



UNS
ESCUELA DE
POSGRADO

**EFFECTO DEL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
DISMINUIR EL ESTRÉS Y MANTENER EL CONTROL METABÓLICO
EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS
TIPO II DEL HOSPITAL LA CALETA DE
CHIMBOTE, 2017**

**Tesis de para optar el Grado de Doctor
en Psicología**

**Autora :
Mg. Silvia Liliana Lam Flores**

**Asesora:
Dra. Sandra Sofía Izquierdo Marín**

Chimbote – 2018



UNS
ESCUELA DE
POSGRADO

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE LA TESIS DOCTORAL

Yo, **SANDRA SOFIA IZQUIERDO MARIN** mediante la presente certifico mi asesoramiento de la Tesis Doctoral titulada: **EFFECTO DEL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR EL ESTRÉS Y MANTENER EL CONTROL METABÓLICO EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL HOSPITAL LA CALETA DE CHIMBOTE, 2017** elaborada por la Magister **SILVIA LILIANA LAM FLORES** para obtener el Grado Académico de Doctor en Psicología en la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, 08 de febrero del 2018

.....
Dra. Sandra Sofía Izquierdo Marín

ASESORA



UNS
ESCUELA DE
POSGRADO

HOJA DE CONFORMIDAD DEL JURADO EVALUADOR

**EFFECTO DEL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR EL
ESTRÉS Y MANTENER EL CONTROL METABÓLICO EN LOS PACIENTES
DIABÉTICOS TIPO II DEL HOSPITAL LA CALETA DE CHIMBOTE, 2017**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGIA

Revisado y Aprobado por el Jurado Evaluador:

.....
Dra. Inés Concepción Rosas Guzmán

PRESIDENTA

.....
Dra. Eva María Rojas Cordero

SECRETARIA

.....
Dra. Sandra Sofía Izquierdo Marín

VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres, esposo e hijos por su apoyo absoluto durante toda mi etapa profesional. En especial a mi esposo que fue el que siempre me inculco a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Durante el tiempo que se dedicó a esta investigación, varias han sido las personas que han influido de una forma en ella. Es mi deseo agradecer a todas su apoyo, colaboración y entusiasmo.

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A la Dra, Sandra Izquierdo Marín quien a pesar de su recargada labor, tuvo la generosidad incondicional de aceptar ser mi asesora y supo brindarme su apoyo y orientación invaluable en el desarrollo de la presente tesis de investigación. Además quiero destacar y manifestar mi agradecimiento y admiración, a todos los docentes de la Escuela de Posgrado de la universidad, por su profesionalismo en cada clase impartida.

Un agradecimiento especial a la Coordinadora del programa de Hipertensión y Diabetes del Hospital La Caleta: Lic. Liliana Rodríguez Encinas por darme la oportunidad y confiar en el trabajo realizado; así como a la Psicóloga Estefany Rodríguez Rodríguez por el apoyo brindado en la aplicación del programa y en especial a todos los participantes por su constancia y entusiasmo en todas las actividades.

INDICE

	Pág
Lista de tablas	i
RESUMEN	01
ABSTRACT	02
CAPITULO I	
INTRODUCCION	03
1.1.Realidad Problemática	03
1.2.Estado del arte del tema investigación	07
1.3.Caracterización y naturaleza del objeto de investigación	13
1.4.Formulación del problema	18
1.5.Formulación de la hipótesis	18
1.6.Formulación de los objetivos de la investigación	19
1.7.Importancia y justificación de la investigación	19
CAPITULO II	21
MARCO TEORICO	
2.1. Fundamentos filosóficos teóricos de la investigación	21
2.2. Marco conceptual	24
CAPITULO III	
METODOLOGIA EMPLEADA	26
3.1. Métodos empleados en la investigación	26
3.2. Metodología para la prueba de hipótesis	37
3.3. Técnicas e instrumentos de la investigación	38
3.4. Procedimiento para la recolección de datos	45
CAPITULO IV	47
DESARROLLO DEL ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	
4.1. Análisis de la información	47
4.2. Interpretación de los resultados	51
4.2. Discusión de los resultados	55
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	68
5.1. Conclusiones	68
5.2. Sugerencias	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	84
Anexo 1 : Consentimiento informado	84
Anexo 2 : Cuestionario de Estrés percibido	85

	Pág.
Anexo 3 : Entrevista a paciente	87
Anexo 4 : Sesión 1	91
Anexo 5 : Sesión 2	93
Anexo 6 : Sesión 3	98
Anexo 7 : Sesión 4	102
Anexo 8 : Sesión 5	105
Anexo 9 : Sesión 6	108
Anexo 10 : Sesión 7	111
Anexo 11 : Sesión 8	114
Anexo 12 : Sesión 9	118
Anexo 13 : Sesión 10	123

