimiento

Esta investigación se la realizó en el Centro de Diabetes del Dr. Waldo Calle, centro especializado en brindar atención integral médica, psicológica y de educación diabetológica, a las personas con Diabetes y sus familias.

El proceso que se sigue para la atención de los pacientes es el siguiente:

1.- **Recolección de datos.** Se recibe la información para la ficha clínica en la que se constan los datos de filiación, antecedentes familiares de enfermedades, antecedentes personales de otras enfermedades, procesos quirúrgicos, número de hijos, en mujeres datos obstétricos. En el siguiente apartado se investiga su organización y relación familiar, si requiere de cuidador, o si es autosuficiente en su cuidado básico, situación socioeconómica, estado emocional (expresión

de emociones, rasgos de personalidad, estado de ánimo actual, nivel de aceptación de enfermedad crónica, niveles de estrés).

2.- Condición de enfermedad actual. Se enfoca básicamente información sobre su diabetes: tiempo de diagnóstico, evolución, daños causados por la misma, sintomatología activa, tratamientos usados: antidiabéticos orales, administración de insulina, inclinación por tratamientos “naturales” y sus efectos, se determina también si hay otros diagnósticos asociados, resultados de exámenes anteriores, datos sobre alimentación, actividad física, etc.

3.- Exámenes específicos. Luego se les realiza un examen en sangre capilar denominado Hemoglobina Glicosilada A1c (HbA1c), este determina la concentración de la glucosa en la sangre de los últimos tres meses, resultado puede ir desde 5% a 14%, si el paciente tiene hasta 5,8% no tiene Diabetes, resultados superiores indican existencia de la enfermedad y compensación de la misma hasta máximo 8%, pasado este resultado 9% ya tenemos niveles de descompensación peligroso y por ende mal control glucémico, al ser un examen matemático y objetivo, este resultado permite determinar claramente la condición del paciente, la clase de tratamiento que necesita, y si el paciente ya tiene diabetes por algún tiempo su nivel de adherencia al tratamiento. Además, se les realizan medición de tensión arterial, composición corporal, pulso, oximetría, etc., esto con la finalidad de recabar todos los datos posibles para dar un enfoque global al tratamiento.

4.- Derivación de pacientes. Basados en el historial del paciente y en el resultado de HbA1c se analiza el caso, se determina las causas del nivel de descontrol, si hay falta de adherencia al tratamiento por: temores del paciente frente al tratamiento, cogniciones erradas que el paciente tiene sobre su enfermedad, bajo nivel de aceptación y de comprensión de la enfermedad crónica,

poco apoyo de familiares o cuidadores, presencia de sintomatología emocional activa, etc. Se programa una entrevista con la psicóloga y conjuntamente se establecen las necesidades y metas del tratamiento integral. Luego, de esta entrevista semiestructurada, el paciente decide si acepta o no el tratamiento, si su respuesta es afirmativa se comienza un “tratamiento intensivo” en el que conjuntamente con el tratamiento médico se va a desarrollar un proceso de intervención psicoterapéutica.

5.- Procedimientos. El paciente que empieza el tratamiento intensivo asiste conjuntamente una vez por semana por 6 a 8 semanas a revisiones médicas en las que se va supervisando la administración de insulina bajo monitoreo de glucosa y la evolución favorable de su condición física y a sesiones de asesoramiento psicológico el que, dependiendo el caso, se enfoca lograr mejorar la comprensión y aceptación de su enfermedad crónica, mejorar autocuidado, mejorar autoeficacia y adherencia al tratamiento.

6.- Comprobaciones. Una vez terminado el proceso tanto médico como psicoterapéutico se verifican los resultados: en lo referente a la parte médica se analizan los niveles glucémicos y se realiza un nuevo examen de HbA1c. comparando los resultados con los de inicio de tratamiento y se determina el grado de mejoría, y para el proceso de asesoramiento psicoterapéutico se aplica un cuestionario cerrado de 10 preguntas para determinar su nivel de adherencia al tratamiento y el grado de satisfacción logrado en el proceso.

En esta investigación se incluyó a 5 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- Que el examen de HbA1c. sea mayor a 9% que indica mal control de su Diabetes.
- Que el paciente tenga diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 más de 1 año y que haya tenido tratamiento previo.

- Que luego de la entrevista se determine que la causa de su mal control es la no adherencia al tratamiento por cogniciones y conductas erradas.
- Que acepte empezar tratamiento intensivo.

4.1.1 Metodología de investigación: Estudio de caso

Esta es una investigación cualitativa y descriptiva con modalidad de estudio de caso múltiple, Irene Barrio, I. González, J. Padín, L. Peral, P. Sánchez, I. Tarín, E. (2013) plantean que es un método de investigación cualitativa que se ha utilizado ampliamente para comprender en profundidad la realidad social y educativa. Citan a varios autores como: Muñoz y Muñoz (2001) “La particularidad más característica de ese método es el estudio intensivo y profundo de un/os caso/s o una situación con cierta intensidad, entiéndase éste como un “sistema acotado” por los límites que precisa el objeto de estudio, pero enmarcado en el contexto global donde se produce”. (p. 2), Muñoz y Serván, (2001) “Puede incluir uno o varios casos, pero su propósito fundamental es comprender la particularidad del caso, en el intento de conocer cómo funcionan todas las partes que los componen y las relaciones entre ellas para formar un todo”. (p.3). Pueden clasificarse a partir de diferentes criterios: Atendiendo al objetivo fundamental que persiguen, Stake (1998) quien identifica tres modalidades: el estudio intrínseco de casos: su propósito básico es alcanzar la mayor comprensión del caso en sí mismo, el producto final es un informe básicamente descriptivo, el estudio instrumental de casos: su propósito es analizar para obtener una mayor claridad sobre un tema o aspecto teórico y el estudio colectivo de casos: el interés se centra en indagar un fenómeno, población o condición general a partir del estudio intensivo de varios casos. (p.4).

Esta investigación es un estudio colectivo de casos, el interés se centra en alcanzar adherencia al tratamiento médico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en una intervención psicoterapéutica de 8 a 10 sesiones en 5 pacientes, proceso que parte desde el enfoque integrativo centrado en la personalidad y se realiza un asesoramiento psicológico para lograrlo.

4.2 Aplicaciones psicoterapéuticas

1.- Entrevista semiestructurada. Esta es un complemento de la primera de admisión, aquí se profundiza en la obtención de información de las ideas que tiene el paciente sobre: su condición médica, sobre su enfermedad, su nivel de aceptación y de comprensión de enfermedad crónica, nivel de apoyo que tiene de las personas que le rodean, presencia de sintomatología emocional activa, además se profundiza también en sus conductas y reacciones para mirar sus rasgos de personalidad.

2.- Aplicación de Cuestionario de Personalidad SEAPSI. Se aplica este cuestionario para respaldar el criterio clínico del tipo de personalidad del paciente. Este es un cuestionario que identifica rasgos predominantes de personalidad, es un instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidad, los mismos que contiene 10 ítems de selección, tiene como objetivo 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 psicoterapéutico. Se hace un conteo de cada ítem elegido en cada grupo de personalidad, se suma, este resultado puede ir desde 0 a 10, y el que tenga más ítems elegidos indica el predominio de rasgos existentes en esa

persona, luego estos valores se trasladan a una tabla en la que se nota con mayor claridad la o las tendencias de los rasgos de personalidad. Martínez. Gabriela (2013. p. 33-34).

3.- Sesiones de asesoramiento psicoterapéutico. Asesoramiento que es llevado a cabo bajo los lineamientos planteados por Balarezo (2010) quien la define como “una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos”. (p. 140).

Las técnicas que se van a utilizar en este proceso son:

Psicoeducación. Considerada como la información brindada a los pacientes para que puedan entender y manejar de mejor forma su situación de enfermedad. Colom, Francesc (2011) plantea que la psicoeducación eficaz va mucho más allá de la información y aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas. (p.4).

Ocio, Sergio (2012) La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición. Los pacientes y sus familiares tienen una gran necesidad de información y el derecho a que les sea dada. La psicoeducación nace a partir de una necesidad clínica y es eficaz si va más allá de la información y aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad. Sus elementos importantes son: transferencia de información, descarga emocional, adherencia al tratamiento y apoyo para la autoayuda.

Para desarrollar esta técnica se siguió el esquema que propone Fenel (2003), citado por Gómez, Beatríz (2011) en su estudio: sobre el Abordaje de perturbaciones asociadas a enfermedades

cónicas, quien propone que la adaptación a la enfermedad crónica requiere atravesar por fases que son:

Fase 1: Crisis: La presencia de la enfermedad dispara 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 producen la nueva experiencia de tener una enfermedad.

Fase 2: Estabilización: Los síntomas llegan a una meseta y las personas se familiarizan con la enfermedad, a veces los pacientes intentan mantener un nivel de actividad similar al que tenían antes de que apareciera, lo que da lugar a una carga 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 recaídas de la enfermedad el paciente comprende su dolencia y las respuestas de los demás, comienza a aceptar que la sensación acerca de sí mismo anterior a la enfermedad no volverá. En esta fase la tarea básica es desarrollar una nueva imagen de sí mismo y buscar una filosofía personal y espiritual consistente con ella.

Fase 4: Integración: Las personas logran integrar aspectos de su autoimagen previa a la enfermedad a su nueva realidad. En esta fase se debe 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. (p. 241-242).

Este esquema nos permite incluir los conceptos básicos sobre diabetes que el paciente debe conocer mediante la educación diabetológica y adquirir autoeficacia en el cumplimiento de tratamiento.