LISTA DE TABLA

		Pág
Tabla 1	Caracterización de los pacientes que participaron como Grupo Experimental y Control antes de aplicación del programa	29
Tabla 2	Matriz de Operacionalización de las variable : Programa Cognitivo Conductual	31
Tabla 3	Matriz de Operacionalización de la variable : Estrés General	34
Tabla 4	Matriz de Operacionalización de la variable : control metabólico	36
Tabla 5	Normalidad de datos del Estrés General y Hemoglobina Glucosilada después de la aplicación del programa del Grupo Experimental y Control	47
Tabla 6	Prueba de Homogeneidad del estrés y hemoglobina glucosilada	48
Tabla 7	Prueba t student para la comparación de medias del Grupo Experimental y Control después de la aplicación del programa cognitivo conductual	49
Tabla 8	Medidas estadísticas de la efectividad del programa cognitivo conductual	50
Tabla 9	Estrés General en Grupo control y Grupo Experimental después de la aplicación del programa cognitivo conductual	51
Tabla 10	Niveles de estrés por factores en Grupo Control y Experimental antes de la aplicación del programa cognitivo conductual	52
Tabla 11	Estrés General Percibido en Grupo control y Grupo Experimental después de la aplicación del programa cognitivo conductual	53
Tabla 12	Hemoglobina Glicosilada en Grupo control y Grupo Experimental después de la aplicación del programa cognitivo conductual	54

RESUMEN

El presente estudio cuasiexperimental, valoró la efectividad del programa cognitivo conductual de estrés y control metabólico en pacientes diabéticos tipo II del Hospital La Caleta de Chimbote- 2017, describió el nivel de estrés general y por factores; así como la hemoglobina glucosilada antes y después del programa para ambos grupos: control y experimental. Para lo cual, se trabajó con una muestra conformada por 20 pacientes diagnosticados, a quienes se les aplicó el instrumento Escala de Estrés adaptada por Sanz-Carrillo et al (2002) y se les tomó la muestra de sangre mediante la venopunción con la Máquina Automatizada Landwind para la medición de la glucosa en sangre antes y después del programa. Para la condición de homogeneidad inicial de los grupos control y experimental, se llevó a cabo la prueba t para muestras independientes y prueba de Levene. Para determinar la efectividad del programa se llevó a cabo la prueba t para muestras relacionadas tanto para el estrés como para la hemoglobina glucosilada para el grupo experimental antes y después del programa. Los resultados fueron que existe diferencia significativa en los niveles de estrés tanto a nivel global como por los factores: Tensión, aceptación social, sobrecarga y miedo; sin embargo en los factores energía y satisfacción no hubo mucha diferencia significativa. En cuanto a la hemoglobina glucosilada, también se encontró diferencia significativa.

ABSTRACT

The present quasi-experimental study evaluated the effectiveness of the cognitive behavioral program of stress and metabolic control in type II diabetic patients of the Hospital La Caleta de Chimbote-2017, described the level of general stress and factors; as well as the glycosylated hemoglobin before and after the program for both groups: control and experimental. For this, we worked with a sample consisting of 20 diagnosed patients, to whom the Stress Scale instrument adapted by Sanz-Carrillo et al (2002) was applied and the blood sample was taken by venipuncture with the Automated Machine. Landwind for the measurement of blood glucose before and after the program. For the initial homogeneity condition of the control and experimental groups, the t test for independent samples and the levene test was carried out. To determine the effectiveness of the program, the t test was carried out for samples related to both stress and glycosylated hemoglobin for the experimental group before and after the program. The results were that there is a significant difference in the levels of stress both globally and by the factors: Tension, social acceptance, overload and fear; however, in the energy and satisfaction factors there was not much significant difference. Regarding glycosylated hemoglobin, a significant difference was also found.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. Realidad Problemática

El estrés es definido desde la perspectiva transaccional de Lazarus y Folkman (1987, p. 147) como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. El estrés puede aparecer en cualquier etapa de la vida, pero a causa del acelerado envejecimiento poblacional mundial, son cada vez más las personas que llegan a esta etapa de la vida, trayendo consigo cambios de diversos tipos en el aspecto fisiológico (Blazer, 2000), social, laboral y psicológico. En esta época muchos llegan a la jubilación, muchas veces sin una preparación adecuada; disminuyen los recursos económicos; hay pérdida del rol social y los consecuentes sentimientos de inutilidad e inconformidad, entre otros, los cuales son causas importantes del desequilibrio emocional de la persona mayor y de los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y el estrés (Oliva y Fernández, 2006, p. 93).