Educación diabetológica. No es una técnica psicológica, pero se la incluye porque dentro del tema de Diabetes es fundamental que pacientes y familiares o cuidadores conozcan todo lo concerniente a su enfermedad y manejo adecuado: ¿Qué significa tener una enfermedad crónica?, ¿Cómo enfrentar la enfermedad?, ¿Qué es la diabetes?, Diabetes controlada vrs. diabetes descontrolada, ¿Qué síntomas pueden presentarse?, ¿Cuáles son los niveles de glucosa adecuados?, ¿Cómo regularlos?, ¿Cómo funciona la insulina en su organismo?, ¿Qué posibilidades de tratamiento hay?, ¿Qué tipo de alimentos debe consumir?, ¿Cuáles son los beneficios que el ejercicio genera en su organismo?, ¿Cómo las preocupaciones excesivas inciden en su bienestar?, ¿Cuáles son los daños que pueden generarse si los controles del glucosa no son adecuados?, ¿Qué cambios deben ser duraderos en el estilo de vida?, ¿Cómo va a vivir con su enfermedad?, ¿Con qué clase de apoyo cuenta para mantener un buen control de Diabetes?, Prevención de nuevas recaídas, etc. Mientras mayor y apropiado sea el conocimiento del paciente sobre su enfermedad mejor será su manejo y control, además ayuda a cambiar las falsas creencias y mitos relacionados con la enfermedad que tiene el paciente y sus familiares.

Autoeficacia. Camposeco, F. (2011) cita a Bandura (1986) quien plantea que la autoeficacia en un campo concreto implica una capacidad generativa en la que es necesario integrar subcompetencias cognitivas, sociales y conductuales en actuaciones encaminadas a alcanzar determinados propósitos. Bandura (2001) señala cuatro rasgos fundamentales de su concepción de la actuación humana en los que se subraya el carácter de “agente” de la persona. Esos rasgos son: intencionalidad, puesto que las acciones suelen realizarse siempre con algún propósito e integrarse en planes de acción; premeditación, pues esos planes se anticipan a posibles eventos futuros representados cognitivamente por el sujeto; autorreacción ante el curso que va tomando

la conducta, que se activa una vez comparada la situación real con el plan diseñado; y autorreflexión. La capacidad metacognitiva para examinar el funcionamiento personal y para reflexionar sobre uno mismo y sobre la adecuación del propio pensamiento. (p. 25).

La autoeficacia asumida le va a permitir al paciente desarrollar mayores habilidades para su autocontrol, al ser una enfermedad crónica, con persistentes variaciones de sus niveles de glucosa el paciente debe estar entrenado para reaccionar adecuadamente ante sus resultados de monitoreo.

Plan de intervención psicoterapéutica.

Psicoeducación	Fases	Objetivos	Técnicas
Transferencia de información. Descarga emocional	Fase # 1: Crisis: Manejarse con los síntomas, el dolor y las sensaciones que produce la experiencia de enfermedad.	Conocer la información pertinente para mejora su control de diabetes. Expresar sus emociones con referencia su enfermedad crónica.	Escucha empática. Comunicación asertiva. Educación diabetológica. Catarsis. Exposición de emociones indeseables. Validación de emociones. Técnicas de respiración.
Adherencia al tratamiento	Fase #2: Estabilización: Estabilizar y reestructurar los patrones de vida. Fase #3: Resolución: Desarrollar una nueva imagen de sí mismo y buscar un estilo de vida consistente con ella.	Cumplir con el tratamiento.	Modificación de distorsiones cognitiva: Debate de ideas irracionales. Referencias. Búsqueda de soluciones alternativas. Autoafirmaciones. Observación y autoanálisis de rasgos de personalidad. Modificación conductual.
Apoyo para la autoayuda	Fase #4: Integración: Reincorporarse a la vida, integrar su diagnóstico dentro de un marco existencial, logrando bienestar.	Reconocer sus habilidades personales y asumir un papel proactivo en su tratamiento.	Hábitos de vida saludables. Cambio de conductas de riesgo. Prevención de recaídas.

Fenel (2003).

4.2.1 Descripción de casos.

Paciente #1

Nombre: NN.

Edad: 48 años.

Género: Masculino.

Nivel de instrucción: Secundaria.

Ocupación: Transportista.

Estado civil: Casado

de hijos: 4.

Antecedentes personales y familiares: Paciente refiere que proviene de un hogar organizado y completo, en la infancia buena relación con su madre, con el padre mala relación, distante, le castigaba físicamente a él y a sus hermanos. En su etapa de escolaridad, comenta que era retraído y que se le dificultaba relacionarse con sus pares, comenta que salía la mayor parte del tiempo con su hermano menor con el que tenía una buena relación. En su etapa adulta, mala relación con pareja, se comunica poco y se agudiza distanciamiento con descontrol de la diabetes, refiere estar preocupado por el bienestar de sus hijos si él les falta.

Antecedentes disfuncionales: Refiere que presentó malestar significativo por su diagnóstico médico, en especial con lo referente a las esferas: familiar dificultades porque esposa trata de cuidarle en la alimentación, autoimagen (pérdida de peso), preocupación por síntomas activos como decaimiento irritabilidad, disminución de la capacidad visual y por pronóstico a corto plazo (temor a ceguera, amputación), desconfianza en capacidades personales, se siente limitado

para controlarla. Mecanismos de afrontamiento negativos como la evitación e irritabilidad frente a las necesidades de cambio.

Personalidad: Personalidad con déficit de relación con rasgos evitativos.

Diagnósticos médicos asociados: Dislipidemia.

Diabetes: Paciente con 6 años de diagnóstico de diabetes, con Hb A1c de 11% con síntomas activos como: enflaquecimiento, poliuria y polidipsia, decaimiento, irritabilidad.

Antecedentes de enfermedad y tratamiento: Refiere que le indicaron antidiabéticos orales (ADO) que tomó por un mes regularmente, cuando ya se sintió mejor las dejó y las volvía a tomar solo cuando sentía “molestias”, “no me gusta tomar pastillas”.

Indicaciones médicas: Iniciar tratamiento intensivo con administración de insulina en dosis variables, monitoreo tres veces al día antes de comida, cambios según evolución, tres primeras semanas de tratamiento sin restricciones alimenticias hasta que compense peso, actividad física desde la 4ta. semana, según evolución. Intervención psicológica para estabilizar estado de ánimo.

Objetivos de proceso de asesoramiento psicoterapéutico: Lograr aceptación de enfermedad y mejorar adherencia al tratamiento médico.

Pcte. #1.	Sesión	Técnicas	Actividades	Evolución	TIS
Fase # 1 Crisis.	1	<p>Encuadre de proceso. Escucha empática.</p> <p>Validación de emociones.</p> <p>Comunicación asertiva:</p>	<p>Se indica # de sesiones y duración. Se establecen las metas del tratamiento asumiendo las necesidades del paciente.</p> <p>Paciente manifiesta el malestar que le genera su diagnóstico. Se indica que su reacción es adecuada a su situación actual y lo importante de que exprese sus emociones así las considere negativas.</p> <p>Educación diabetológica: Se indica conceptos básicos sobre enfermedad crónica.</p>	<p>Pcte. acepta el proceso de asesoramiento y el tratamiento para controlar diabetes.</p>	
	2	<p>Exposición de emociones indeseables. Validación de emociones.</p> <p>Comunicación asertiva:</p>	<p>Paciente expresa enojo por no haberse cuidado antes (glucemias altas promedio de 300mg/dl.)</p> <p>Se indica es positivo que pueda expresar lo que siente, que es parte de afrontar su enfermedad.</p> <p>Educación diabetológica: conceptos básicos de diabetes (progresión de la enfermedad).</p>	<p>Pcte. refiere sentirse más aliviado y físicamente algo mejor.</p> <p>Se recepta información de lo que el pcte. conoce de</p>	<p>Auto-validación: Se indica a pcte. que observe con la solvencia que está manejando ahora su tratamiento (monitoreo y dosis de insulina).</p>

			Aplicación de Cuestionario SEAPsI.	Diabetes, y se orientan en lo que hay error.	
Fase #2 Estabilización	3	Modificación de distorsiones cognitivas: Autoafirmaciones.	Se plantea que analice que origina su enojo: reconocimiento de negligencia anterior, o falta de aceptación de su enfermedad.	Se muestra callado pero receptivo, a la información que se le da. Comenta que los síntomas físicos los percibe claramente y que va a seguir las indicaciones que se le brinden, porque ahora si quiere mejorar.	Observar variaciones de glucosa entre la semana anterior y esta. Tome en cuenta las posibles razones de la variación.
	4	Modificación de distorsiones cognitivas: Autoafirmaciones.	Se le plantea al pte. que comente como le fue con la TIS y se reafirma las variaciones de glucosa han mejorado porque ha cumplido el tratamiento. Propio esfuerzo. Educación diabetológica en: ¿Qué es estar enfermo?, Enfermedades: controlables y no controlables.	Pcte. reflexiona diciendo “dejar que la enfermedad me haga daño por 6 años de mi vida, pensaba que si no la tomaba en cuenta iba a desaparecer”, que se ha sentido un poco más cómodo consigo mismo, sabiendo que si se dedica mejora.	Valoración de bienestar actual. Síntomas iniciales y rango.
	5	Observación de rasgos de personalidad.	De acuerdo a los resultados de la aplicación del Test de SEAPsI se comentan los rasgos predominantes.	Pcte. está de acuerdo con la clasificación y comenta que muchas veces esos rasgos le han traído conflictos en la relación con su familia y amistades.	Rasgos de personalidad que cree que podría modificar. Establecer línea de comunicación con su

		Modificación conductual.	Se indica lo importante que es para el control metabólico que integre a su rutina ejercicios.		familia y compartir conceptos de su enfermedad (diabetes hereditaria). Implementar ejercicios físicos de 3 a 5 días por semana.
Fase # 3 Resolución	6	Búsqueda de soluciones alternativas.	Generar mayor comunicación con su familia. Se analizan los rasgos que él pudiera intentar modificar: elige expresión de necesidades asociadas a su tratamiento médico.	Comenta que le costó un poco conversar sobre el tema con la familia, se dio cuenta que todavía le tiene temor a la enfermedad y que no tuvo respuesta para algunas preguntas que le hicieron sus hijas, sobre todo de su bienestar futuro.	Continuar comunicando a familiares las indicaciones dadas para su tratamiento y lo que tiene que mantener a largo plazo (alimentación y ejercicios).
	7	Educación diabetológica en daños de la diabetes descontrolada. Modificación conductual: Registros de glucemias regulares. Hábitos de vida saludables.	Observar los logros de tratamiento. Registros de glucosas	Comenta que está más tranquilo con referencia a su control de diabetes, glucemias menores a 160mg/dl.	Cumplir con las indicaciones dadas en lo referente a alimentación adecuada, administración de insulina y ejercicios.