Sobre las personas adultas mayores se han creado diversas ideas por un lado se cree que muchas de ellas son tranquilas, reflexivas y dichosas; sin embargo por otro lado, se piensa que llegada la vejez es la época en que son más vulnerables, sujetas a mayores situaciones de estrés y a sufrir de depresión debido a la gran cantidad de pérdidas que se tienen que enfrentar. Según Cornachione en el 2006, una característica en las personas mayores es que disminuye la capacidad de respuesta al estrés y aumenta la presión arterial. Da la impresión que es normal que se tengan que sentir infelices y sin control, porque es el momento de la vida en que los refuerzos se quiebran y las pérdidas (o los hechos negativos) son más que las ganancias. Sumado a ello, el impacto que experimentan al llegar a esta etapa de la vida son

desconcertantes porque son irreversibles, sin que exista en realidad la posibilidad de cambiarlos, como es el caso de la población en estudio. Sin embargo, también existe la posibilidad que el paso del tiempo –y según como éste sea vivido–, puede influir en el logro de herramientas y recursos que le den la posibilidad de tener mejor manejo del estrés que en los jóvenes o en individuos de mediana edad, si se toma en consideración la influencia decisiva del medio específico en el que se desarrolla la persona mayor.

En este mismo sentido, las situaciones estresantes presentes en la vida cotidiana, sumado a la enfermedad impone una carga de estrés adicional, sobre todo por los cambios de hábitos de vida, el desarrollo de comportamientos para mantener el control metabólico, las alteraciones físicas y emocionales de la enfermedad. La nueva condición de “enfermo” repercute en el ámbito socio laboral y económico, estando el individuo expuesto a múltiples presiones (Fisher et al., 2001, p. 1751). Los efectos colaterales de los medicamentos Snoek et al (citado en Vargas 2009), la amenaza latente de las complicaciones de la enfermedad (La Greca y Thompson, 1998, p. 111) y los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia inexplicados (Demas y WylieRosett, 1990, p. 39), refuerzan esto; el tipo de personalidad media la respuesta al estrés, y se ha encontrado mayor riesgo de depresión en personas con un pobre control glicémico (Lustman et al, 2000, p. 1631) y en quienes sufren complicaciones de la Diabetes Mellitus. Brannon y Feist (2001) y Gil y López (2004, p. 265) señalan que un elevado nivel de estrés puede llevar a asumir comportamientos de mayor riesgo para la salud como fumar, beber de manera excesiva alcohol, consumir drogas o alterar los hábitos alimentarios; asimismo lo puede llevar a no tener tiempo para ejercitarse ni para dormir. Se podría decir que estas conductas erróneas tienen la intención de disminuir el estrés, entonces pueden ser consideradas como una estrategia de afrontamiento focalizada en la emoción, aunque a largo plazo son, evidentemente, dañinas para el individuo (Carver, 2011, p.221). Como Krueger y Chang (2008, p. 889) señalan, que el estrés

percibido es un estado afectivo negativo que los individuos pueden intentar aliviar o afrontar a través de conductas no saludables.

En este sentido el estrés en los pacientes diabéticos se presenta

cuando algo hace que el cuerpo actúe como si lo estuvieran atacando. Las fuentes de estrés pueden ser físicas, como lesiones o enfermedades, o pueden ser mentales, como problemas con su matrimonio, trabajo, salud o finanzas. Cuando se presenta el estrés, el cuerpo se prepara para entrar en acción. Esta preparación se llama la respuesta de lucha o huida. En la respuesta de lucha o huida, el nivel de muchas hormonas aumenta marcadamente. El verdadero efecto es poner mucha energía almacenada — glucosa y grasa— a disposición de las células. Estas células luego se preparan para ayudar al cuerpo a alejarse del peligro. En personas con diabetes, la respuesta de lucha o huida no funciona bien. La insulina no siempre puede liberar energía adicional para las células, por lo que la glucosa se acumula en la sangre (American Diabetes Association, 2013). Relacionado a ello, se sabe que un inadecuado control de la glucemia favorece al desarrollo de complicaciones tanto a nivel microvascular (retinopatía diabética, nefropatía diabética y neuropatía diabética) como macrovascular (acelerando la aterosclerosis que participa en el desarrollo de infarto de miocardio, de eventos vasculares cerebrales, y de gangrena periférica en estos pacientes) Gardner (2008, p. 693). El proceso de tratamiento de la diabetes es costoso tanto a corto como a largo plazo y la mayor demanda de los costos están orientados a éste último en lo que respecta al tratamiento de las complicaciones. Teniendo en cuenta que la presencia de complicaciones se asocia con un deterioro significativo en la calidad de vida Baley (2008, p. 161). Varias investigaciones han puesto en evidencia que un adecuado control metabólico de los pacientes diabéticos previenen o retrasan las complicaciones crónicas asociadas a la diabetes, The Diabetes control and Complications Trial Research Group (1993) y Stratton, et al. (2000, p. 405). En el estudio de Stratton et al (2000) mencionó que por cada reducción del 1% en la hemoglobina glucosilada, se asoció con una

reducción del riesgo en 21% para cualquier complicación relacionada a Diabetes Mellitus y de muerte asociada a la diabetes, así como una reducción del riesgo en 14% para infarto de miocardio, 12% en el de ictus, 43% en el de enfermedad vascular periférica y 37% en enfermedad microvascular. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda mantener un valor de HbA1c menor de 7% debido a su beneficio sobre las complicaciones micro y macrovasculares, por lo que la HbA1c se convierte en una herramienta muy importante para evaluar el control metabólico de los pacientes con Diabetes Mellitus (American Diabetes Association, 2012, p. 11 y Conrado, et al., 2011, p. 18)

Por lo mencionado anteriormente, se considera importante que las Instituciones de Salud que tienen a su cargo programas de atención de diabetes, aborden este tema desde una perspectiva integradora; es decir que considere en su intervención aspectos biológicos, psicológicos y sociales y que incorpore la promoción de la salud, calidad de vida y el bienestar de la población de manera sostenible a través de programas de intervención de corte psicológico, más que el tratamiento de la enfermedad desde un punto de vista exclusivamente biológico. Teniendo en cuenta que estos programas deberían estar enfocados principalmente en entrenar a los pacientes en el manejo de técnicas que le permitan enfrentar el estrés con la finalidad de disminuir su activación fisiológica, reducir su malestar psicológico y a facilitar la expresión emocional, intentando de conseguir mejorar su salud.

1.2. Estado del Arte del Tema de investigación

La diabetes es una enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa en la sangre causada por una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción; sin embargo, debido a la complejidad del ser humano; existen factores psicológicos que intervienen en el desarrollo de la enfermedad y que según los recursos y habilidades que poseen los paciente podrán afrontarla. Por lo que, resulta fundamental educar al paciente para que puede asumir de forma adaptativa y eficaz el tratamiento con la única intención de mejorar su calidad de vida. (Castro, Rodríguez y Ramos, 2005)

Uno de los principales agentes responsables que afecta el control metabólico en la diabetes es la activación emocional en respuesta al estrés (Aikens, Wallander, Bell y Cole, 1992, p. 113). Sin embargo, la relación entre control metabólico y estrés es muy compleja, ya sea por las viables situaciones generadoras de estrés y/o por las vías a través de las cuales ejerce su acción. La intervención del estrés sobre los niveles de glucosa en la sangre pueden presentarse a través de un efecto directo mediante la puesta en marcha de las hormonas contrarregulatorias u hormonas del estrés(adrenalina, cortisol, etc) e indirectamente por el efecto sobre las conductas de adherencia al tratamiento. Así como también por las situaciones estresantes del diario vivir a los que todos estamos expuestos, la condición de diabético lo obliga a estar expuesto a una serie de potenciales estresores específicos adicionales como por ejemplo: controles de glucosa, posibles complicaciones futuras, (Demas y Wylie-Rosett, 1990) dieta a seguir, sensación de enfado, los medicamentos que se deben tomar diariamente además del ritmo de trabajo que se esté realizando entre otras.

Cada vez más los investigadores se han interesado en la importancia de intervenciones educativas y psicosociales para el tratamiento de la diabetes. Una síntesis de estos estudios pone en evidencia que la educación en diabetes tiene efectos positivos a corto plazo sobre el control glicémico, aunque no es suficiente para el mantenimiento de conductas de autocuidado y un control glicémico a través del tiempo Norris et al (2002, p.39). En el proceso de tratamiento del paciente diabético, la educación es primordial porque constituye un espacio adecuado para enseñar al paciente: como seleccionar los alimentos, cómo prepararlos, los planes de nutrición diaria y la composición de sus nutrientes; así como un espacio de capacitación para el desarrollo de los ejercicios físicos de calentamiento y la actividad física prescrita. Sin embargo, el tratamiento médico, el manejo nutricional, el ejercicio y la educación no son las únicas alternativas para el tratamiento del paciente diabético.