Fase #4 Integración	8	Modificación conductual: Hábitos saludables.	Revisión de pautas dadas de: ejercicios físicos, alimentación y tratamiento a largo plazo.	Refiere que su mejoría no solo es física, comenta que se siente con más ánimo para compartir e interactuar con su familia.	
	9	Modificación conductual: Evitar conductas de riesgo.	Educación diabetológica en: beneficios del ejercicio y la disminución de glucosa. Planificación de: horarios para ejercitarse, tiempo de duración y frecuencia. Analizar consecuencias de abandono de tratamiento.	Indica que está claro que su enfermedad le acompañará todo el tiempo pero que él sí puede controlarla si no abandona el tratamiento.	Mantener las dosis de insulina a largo plazo. Al igual que los ejercicios físicos indicados y rutinas.

Conclusiones: Examen inicial de Hb A1c de 11%, examen final de Hb A1c de 7,6 % que equivale a un buen control de diabetes. Paciente cumplió todo el proceso, asistencia regular a sus controles médicos y sesiones de asesoramiento, con evolución lenta al inicio pero mejoró participación y bienestar, refiere sentirse bien físicamente, consiente de la cronicidad de su enfermedad y que debe mantener su tratamiento a largo plazo.

Paciente #2.**Nombre:** NN.**Edad:** 35 años.**Género:** Masculino.**Nivel de instrucción:** Secundaria.**Ocupación:** ----**Estado civil:** Soltero**# de hijos:** -

Antecedentes personales y familiares: Paciente refiere que proviene de un hogar organizado, incompleto, padre muere cuando tenía 5 años y a los 8 años muere su madre. Estaba a cargo de sus hermanos mayores, es el último de 9 hermanos. Recuerda infancia difícil debido a que sus hermanos se dedicaron a trabajar y pasaba la mayor parte del tiempo solo. No refiere muchos recuerdos de su etapa escolar, pero comenta que era “poco amiguelo”. A los 17 años decide ir a USA y se radica ahí hasta hace 6 meses, no tiene relación de pareja ni hijos, vivía con una hermana y sobrina, con quienes tenía una buena relación.

Antecedentes disfuncionales: Manifiesta malestar significativo en especial con lo referente a las esferas: de calidad de vida, “vivir enfermo”, le preocupa su apariencia física por la pérdida de peso, intranquilidad porque no puede cumplir con la dieta impuesta “me quedo con hambre” y no poder disfrutar de placer que proporciona la comida. Manifiesta temor ante las situaciones nuevas, a tener que hacer un tratamiento más riguroso y a que su enfermedad le cause más daños.

Personalidad: Personalidad con déficit de relación con rasgos evitativos.

Diagnósticos médicos asociados: Tabaquismo.

Diabetes: Paciente con 8 años de diagnóstico de diabetes, con Hb. A1c. de 11,7%. Pérdida de peso.

Antecedentes de enfermedad y tratamiento: Comenta que su diagnóstico fue hecho en USA y por las dificultades del idioma le resultaba difícil entender que le estaba pasando, los médicos le indicaron una serie de restricciones alimenticias y le dieron tratamiento con ADO, mejoró por un tiempo, pero luego le fue difícil cumplir con las restricciones alimenticias, le tocaba comer en restaurantes y a la hora que podía, por sus horarios de trabajo, “verduras y hortalizas era lo que menos encontraba entonces no comía”, bajó mucho de peso y no logró recuperarlo sintiéndose incómodo con su imagen corporal. Hace un año sus resultados de glucosa volvieron a subir y indicaron el uso de insulina, pero no tuvo buenos resultados además que le habían dicho que no es bueno usarla, regresó a Ecuador y sus familiares se alarmaron al verle en esa condición y buscaron atención de especialidad.

Indicaciones médicas: Iniciar tratamiento intensivo con administración de insulina en dosis variables, monitoreo tres veces al día antes de comida, cambios según evolución, 5 primeras semanas de tratamiento con alimentación libre hasta que mejorar peso, actividad física de acuerdo a compensación. Intervención psicológica por sus temores a tratamiento y diagnóstico.

Objetivos de proceso de asesoramiento psicoterapéutico: Mejorar conocimiento sobre su enfermedad y lograr adherencia al tratamiento médico.

Pcte. #2.	Sesión	Técnicas	Actividades	Evolución	TIS
Fase # 1 Crisis.	1	<p>Encuadre de proceso. Escucha empática.</p> <p>Catarsis.</p> <p>Validación de emociones.</p> <p>Comunicación asertiva:</p>	<p>Se indica la duración y el # de sesiones que se van a realizar. Se establecen metas del tratamiento de manera conjunta con el paciente.</p> <p>Paciente lábil emocionalmente, comenta frustración por no poder mejorar. Refiere que le preocupa mucho verse delgado, y que han pasado 8 años y no se ha recuperado y que esto le causa además decepción porque siente que se esfuerza.</p> <p>Se indica que su frustración es coherente al tiempo en el que su diabetes no se ha compensado.</p> <p>Educación diabetológica: Se indica cómo funciona el tratamiento, dificultad para ganar peso, en función de su diabetes descontrolada, beneficios del uso de insulina en cantidades y tiempo necesario.</p>	<p>Pcte. acepta el proceso integral. Asesoramiento psicológico y control de diabetes.</p>	
Fase #2	2	Modificación de distorsiones	Comenta temor a las complicaciones (varios	En la observación clínica pcte. se	

Estabili- zación		<p>cognitiva:</p> <p>Comunicación asertiva:</p>	<p>familiares con diabetes y daños importantes). Temor al uso de insulina, le han comentado que se puede quedar ciego.</p> <p>Educación diabetológica: Que es insulina, como funciona en el organismo.</p> <p>Ejercicios respiratorios para disminuir intranquilidad.</p> <p>Aplicación de Cuestionario SEAPsI.</p>	<p>muestra intranquilo y con hiperhidrosis, temeroso al comunicarse.</p> <p>Refiere que a pesar del temor al tratamiento se da cuenta que se siente mejor y que está ganando peso.</p>	<p>Se indica al pcte. que vaya comparando resultados de glucosa de inicio de tratamiento con actuales. Auto-observación de bienestar físico.</p>
	<p>3</p> <p>4</p>	<p>Modificación de distorsiones cognitivas:</p> <p>Autoafirmaciones.</p> <p>Búsqueda de soluciones: Alternativas para mejorar su auto-</p>	<p>Se plantea los resultados de test aplicado y que realice auto-observación de rasgos de personalidad que limiten su bienestar.</p> <p>Comenta que su timidez es la que le hace que aumente su sudoración. Que eso es lo que quisiera controlar.</p> <p>Se plantea lo importante de su alimentación suficientes vrs.</p>	<p>Refiere que realizó en casa los ejercicios respiratorios y que se ha sentido un poco mejor.</p> <p>Comenta que por muchos años estuvo a dieta y que le resulta extraño comer de</p>	<p>Continuar con el tratamiento y los registros de glucemias.</p> <p>Determinar qué actividades le gustaría volver a realizar.</p> <p>Seguir indicaciones de alimentación</p>

Fase # 3 Resolución	5	cuidado. Autoafirmaciones.	indicaciones anteriores de dieta estricta. Se indica que evalúe todo lo logrado hasta el momento en el tratamiento: control, glucémico y administración de insulina bien realizada. Considerándolo como logro personal.	todo, pero que se da cuenta que le va mejor así, que se siente con más fuerza. Paciente con niveles de glucosa menores a 140mg/dl. Peso ganado aproximadamente 15 lb. Autoimagen: refiere mayor bienestar y aceptación.	brindadas. Análisis de su situación de salud actual. Bienestar personal. Constancia en el tratamiento. Auto observación de mejoría: Objetivizar resultados.
Fase #4 Integración	6 7 8	Autoafirmaciones. Modificación conductual: Implementar ejercicios físicos suficientes y adecuados. Modificación conductual:	Evaluar logros de tratamiento: Conceptos aprendidos sobre su enfermedad. Disminución de temores irracionales. Educación diabetológica: Beneficios de la actividad física como rutina de vida. Se plantea rutinas y duración. Se propone prevenir situación frente a complicaciones	Comenta que lo que le faltó antes es saber más sobre su enfermedad y como controlarla. Comenta que cuando regrese a USA va a tratar de conseguir un trabajo en el que tenga que hacer ejercicios. Refiere que ahora tiene una idea	Empezar con las rutinas planteadas. Mantener todo el

		Registros de glucemias regulares y a largo plazo. Mantener hábitos saludables.	laborales: Preparar alimentos con anterioridad, organizarse para cumplir con el tratamiento médico.	más clara de la forma correcta para controlar su diabetes y estar bien.	tratamiento a largo plazo.
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	----------------------------

Conclusiones: Examen inicial de Hb A1c de 11,7%, examen final de Hb A1c de 6,9% que equivale a un control ideal de diabetes. Paciente cumplió todo el proceso, asistencia regular a sus controles médicos y sesiones de asesoramiento, con buena aceptación de proceso desde el inicio cumpliendo bien sus TIS. Refiere que ahora que conoce más de su enfermedad siente que puede mantenerla controlada bien a largo plazo.

Paciente ha adherencia al tratamiento y control sobre su diabetes.

Paciente #3:**Nombre:** NN.**Edad:** 65 años.**Género:** Masculino.**Nivel de instrucción:** Superior.**Ocupación:** Jubilado**Estado civil:** Soltero.**# de hijos:** ---

Antecedentes personales y familiares: Paciente comenta que proviene de un hogar organizado y completo, que en su infancia vivía alejado de su padre quien era estricto, trabajaba como profesor en el campo, refiere gran apego con su madre (le cuidó hasta que ella murió hace 3 años). Comenta que fue buen estudiante durante todo su periodo de escolaridad, tenía pocos amigos, eligió una carrera en la universidad para ser profesor como su padre, pero que se dedicó a la labor administrativa. Refiere que no se casó por dedicarse a estudiar y por cuidar a su madre, creía que él lo hacía bien, y además su madre no permitía que alguien más la cuide. Se jubiló recientemente y está pensando a que se va a dedicar, mientras ayuda a un hermano en su negocio.

Antecedentes disfuncionales: Tras las indicaciones del médico se sintió desmotivado, preocupado, sintió angustia e intranquilidad está asociada al temor que siente por la experiencia vivida con su madre que también tenía Diabetes, pero con daños visuales y renales importantes. El malestar significativo se evidencia en las áreas de calidad de vida el sentirse enfermo, ha disminuido su fuerza y concentración, refiere preocupaciones por el futuro, temor a no

recuperarse y en las limitaciones en su alimentación. En mecanismos negativos de afrontamiento se evidencia desconfianza y la tendencia al egocentrismo que le limita cuando necesita ayuda.

Personalidad: Personalidad Cognitiva con rasgos de predominio paranoide.

Diagnósticos asociados: Hipertensión arterial sistémica grado II., Taquicardia sinusal. Riesgo renal, Hiperuricemia.

Diabetes: Paciente con 1 ½ años de diabetes, con Hb. A1c de 11,3%, con decaimiento, boca seca, polidipsia y disminución de la capacidad visual.

Antecedentes de enfermedad y tratamiento: Refiere que desde hace un mes siente que se complicó, tenía boca seca y decaimiento, hace 15 días fue donde un médico que le realizó exámenes y le indicó que su diabetes estaba descompensada, le hizo varias advertencias del riesgo de complicaciones y recomendaciones, entre ellas la necesidad de cambios alimenticios drásticos. Es de consideración el temblor en las manos que el paciente refiere tenerlo desde hace 20 años, sin que pudieran determinar la causa, el mismo que aumenta cuando está “nervioso”.

Indicaciones médicas: Iniciar tratamiento intensivo con administración de insulina en dosis variables, monitoreo tres veces al día antes de comida, cambios según evolución, regulación en alimentación, educación diabetológica en riesgo renal y actividad física. Intervención psicológica para disminuir temores a los daños potenciales de la diabetes y mejorar adherencia al tratamiento.

Objetivos de proceso de asesoramiento psicoterapéutico: Disminuir temor a su enfermedad y mejorar adherencia al tratamiento médico.

Pcte. #3.	Sesión	Técnicas	Actividades	Evolución	TIS
<p>Fase # 1</p> <p>Crisis.</p>	1	<p>Encuadre de proceso. Escucha empática.</p> <p>Catarsis Validación de emociones.</p> <p>Comunicación asertiva:</p>	<p>Se indica: duración, frecuencia y # de sesiones a realizarse en el asesoramiento. Se establecen las metas del tratamiento de manera conjunta.</p> <p>Refiere que su desmotivación está dada por lo que sabe de la diabetes, que él cuidó de su madre cuando estaba con daño renal y teme mucho que le pase lo mismo.</p> <p>Se indica que su reacción emocional es completamente adecuada a su situación actual y nivel de descontrol.</p> <p>Educación diabetológica: Se indica conceptos básicos sobre diabetes descontrolada, posibilidades de control, beneficios del uso de insulina como protector renal. Bajo que parámetros se dan los daños irreversibles de la diabetes.</p> <p>Aplicación de Cuestionario SEAPsI.</p>	<p>Pcte. acepta el proceso de asesoramiento y el tratamiento para controlar diabetes.</p> <p>Se muestra triste, desmotivado, decaído.</p>	

	2	Exposición de emociones indeseables Validación de emociones. Comunicación asertiva:	Refiere que ya empezó el tratamiento con insulina y que se siente mejor, pero que el temor persiste, que ha recordado muchos detalles de cómo fue el tratamiento que tenía su madre y como no mejoró se preocupa más. Temor basado en la experiencia previa: Condiciones diferentes de salud entre él y su madre. Educación diabetológica: Dosis adecuadas de insulina.	Comenta que nota que hay muchas diferencias, que es más organizado, con variación en las dosis de insulina que para su entender es mejor.	Comparación de tratamiento que ya conocía con el que realiza actualmente: pro y contras.
Fase #2 Estabilización	3	Debate de ideas irracionales.	Temor por experiencia previa vrs. bienestar físico actual.	Comenta que sus niveles de glicemia han disminuido, que lleva su registro tal cual como le indicaron cumple bien con el tratamiento.	
	4	Autoafirmaciones.	Se plantea que analice cambios logrados positivos. Se reafirma que los logros son personales, pte. hace solo todo el tratamiento.	Comenta que el temblor de sus manos al comienzo le causaron dificultad al momento de medirse la glucosa pero que encontró la forma de hacerlo	

Fase # 3 Resolución	5	Autoanálisis de rasgos de personalidad.	De acuerdo a los resultados del test y a la observación clínica, se plantea los rasgos de personalidad que benefician al tratamiento: Organización.	asentando la mano sobre la mesa. Refiere que trata de cumplir bien con todo el tratamiento ya tiene claro que si va a mejorar.	Auto análisis de rasgos de personalidad que le limitan.
	6	Autoafirmaciones.	Refiere que se da cuenta que su desconfianza le complican el poder estar tranquilo, que a veces vuelve a hacer el examen de glucosa para no cometer errores. Se plantea la necesidad de analizar la motivación de la desconfianza.	Comenta que desde niño ha sido así, que le cuesta mucho estar seguro pero que comprende que a veces exagera.	Hacerse solo una vez el examen de glucosa cuando corresponda.
	7	Búsqueda de soluciones alternativas.	Se plantea la necesidad de reafirmar sus logros individuales (autocontrol de diabetes).	Refiere que conforme ha ido cumpliendo el tratamiento se siente más seguro, que ve como han ido progresando sus resultados y que su bienestar físico es evidente. Que algunos familiares cercanos le han comentado lo bien que está.	Comparación de valores: peso, glucemias y dosis de insulina usadas de inicio de tratamiento y actual.

Fase #4 Integración.	8	Modificación conductual.	Se establece la necesidad de mejorar actividad física para mejorar estado general.	Refiere que no acostumbraba a hacer ejercicios y que le cuesta un poco salir.	Se plantea que ubique horarios y rutinas según su mejor criterio.
	9	Hábitos de vida saludables. Cambio de conductas de riesgo.	Refiere que ya se ha establecido que va a hacer ejercicios dos veces por semana. Se indica que resulta poco para los requerimientos de salud que él tiene, pero que puede ser un buen inicio si es constante.	Acepta mejorar la frecuencia a 4 veces por semana pero de manera permanente.	Mantener los cambios logrados a largo plazo.

Conclusiones: Examen inicial de Hb A1c de 11,3%, examen final de Hb A1c de 6,1 % que equivale a un control ideal de su diabetes. Paciente refiere que sus temores acerca de la enfermedad fueron infundados en su gran mayoría que ahora comprende que si puede estar bien si cumple de manera estricta todo su tratamiento.

Paciente logró control de diabetes disminuir sus temores con referencia a enfermedad crónica y hasta el momento adherencia al tratamiento.

Paciente #4.**Nombre:** NN.**Género:** Femenino.**Edad:** 55 años.**Nivel de instrucción:** Primaria.**Ocupación:** Q. D.**Estado civil:** Divorciada.**# de hijos:** 3.

Antecedentes personales y familiares: Paciente refiere provenir de un hogar completo, disfuncional, padre alcohólico y agresivo, madre “retraída y triste casi todo el tiempo”. Comenta que ella cuando era pequeña no le gustaba verle así y que trataba de cambiarle el ánimo pero muy pocas veces lo lograba. En la escuela tenía varias amigas y se pasaba bien, pero no quería regresar a casa por su padre.

No terminó la secundaria, se embarazó y se casó, tuvo 3 hijas y luego de 10 años de matrimonio se divorció refiere infidelidad de su pareja, comenta que en esa época su ánimo decayó pero que no quería que sus hijas la vieran como ella a su madre y trató de reponerse. Comenta que educa a un nieto por 8 años y que ahora su hija quiere que viva con el padre, situación que le causa preocupación y tristeza.

Antecedentes disfuncionales: Paciente con labilidad emocional, decaída, refiere no tener ánimo para hacer sus tareas de casa, llora con facilidad cuando recuerda el problema con su nieto, se siente incapaz de reponerse.

Personalidad: Personalidad Afectiva con rasgos de predominio ciclotímico.

Diagnósticos asociados: Hipertensión arterial sistémica grado II., IVU recidivante.

Diabetes: Paciente diabética por 9 años, con Hb. A1c de 13,3%, con dolor en cadera y piernas, decaimiento, sonido en oído izquierdo.

Antecedentes de enfermedad y tratamiento: Paciente refiere que ha tenido muchas preocupaciones, el padre del nieto que vive con ella le quiere llevar, se ha pasado triste y decaída, hace 5 meses dejó de tomar su medicación, antes si la tomaba regularmente, pero que a causa de todos estos conflictos se descuidó, que comenzó a sentirse cada vez más débil y perdiendo peso lo que le asustó y acudió a consulta médica.

Indicaciones médicas: Iniciar tratamiento intensivo con administración de insulina en dosis variables, monitoreo tres veces al día antes de comida, alimentación suficiente hasta recuperar peso. Intervención psicológica por su estado de ánimo y abandono de tratamiento.

Objetivos de proceso de asesoramiento psicoterapéutico: Mejorar autocuidado y lograr adherencia al tratamiento médico.

Pcte. #4.	Sesión	Técnicas	Actividades	Evolución	TIS
<p>Fase # 1</p> <p>Crisis.</p>	1	<p>Encuadre de proceso. Escucha empática.</p> <p>Catarsis.</p> <p>Validación de emociones.</p> <p>Comunicación asertiva:</p>	<p>Se indica en qué consiste el asesoramiento, la duración y el # de sesiones que se van a realizar. Se establecen las metas del tratamiento conjuntamente con la paciente.</p> <p>Paciente refiere que se cuidaba bien y cumplía con el tratamiento pero que tuvo problemas en su casa y que se dedicó a resolverlos y lo dejó “como me sentía bien, no pensé que me iba a enfermar tanto”. Refiere preocupación y tristeza por los problemas de su casa (nieto). Se indica que sus sentimientos son adecuados pero que no justifica el abandono de tratamiento.</p> <p>Educación diabetológica: en características de enfermedad crónica y los daños que causa si no se controla de manera óptima.</p>	<p>Pcte. acepta el proceso de asesoramiento y el tratamiento para controlar diabetes.</p>	
	2	<p>Validación de emociones.</p>	<p>Refiere que se arrepiente el haberse descuidado, que no intenta justificar pero</p>	<p>Comenta que se ha dado cuenta que tiene que cuidarse para</p>	

<p>Fase #2 Estabilización</p>	<p>3</p>	<p>Comunicación asertiva:</p> <p>Debate de ideas irracionales</p>	<p>que “no tenía cabeza para nada”.</p> <p>Se indica que el arrepentimiento es válido siempre y cuando sea un motivador para cambios positivos.</p> <p>Considerar que su diabetes no se va a agravar si abandona el tratamiento.</p> <p>Educación diabetológica: daños circulatorios, renales y visuales irreversibles.</p> <p>Aplicación de Cuestionario SEAPsI.</p>	<p>poder cuidar de su nieto y no preocupar a sus hijas. Dice que a momentos se siente animada y con esperanzas y en otros decaída y preocupada.</p> <p>Pcte. indica que a pesar de que sus problemas no han mejorado, ella tiene que estar fuerte para superarlos, si sigue enferma no lo lograría.</p> <p>Comenta que mientras un hubo síntomas activos ella creía que ya no necesitaba el tratamiento, pro que ahora comprende que solo era cuestión de tiempo para complicarse.</p>	<p>Auto-validación: Capacidad de cambio y autocontrol.</p> <p>Observar resultados de monitoreo de glucosa y bienestar físico.</p>
<p>Fase # 3 Resolución</p>	<p>4</p>	<p>Autoanálisis de rasgos de personalidad.</p>	<p>De acuerdo a los resultados del test y la observación clínica se plantean los rasgos de personalidad relevantes que limitan su auto-cuidado. Animo variable.</p>	<p>Refiere que a veces su ánimo cambia con facilidad y que eso le trae inconveniente con su familia.</p>	<p>Observar cambios de humor y cumplir con todo el tratamiento.</p>

Fase #4 Integración	5	Modificación de distorsiones cognitivas: Temor al uso de insulina.	Comenta que ha conversado con unos familiares y le han dicho que “no es bueno que use mucha insulina”. Educación diabetológica: beneficios del uso de insulina en cantidades suficientes.	Refiere que no va a hacer caso a otras personas que no saben de medicina.	Compartir lo aprendido sobre la insulina con familiares (hijas). Auto-observación de bienestar actual y síntomas iniciales.
	6	Modificación conductual: Observación de rasgos de personalidad.	Se da indica a la pcte. que debe implementar cambios en su alimentación e iniciar rutina de ejercicios. Educación diabetológica: se analiza conjuntamente plan de tratamiento completo entregado: Alimentación y actividad física.		Revisión de material con familiares (hija y nieto). Empezar cambios.
	7	Hábitos de vida saludables. Cambio de conductas de riesgo.	Se establecen horarios posibles para realizar ejercicios. Cumplimiento de tratamiento permanente.	Comenta que va a salir con su nieto a hacer los ejercicios que le resulta más fácil.	Mantener rutinas indicadas.
	8	Hábitos saludables. Prevención de recaídas	Observar los logros de tratamiento. Se refuerza conceptos de consecuencias de abandono de tratamiento.	Refiere que comprende que cometió un error pero que ya entendió que no debe volverlo hacer por su propio bien.	Mantener las dosis de insulina a largo plazo. Al igual que todo el tratamiento dado.

Conclusiones: Examen inicial de Hb A1c de 13,3%, examen final de Hb A1c de 6,6 % que equivale a un control ideal de su diabetes. Paciente cumplió el proceso, con evolución favorable desde el inicio, mantuvo preocupación por su situación familiar que disminuyó posteriormente. Refiere que se siente mejor y que ahora ya sabe que es la única que debe cuidarse y hacer bien su tratamiento.

Paciente al momento con diabetes controlada, estado de ánimo equilibrado y cumpliendo todo el tratamiento.

Paciente #5.**Nombre:** NN.**Género:** Masculino.**Edad:** 61 años.**Nivel de instrucción:** Primaria.**Ocupación:** Minería.**Estado civil:** Casado.**# de hijos:** 3.

Antecedentes personales y familiares: Paciente refiere que proviene de un hogar disfuncional incompleto, padre ausente, madre agresiva y exigente de condición económica precaria.

Refiere que desde los 6 años ha trabajado porque así se lo exigían y pasaba la mayor parte del tiempo en la calle compartiendo con personas de edades diferentes a la suya, terminó la primaria cuando era adolescente, comenta que se dedicó a trabajar hasta ahora que su posición económica es buena pero “recuerdo con tristeza los sufrimientos de la infancia”. Se casó, tiene una relación según refiere buena con su esposa, tiene 3 hijos que según él no valorar los esfuerzos que hace para darles todo.

Antecedentes disfuncionales: Paciente refiere que cuando se sintió muy enfermo con decaimiento y pérdida de peso, sintió “que ya era su hora”, se preocupó por el bienestar de sus hijos y en la forma que van a administrar sus negocios, labilidad emocional, llanto fácil. Malestar significativo debido a la incertidumbre de cómo se desestructuraría su hogar sin él y el temor a la muerte. Sus mecanismos de afrontamiento se basan en la manipulación.

Personalidad: Personalidad Afectiva con rasgos de predominio ciclotímico.

Diagnósticos asociados: Dislipidemia, Obesidad clase I.

Diabetes: Desde hace 4 años, con Hb. A1c de + de 14 %, presenta sensación de intranquilidad, irritabilidad, decaimiento, pérdida de peso, desmotivación para actividades cotidianas, pérdida de la capacidad de respuesta sexual.

Antecedentes de enfermedad y tratamiento: Paciente que estaba en tratamiento para su diabetes con ADO desde hace tres años, con buena respuesta, comenta que hace 6 meses, y como se sentía bien dejó paulatinamente el tratamiento como lo ha hecho otras veces, pero que esta vez “me caí” deteriorando su salud, asociado a problemas económicos que aumentaron sus preocupaciones y niveles de estrés.

Indicaciones médicas: Iniciar tratamiento intensivo con administración de insulina en dosis variables, monitoreo de tres veces al día antes de comida y postprandiales según evolución, 2 primeras semanas de tratamiento con alimentación y lograr hidratación, actividad física como base de tratamiento a largo plazo. Intervención psicológica por enseñanza de CATEV y adherencia al tratamiento de manera permanente.

Objetivo de proceso de asesoramiento psicoterapéutico: Mejorar adherencia al tratamiento médico.

Pcte. #5.	Sesión	Técnicas	Actividades	Evolución	TIS
Fase # 1 Crisis.	1	<p>Encuadre de proceso. Escucha empática.</p> <p>Educación diabetológica.</p>	<p>Se indica lineamientos de asesoramiento psicológico, duración y # de sesiones. Se establecen metas del tratamiento conjuntamente con el paciente.</p> <p>Refiere que dejó su tratamiento porque estaba preocupado por sus negocios (minas) que iban mal y porque se sentía bien.</p> <p>Consecuencias de no cumplir con el tratamiento.</p> <p>Aplicación de Cuestionario SEAPSI.</p>	Pcte. acepta el proceso de asesoramiento para mejorar su adherencia al tratamiento.	
	2	Validación de emociones.	Paciente refiere que se sintió muy enfermo y que pensó que ya se iba a morir, que reunió a sus hijos para despedirse, ellos insistieron primero visite al médico.	Pcte. refiere que se ha recuperado bastante en una semana. Que ya tiene ánimo y fuerza.	Objetivación de resultados de glucosa y bienestar físico.
Fase #2 Estabilización	3	Reestructuración cognitiva: Debate de ideas irracionales.	Temor a la muerte, necesidades de tratamiento. Preocupación económica vrs. Abandono de tratamiento.	Refiere que se “metió” en sus problemas económicos que se “olvidó de todo lo demás” pero que ahora ya está consciente de las	Autoanálisis: Establecer cuáles son las conductas adecuadas frente a los problemas de salud.

	4	Debate de ideas irracionales:	Despedirse de los hijos (fatalismo) vrs. buscar ayuda médica.	consecuencias. Pcte. Reflexiona en error de haber preocupado a su familia y no haber visitado un médico. Comenta que se sentía triste y cansado que posiblemente por eso actuó de esa manera.	Observación de mejoría física y cumplimiento de tratamiento.
	5	Observación de rasgos de personalidad predominantes.	Del test de SEAPsI se comentan los rasgos predominantes. Se plantea identificación de rasgos de personalidad que el pcte. crea que son necesarios modificar.	Pcte. refiere que lo que le perjudica es la preocupación por los demás y el descuido de sí mismo.	Priorizar necesidades personales.
Fase # 3 Resolución	6	Búsqueda de soluciones alternativas.	Confrontar situaciones conflictivas con mayor análisis.	“pensar antes de actuar” es lo que el paciente plantea para mejorar sus reacciones.	Mantener actitud frente a los problemas que se presente.
	7	Educación diabetológica en control a largo plazo de diabetes.	Se establecen horarios para implementar actividad física, tiempo de esparcimiento dentro de rutinas.	Refiere que se siente más tranquilo y que constantemente intenta controlar y resolver con calma las situaciones que se le presenta.	Cumplir con las indicaciones dadas para mejorar estado general: tratamiento, ejercicios y alimentación.

Fase #4 Integración	8	Modificación conductual: Hábitos saludables. Evitar conductas de riesgo.	Revisión de información sobre: ejercicios físicos, alimentación y tratamiento a largo plazo.	Comenta tuvo mucho temor cuando se enfermó y que ahora sabe que no va a volver a pasar si no abandona el tratamiento.	Mantener tratamiento hasta nuevo control. Conductas saludables en el manejo de preocupaciones.
--------------------------------	---	--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Exámenes posteriores al proceso: Hb A1c de 5,8 % que equivale a normal.

Conclusiones: Examen inicial de Hb A1c + de 14%, examen final de Hb A1c de 5,8% que equivale a normalización de niveles de glucosa. Por su extremo de descontrol de diabetes se sometió a un tratamiento mucho más estricto y exigente, con buena respuesta por parte del paciente, se logró adherencia al tratamiento.

Conclusiones

De la experiencia lograda en la aplicación de esta investigación se observa que los pacientes diabéticos descontrolados vivencian un sinnúmero de malestares físicos y emocionales, al lograr disminuir estos síntomas y encaminar sus situaciones personales sobre todo de temor a la enfermedad, se nota una mejoría importante.

Al planificar y aplicar el asesoramiento psicológico considerando las características de personalidad se logró que mejore la adherencia al tratamiento médico, se evidenció además mayor estabilidad emocional, conciencia de enfermedad y auto-cuidado con base a lo aprendido. Al enfocar de manera individual y considerando los rasgos de personalidad, el abordaje puntual y efectivo, además se marcó un inicio en el autoconocimiento y mayor estabilidad emocional.

En lo concerniente a la información, es notable como los pacientes se van reafirmando en la posibilidad de mejorar y ser los protagonistas de su tratamiento, con datos establecidos y objetivos. En cada uno de los casos planteados los procesos son distintos, los pacientes asumen la información a su propio ritmo de acuerdo a cada condición de salud, cuando hay deterioro y diagnósticos asociados el proceso se hace más lento y difícil, pero son los casos a los que hay que dedicarles más tiempo, esfuerzo por parte de los profesionales que los asisten.

En la evaluación de resultados obtenemos que los 5 pacientes luego de las 8 semanas de proceso lograron un buen control de diabetes, corroborado con los respectivos exámenes de Hb.A1c realizados luego de terminado el tratamiento intensivo. Según el cuestionario aplicado para medir la Calidad de Atención brindada, los resultados indican satisfacción en el abordaje psicoterapéutico, adquisición de conocimientos suficientes para mantener controlada la diabetes y adherencia al tratamiento.

No se obtuvieron datos relevantes asociados a los rasgos de personalidad, pero cabe destacar que con los paciente con personalidad con Déficit Relacional (evitativos) fue necesaria mayor elaboración para lograr empatía y aceptación de conceptos de educación diabetológica, su compartir, menos fluido, limitó en el inició, que se puedan obtener resultados glucémicos bajos en corto tiempo, pero una vez lograda la empatía el cumplimiento del tratamiento fue adecuado. Con los paciente con personalidad Afectiva (ciclotímicos) la adherencia no se dio en las primeras semanas de tratamiento, hubo necesidad más intervenciones en psicoeducación para lograrla.

Otro dato relevante, guiado por la experiencia clínica, es que los pacientes hombres son más propensos a tener menor adherencia al tratamiento en esta investigación hubieron 4 hombres y una mujer y la elección fue aleatoria.

Cabe indicar que el trabajo no tiene punto final, a los pacientes crónicos se les debe motivar y reeducar constantemente en su tratamiento, brindar el trato empático necesario para que nos permita formar parte de su recuperación.

Recomendaciones

Los profesionales de la salud mental que trabajamos con pacientes crónicos debemos conocer ampliamente las complicaciones de esta clase de enfermedades, para realizar un trabajo efectivo y vinculante con la realidad del paciente.

La consideración de los rasgos de personalidad en el asesoramiento psicoterapéutico debe considerarse como necesaria en las intervenciones, ya que permite optimizar tiempo y recursos además de brindar la posibilidad de un trabajo más eficaz.

Lograr que el paciente sea protagonista de su recuperación permite que la adherencia al tratamiento sea real y efectiva, implementar este concepto en el sistema de salud le ahorraría tiempo y recurso.

El proceso de asesoramiento psicoterapéutico debe estar en los protocolos de atención primaria, así lograremos que esas estadísticas exorbitantes de pacientes y recursos se vean disminuidas.

Bibliografía

Álvarez, L., Rueda, Z. González, L. Acevedo, L. *Promoción de Actitudes y Estrategias para el Afrontamiento de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucaramanga.*: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=171015625013>

Álvarez, L., Yovany,Zulay, G. *Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos intermedios y mayores con enfermedad crónica (hipertensión, diabetes y cáncer) en la ciudad de Bucaramanga Bucaramanga.* Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia. Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80411803005>

Aparicio, M^a Evelia y Sánchez, M^a Pilar (1999). *Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario millón de estilos de personalidad.* Anales de la Psicología (en línea), vol . 15, n^o 2, 191-211. http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/06v98_19pilars3.PDF.

Azzollini, Susana; Bail Pupko, (ene./dic. 2010) Vera *La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos.* Anu. investig. vol.17.Ciudad Autónoma de Buenos Aires. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862010000100028&script=sci_arttext

Azzollini, Susana; Bail Pupko, *Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2.* <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen10/Pupko.pdf>.

Balarezo, Lucio. (2006). *Psicoterapia.* Ecuador: Centro de publicaciones.

Balarezo, Lucio. (2010). *Psicoterapias Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Ecuador: Unigraf.

Camacho J. (2003) *El ABC de la Terapia Cognitiva*.
<http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Camposeco, F. (2011) *La autoeficacia como variable en la motivación intrínseca y extrínseca en matemáticas a través de un criterio étnico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
<http://eprints.ucm.es/16670/1/T34002.pdf>.

Carrillo, & Beléndez, M. (1994) *VARIABLES EMOCIONALES IMPLICADAS EN EL CONTROL DE LA DIABETES: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN* [Versión electrónica]. *Anales de la Psicología*, 1994, 10(2), 189-198

Correa, Jaime; Silva, Germán; Galeano, Esmeralda; (2005). *Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia*. *Acta Médica Colombiana*, Octubre-Diciembre, 268-273.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>

Castaño, Elena y del Barco, León (2010). *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. *B International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2010, 10, 2, pp. 245-257 Universidad de Extremadura, España.
<http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estr-es.pdf>.

Dubourdieu, Margarita. (2011). *Psicoterapia Integrativa PNIE Psicoeuroinmunoendocrinología. Integración cuerpo- mente-entorno*. Uruguay: Psicolibros.

Escalante, E; Granados, E. (2010). *Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus*. *Liberabit. Revista de Psicología*, Sin mes, 203-215.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000200010&script=sci_abstract&tlng=en.

França, D. (2010) *La influencia de las técnicas de fisioterapia en la disminución de la dependencia de la insulina en diabetes mellitus tipo 1*. Tesis doctoral departamento de física, ingeniería y radiología. Universidad de salamanca Salamanca.
<http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/108967>.

Fernández- Álvarez. Héctor. (2011). *Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, aplicaciones, procedimientos*. Argentina: Polemos.

Flórez A., José F.; Posada V, Jorge I.; Duitama M, John F.; Zambrano C, Renato; (2012). *Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Mayo-Agosto, 163-174.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918005>

Granados, Elodia E. Escalante, E. *Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus*.

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=68617161009>

Irene Barrio, I. González, J. Padín, L. Peral, P. Sánchez, I. Tarín, E (2013). *Estudio de caso*.

<http://www.uam.es/personal.pdistmariajmurillo>

María, I. Jimenez, Ch. Dávila, M. *Psicodiabetes*. <http://redalyc.org> (79902512).

Marín, M. Mubayed, J. (2012). *Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus: Un Modelo de Ruta*.

<http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGRC660F322012.pdf>.

Méndez, F. Beléndez, M. (1994) *Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: Estrategias de Intervención. Deptº de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Murcia. Anales de la Psicología*.

Ocio, Sergio (2013). *Psicoeducación*.

<http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2012-13/15PC-PSICOEDUCACION.pdf>.

Olivari M, Cecilia & Urra M, Eugenia. (2007). *Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. Recuperado en 09 de febrero de 2016, de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-95532007000100002.

OMS 2003. *ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES*. Evidence for action World.

whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf

Opazo, Roberto. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica*. Chile: ICPSI

Ortiz P, Manuel, & Ortiz P, Eugenia. (2007). *Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. Revista médica de Chile, 135(5), 647-

652. Recuperado en 05 de febrero de 2016, de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[98872007000500014&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872007000500014.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872007000500014)

Oviedo, M.Reidl, L. *Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en diabetes mellitus tipo 2*. Revista Mexicana de Psicología.

<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=243020635005>

Ramos, G. (2013). *Elaboración y aplicación de guía Psicoeducativa para trabajar desde el modelo integrativo en adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1*. Tesis de maestría en Psicoterapia Integrativa. Universidad de Azuay. Ecuador.

Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(1):1-9.

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n1/01.pdf>

Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. *Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina*. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(1):1–9.

Theodore Millon, (2003). *Una teoría de la personalidad y su patología*. Psico-USF, v. 8, n. 2, p. 163-173, Jul./Dez. 2003

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712003000200008&script=sci_arttext

Torres, T.Castañeda, T. Chong, F.(2005) *Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la diabetes Mellitus*. <http://www.medigraphic.com>.

Viniegra, L. (2006) *Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma*. Revista Médica del IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im061g.pdf>

**MAestrÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA
III COHORTE**

DISEÑO DE TESIS.

JÉSSICA JARAMILLO O.

CUENCA, JUNIO 2015

TEMA:

Asesoramiento Psicológico para mejorar la adherencia en el tratamiento médico de pacientes que presenta diabetes Mellitus tipo 2.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

En la atención integral (médico, psicológico y de educación diabetológica) que se brinda en el Centro de Diabetes del Dr. Waldo Calle se hace el examen de HbA1c que determina el comportamiento de la glucosa en el paciente en los últimos tres meses, al ser este un examen matemático y objetivo se determina si el paciente ha cumplido o no con el tratamiento.

Esta prueba objetiva ayuda a saber si el paciente cumple adecuadamente con: administración del tratamiento prescrito, alimentación saludable, actividad física frecuente, manejo conveniente de preocupaciones, situaciones de distrés, etc.

En la observación clínica y descartando otros procesos físicos, factores económicos, etc. los pacientes con resultados altos de HbA1c son los que no tienen adherencia al tratamiento y refieren que su falta de aceptación de la enfermedad es la que genera comportamientos inadecuados que se visibilizan en constantes molestias físicas (dolor, decaimiento, poliuria, alteraciones visuales, etc.) y emocionales (tristeza, decaimientos, irritabilidad, angustia, falta de apetito o indulgencia oral, alteraciones del sueño, etc.).

Al ser la Diabetes es una enfermedad crónica incurable y para que no se presente daños que resultan discapacitantes en el organismo es estrictamente necesario un adecuado control por parte del paciente, involucrando criterios de auto-cuidado, de manejo adecuado de sus emociones y cambios en su estilo de vida es decir estrategias de afrontamiento adaptativo para aprender a vivir con su enfermedad.

La Diabetes, además es una de las enfermedades que han alcanzado una proporción que desborda las expectativas de control, es la única enfermedad crónica que se la considera “pandémica” y “contagiosa” debido a que los hábitos poco saludables como el sedentarismo, alimentación inadecuada consumo de comidas procesadas con alto contenido de carbohidratos y azúcares, sumado a los inmanejables niveles de distrés que son modelo de comportamiento heredado, generación tras generación. Situación que ha motivado a la realización de varios estudios como: Glaswood & Etquin (2000) que refieren en su revisión literaria sobre intervenciones conductuales y de consejería basadas en la oficina del médico sugieren que estas intervenciones aparentan ser muy efectivas con la mayoría de los pacientes con diabetes.

En el campo de la aplicación:

Los trabajos Carrillo, L. & Beléndez, M. (1994) que concluyen que aún que fisiológicamente puedan existir diferencias individuales en cuanto a los beneficios metabólicos, resulta evidente que el aumento de distintas habilidades de afrontamiento del estrés es positivo para todos los

diabéticos por su efecto sobre la adherencia al tratamiento o sobre el bienestar emocional de los sujetos. (p. 196).

Foxbury, Bosley, Ryle, Sonksen & Judd (1997) aplicando la terapia cognitivo analítica en pacientes con pobre control glucémico demostrando mejoría en las relaciones interpersonales y el control glucémico.

Van de Ven Chatrou y Snoek (2000) describen una intervención grupal cognitivo conductual para mejorar las destrezas de afrontamiento y el control glucémico y los resultados preliminares sugieren que la intervención mejoró el control glucémico y el estrés relacionado con la Diabetes.

Que como conclusión brindan que mientras exista mayor conocimiento de la enfermedad, aceptación del diagnóstico, estabilidad afectiva y cognitiva mejor será su adherencia al tratamiento.

Lo que falta por hacer son mayores aplicaciones en diferentes clases de población Latinoamérica y en especial en Ecuador, ya que nuestra idiosincrasia, costumbres alimenticias, actividad física y manejo del distrés tiene características propias además de la actitud de demanda inmediateista, que todavía predomina en nuestra cultura cuando tenemos que enfrentar a las enfermedades.

Por lo que encuentro valiosa la posibilidad de realizar una investigación que permita trabajar con las características de personalidad de cada paciente logrando un cambio más duradero a largo plazo ya que el paciente no va a sentir los cambios de estilo de vida como la imposición de reglas impertinente que no considera cómo es y cómo siente al tener que enfrentar y vivir con una enfermedad que le acompañará toda la vida.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Realizar un asesoramiento psicológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 para que mejoren la adherencia al tratamiento médico.

Objetivos específicos:

- ▣ Identificar a los pacientes que no cumplan con el tratamiento médico mediante el examen de Hb A1c.
- ▣ Planificar y aplicar el asesoramiento psicológico para mejorar la adherencia al tratamiento médico.
- ▣ Evaluar los resultados de la intervención psicológica en pacientes que realizaron el proceso mediante la utilización del examen de Hb A1c.

JUSTIFICACIÓN:

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica temida sobre todo por las complicaciones de salud que provoca: ceguera, daño renal, neuropatía diabética (posibilidad de amputación de extremidades); tanto así que según la OMS 3,4 millones de personas en el 2004 fallecieron a consecuencia de las complicaciones de esta enfermedad. Además es considerada como una de las enfermedades crónicas más demandantes en términos físicos, psicológicos, emocionales y conductuales, las personas que son diagnosticadas vivencian reacciones como: ira (consigo misma y con las personas que les rodean), ansiedad, depresión, frustración, confusión, se sienten vulnerables, pierden la visión positiva de su presente y futuro, se auto-compadecen, al no manejar adecuadamente estas reacciones se corre el riesgo de caer en un círculo vicioso que limita la posibilidad de controlar la enfermedad, que sobrevengan complicaciones irreversibles y que el paciente se convierta en un enfermo de tiempo completo, en una carga para su familia y para el sistema de salud en general.

Mi propuesta es brindar a los pacientes un asesoramiento psicológico que les permita estabilidad emocional con respecto al diagnóstico, validar sus emociones, sabiendo que cada persona tiene estilos diferentes de afrontar y lograr cambios propositivos, además que mientras más profundos sean estos cambios en pensamientos, actitudes y emociones, mientras más apoderado esté el paciente de su tratamiento y mayor sea su conocimiento en base científica sobre su enfermedad se disminuirían los riesgos y daños provocados por la descompensación persistente de su Diabetes, cambios que permiten que el paciente tenga adherencia al tratamiento y mejore su calidad de vida.

Las conclusiones de este trabajo demostrarán la efectividad de nuestro modelo dentro de esta especial población, permitirá al paciente conocer y maximizar sus habilidades personales, fomentar el sentido de autonomía y confianza en sí mismo para asumir su diagnóstico y hacerse cargo de su salud.

MARCO TEÓRICO:

Este trabajo de investigación está basado en la existencia de una enfermedad crónica que demanda muchos cambios por parte del paciente para poder controlarla, que es de difícil manejo, que los seres humanos somos sujetos de aprendizaje permanente y este aprendizaje depende de los rasgos de personalidad que poseemos siendo co-constructores de nuestra forma de intercambio e interacción con el medioambiente.

Para la Organización Panamericana de la Salud (2001) la *Diabetes mellitus 2* (DM), es una condición crónica en la que el cuerpo no produce insulina o no la utiliza apropiadamente resultando en hiperglucemias o exceso de glucosa en la sangre. Roales & Nieto (1993) refiere

que se asocian a otras anomalías del metabolismo lipídico y proteico, condicionado por factores genéticos y/o ambientales, que tiene una propensión al desarrollo ulterior de complicaciones vasculares específicas (microangiopáticas) e inespecíficas (macroangiopáticas) y que se debe a un defecto en la secreción y/o actividad de una hormona, la insulina.

Las complicaciones crónicas dependen del control glucémico que el paciente haya tenido a lo largo de su DM, entre las complicaciones más comunes tenemos la Retinopatía (problemas visuales), Nefropatía (daño renal), Neuropatía que se evidencia en dolores, calambres, parestesias, disfunción sexual, mala cicatrización de lesiones, amputaciones, entre otras, sabiendo que son daños irreversibles.

La intervención interdisciplinaria (médico, psicólogo, nutricionista, educador en diabetes) que también nos proporciona de una característica *humanista* en función de considerar al paciente como capaz de auto-dirigirse y auto-controlarse mientras se le provea de herramientas y/o recursos necesarios para el manejo de su enfermedad, además de ser la que mejores resultados ha dado al momento de enfrentar este padecimiento, en el avance de la ciencia y en los resultados de estudios se ha demostrado que como en toda enfermedad física el estado psicológico del paciente frecuentemente influye en el manejo, control y aceptación de la enfermedad.

En varios estudios realizados en Latinoamérica como el de Rivas, García, Cruz, Morales, Enríquez, Román (2011) en su artículo: Prevalencia de Ansiedad y Depresión en las Personas con Diabetes Mellitus tipo 2, o en el de Garay Sevilla, ME. (1995) en el Mundo Emocional del Paciente Diabético, Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengar, Medina, Leal, Martínez y R. Cano (2014) y los Aspectos Psicológicos y Personales del Manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, entre otros, plantean que situaciones de estrés y reacciones emocionales se activan desde el momento mismo del diagnóstico. En enfermedades crónicas como la diabetes mellitus “el diagnóstico es el principal evento estresante y en algunos casos inicia una respuesta adaptativa que los lleva a una nueva situación de salud-enfermedad, el diagnóstico puede tener también un severo impacto sobre la familia y en el trabajo, esta situación puede ser modificada con el apoyo social dado principalmente por sus familiares y amigos y por las actitudes de la sociedad”. (Garay, 1995, p. 2).

El estrés psicológico que se genera frente al diagnóstico de una enfermedad crónica es importante, requiere una respuesta adaptativa, enfrentar el temor al sentirse enfermo, a las complicaciones, al percibirse a sí mismo como una persona vulnerable, en el caso de la diabetes, asumir que se tienen que hacer cambios en el estilo de vida y el necesitar apoyo tanto familiar como social son situaciones reales que lo justifican.

La aceptación de la enfermedad y la adaptación a los procesos de tratamiento dependen de varios factores pero uno de los básicos es la capacidad de afrontamiento que las personas tengan. Garay cita a Willoughby y col. (2000 p.2) quien plantea que “las personas que tienen estilos positivos como el de afrontamiento optimista y de apoyo se han asociado con mejor ajuste psicológico y con mejor control glucémico”. Cita también a Grey y col. (2004) “los del tipo evasivo emotivo se

han asociado con problemas del ajuste psicológico, regímenes de no adherencia al tratamiento y pobre control glucémico”.

Inteligenciados como lo planteado por Balarezo (2010) en que los seres humanos no somos meros observadores de la realidad, sino que somos activos en la percepción y parcialmente construimos lo percibido y que nuestra forma de interpretar y entender las vivencias están elaboradas sobre la base de significados mediante el lenguaje, se construye la realidad, la misma que está determina y procesada dentro del contexto familiar y social en el que se nos desenvolvemos siendo un proceso permanente y constante de intercambio e interacción que va indicando su conducta y su actitud ante la vida a través del tiempo. Esta posibilidad de aprendizaje y *construcción* es lo que valida que una intervención psicoterapéutica tenga posibilidades de éxito, el paciente con DM tiene que abrir su mente a nuevos conocimientos a nuevas adaptaciones en su estilo de vida y que estos sean adecuados y duraderos.

Otra de las concepciones necesarias en aplicación del Modelo Integrativo es la de personalidad, Balarezo (2008) define como 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 determina como cada persona enfrenta su diagnóstico y el nivel de aceptación que muestre así como su resistencia y adaptación. (p. 62).

Permite además al psicoterapeuta, Balarezo (2010) aplicar un abordaje con delimitación al problema y las formas como actúa en el apareamiento de los desajustes productores del sufrimiento humano, además facilita asumir una postura equilibrada frente al manejo de la relación y la aplicación de técnicas que juzgamos pertinentes, y con respeto a la individualidad de cada persona. (p.74).

Los estudios e investigaciones citados nos llevarían a recalcar que el protagonismo y autonomía que el paciente alcance en el control de su DM también definirá su bienestar a largo plazo y ayudados con un asesoramiento psicológico que disminuya sus preocupaciones y temores los resultados positivos serían mayores.

HIPÓTESIS:

Terminado el proceso de asesoramiento psicológico, los pacientes muestran mayor adherencia al tratamiento y mejor control de su Diabetes Mellitus tipo 2.

METODOLOGÍA:

Va a ser una investigación cualitativa y descriptiva con modalidad de estudio de caso múltiple (5 casos) que se realizará en el Centro de Diabetes del Dr. Waldo Calle, centro privado y especializado en la atención integral de personas con Diabetes Mellitus.

Se procederá con:

- Marco teórico que contendrá la información de los conceptos básicos para esta investigación.

Para los criterios de selección se tomará en cuenta:

- El examen de Hb. A1c. que determina el control glucémico en los últimos tres meses, y que el resultado sea mayor a 9%, que indica que la Diabetes está mal controlada.
 - Que el paciente tenga diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 más de 1 año, que le hayan brindado tratamiento.
 - Que acepten el asesoramiento psicológico.
- Entrevista para determinar la causa del descontrol de Diabetes.
 - Selección de 5 pacientes que cumplan con los criterios y en los que el descontrol se deba a: situaciones emocionales, no aceptación de su enfermedad, temor al tratamiento indicado, pensamientos errados acerca de la Diabetes y su progresión, deficiente autocuidado, etc.
 - Aplicación de Cuestionario de Personalidad SEAPsI que conjuntamente con la entrevista psicológica determinaran cuáles son los rasgos predominantes de personalidad de los pacientes seleccionados para un abordaje con mejor enfoque.
 - Sistematización del proceso de asesoramiento psicológico enfocado en lograr resolución de conflictos interpersonales, intrapersonales que estén obstaculizando el cumplimiento del tratamiento médico y control de la diabetes.
 - Se realizarán entre 6 a 8 sesiones psicoterapéuticas individuales una vez por semana con una duración aproximada de 45 minutos.
 - Las técnicas que se van a utilizar son: psicoeducación, educación diabetológica, técnicas cognitivas, conductuales, reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento de acuerdo a cada situación terapéutica que el paciente requiera tomando en cuenta sus rasgos de personalidad.
 - Evaluar los resultados obtenidos en cada uno de los casos, nueva medición con Hb. A1c.
 - Desarrollo y aplicación de un cuestionario cerrado de 10 preguntas que evalúen el asesoramiento psicológico en función de su adherencia al tratamiento y el grado de satisfacción logrado en el proceso.

CONTENIDOS:

Capítulo I

Diabetes.

1.1 ¿Qué es diabetes?

1.1.1 Diabetes controlada.

1.1.2 Diabetes descontrolada.

1.2 Persona con diabetes.

1.2.1 Reacciones emocionales de las personas con diabetes.

1.2.2 Cambios en el estilo de vida para lograr un control adecuado de la diabetes.

Capítulo II

Modelo integrativo focalizado en la personalidad.

2.1 Modelo integrativo ecuatoriano.

2.1.1 Concepto y estructura de personalidad.

2.1.2 Clasificación según los rasgos de personalidad.

2.2 Psicoterapia integrativa.

2.2.1 Relación psicoterapéutica.

2.2.2 Asesoramiento psicológico desde el modelo Integrativo focalizado en la personalidad.

2.2.3 Aplicaciones técnicas dentro del modelo integrativo.

Capítulo III.

Adherencia al tratamiento médico

3.1 Adherencia

3.1.1 Reconocimiento de las motivaciones para no cumplir el tratamiento

3.1.2 Manejo adecuado de los pacientes negligentes

3.2 Estilos de personalidad y negligencia

3.2.1 Tipos de personalidad

3.2.1.1 Personalidad con predominio cognitivo

3.2.1.2 Personalidad con predominio afectivo

3.2.1.3 Personalidad con predominio comportamental

3.2.1.4 Personalidad con déficit relacional

Capítulo IV

Parte práctica.

- a. Procedimiento y aplicación psicoterapéutica.
 - 4.1.1 Metodología de investigación: Estudio de caso.
 - 4.2 Aplicaciones psicoterapéuticas.
 - 4.2.1 Descripción de casos.

Conclusiones.

Bibliografía.

Anexos.

PRESUPUESTO.

Rubros:	Costos unitario	Cantidad	Sub Total	Total
Personal.	\$20	100 horas	\$2000	
Materiales:				
Oficina			\$200	
Exámenes de Hb A1c.	\$30	10 reactivos	\$300	
Alquiler.	\$200		\$200	
				\$2700

CRONOGRAMA.

Procedimientos:	06/2015	07/2015	08/2015	09/2015	10/2015	11/2015
Aprobación del diseño tesis.	***					
Desarrollo del marco teórico.		***	***	***	***	
Examen de Hb A1c y selección de pacientes.		***				
Encuadre de proceso, firma de contrato psicoterapéutico. Recolección de datos para la ficha de SEAPsI. Inicio de procesos.		***				
Intervención psicoterapéutica.		***	***	***		
Evaluación de resultados. Nuevo examen de Hb A1c.					***	
Conclusiones del proceso de investigación.						***
Terminación y presentación de la investigación.						***

BIBLIOGRAFÍA:

Álvarez, L., Rueda, Z. González, L. Acevedo, L. Promoción de Actitudes y Estrategias para el Afrontamiento de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucaramanga.

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=171015625013>

Álvarez, L., Yovany, Zulay, G. Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos intermedios y mayores con enfermedad crónica (hipertensión, diabetes y cáncer) en la ciudad de Bucaramanga Bucaramanga. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80411803005>

Balarezo L. (2010). Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad.

Cano, B. Diabetes Intervención Psicológica. Curso de doctorado: Promoción Salud I: Emoción y Afront. Enf.

Carrillo, & Beléndez, M. (1994) Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención [Versión electrónica]. Anales de la Psicología, 1994, 10(2), 189-198

Dubourdieu, M. (2011) Psicoterapia integrativa PNIE. Integración Cuerpo-Mente-Entorno. 2da. Edición Montevideo. Psicolibros. Waslala

Granados, Elodia E. Escalante, E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus.

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=68617161009>

María, I. Jimenez, Ch. Dávila, M. Psicodiabetes. [http://redalyc.org\(79902512\)](http://redalyc.org(79902512)).

Méndez, F. Beléndez, M. (1994) Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: Estrategias de Intervención. Deptº de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Murcia. Anales de la Psicología.

Oviedo, M. Reidl, L. Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en diabetes mellitus tipo 2. Revista Mexicana de Psicología.

<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=243020635005>

Torres, T. Castañeda, T. Chong, F. (2005) Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la diabetes Mellitus. <http://www.medigraphic.com>.

Viniegra, L. (2006) Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. Revista Médica del IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im061g.pdf>

CUESTIONARIO PARA MEDIR CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

LAS SESIONES DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO:		
1. Se llevaron a cabo de manera que usted sintió confianza con el profesional?	SI	NO
2. Sintió confianza para expresar las preocupaciones de su salud?	SI	NO
DE LA INFORMACIÓN BRINDADA:		
3. Cree que la información que recibió fue lo suficientemente clara?	SI	NO
4. Cree que esta información fue adecuada para sus necesidades de salud física y emocional?	SI	NO
5. Cree que esta información le ayudó a mejorar su salud?	SI	NO
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:		
6. Cree que esta información le será útil en el futuro para mantener un buen control de diabetes?	SI	NO
7. Cree que la información recibida generó cambios en su calidad de vida con referencia a su salud?	SI	NO
8. Cree que la información recibida le ayudó a mirar a su enfermedad de manera más propositiva?	SI	NO
9. Se siente en la capacidad de transmitir esta información a otras personas que tengan su mismo diagnóstico para ayudarles a mejorar?	SI	NO
10. En el caso de volver a recaer cree que esta clase de información le ayudaría?	SI	NO

**Gráfica de resultados de examen de Hb. A1c.
Aplicado antes y después del asesoramiento**