Respecto a los antecedentes sobre el inicio de las intervenciones psicológicas que se han utilizado en el tratamiento de pacientes diabéticos tipo II, estas se dieron en Estados Unidos, España, Brasil y Argentina con el surgimiento de la psicología de la salud por los años 80, especialmente programas desde una aproximación cognitiva-conductual. El enfoque cognitivo se concentra en estudiar el papel que juega el pensamiento en la etiología y mantenimiento de los problemas. Las intervenciones de corte cognoscitivo-conductual pretenden modificar patrones de pensamiento que al parecer, contribuyen a los problemas del paciente. Estas intervenciones estuvieron orientadas en primer lugar a aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el peso corporal, vigilar la glucosa en la sangre, disminuir el estrés y la sintomatología ansiosa y depresiva; utilizando técnicas como el autocontrol, el entrenamiento en habilidades para desarrollar nuevas conductas, autovigilancia, programas psicoeducativos, educación para el manejo de dietas, técnicas de relajación y visualización, reestructuración cognitiva, etc. Este tipo de intervenciones han revelado generosamente su efectividad para asistir al paciente en la realización de conductas de

automanejo y tener un mejor control metabólico (Hernández y Sánchez, 2007, Hains, Parton y Silverman, 2001, p. 61, Del Castillo, López y Fragoso, 2009).

Al hacer las revisiones de investigaciones similares encontramos que éstas se vienen realizando desde 1990; por ejemplo en España, encontramos a Goetsch, Wiebe, Veltum y Van Dorsten (1990, p. 531) con el estudio : Efectos del estrés emocional sobre el control de la diabetes, concluyendo que en diversos estudios de laboratorio y de campo, el estrés puede afectar el control de la diabetes a través de dos posibles mecanismos: directamente, mediante la secreción de las hormonas del estrés e indirectamente, interfiriendo con las conductas de autocuidado. Estos resultados impulsaron la utilización de diversas estrategias comportamentales, como la relajación o el entrenamiento en habilidades sociales, para ayudar a los pacientes diabéticos a aprender como afrontar el estrés. El detalle fue que evaluaron la respuesta glucémica de seis diabéticos tipo II a un estresor de laboratorio, una tarea aritmética, observando que la glucosa en sangre se elevaba significativamente desde la línea base a la condición del estresor. En el 1993 los mismos autores replicaron sus resultados comparando la respuesta del estrés en 22 diabéticos no insulino dependientes adultos y nueve sujetos sanos. Tras la presencia de un estresor consistente en la amenaza de un shock, la mayoría de los diabéticos (86%) mostraron una respuesta de hiperglucemia con un aumento de media de 18.4mg en los valores de glucosa, lo que conllevó a importantes consecuencias clínicas.

En México encontramos varias investigaciones de intervención cognitiva conductual, como por ejemplo la realizada por Diaz, Galán y Fernández (1993, p. 169), para disminuir los niveles de glucosa en sangre, a 6 pacientes mujeres diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II que estaban sujetas a tratamiento médico basado en hipoglucemia orales con diversas dosis. Las sesiones se dieron una vez por semana, durante 2 horas y el contenido de las sesiones fueron: información proceso diabetes, entrenamiento en autocontrol y relajación profunda. Asimismo, obtuvieron como resultado de 6 mujeres, tres

disminuyeron y tres no sus niveles de glucosa. Asimismo encontramos a Canales en el 2010 con su estudio: Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica, con un diseño pre experimental con evaluación pre y post test, de 8 sesiones de dos horas, donde participaron 9 adultos de 40 y 60 años, encontrando que hubo una disminución significativa en los niveles de estrés al comparar el grupo antes y después de la intervención. También se encontró a Montes, Oropeza, Pedroza, Verdugo y Enríquez (2012, p. 67) en su estudio : Manejo del estrés para el control metabólico de personas con *diabetes mellitus* tipo II , cuyo objetivo fue disminuir el estrés, de edades entre 43 y 69 años, con diseño pre experimental con un solo grupo, llevadas a cabo en 8 sesiones donde se explicaron diversos temas para el manejo de su enfermedad y el estrés, utilizando la prueba de hemoglobina glucosada antes y después del tratamiento, obteniendo como resultado que siete de los ocho participantes mejoraran o mantuvieran el control metabólico. Nuevamente en México encontramos a Rodríguez, García, Rentería y Nava (2013) en su investigación: Efecto de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con diabetes mellitus tipo II para mejorar la adherencia a la dieta, con un diseño pre y post test , participaron 95 pacientes en varios centros de salud, las sesiones fueron entre 8 a 10 con 2 horas a la semana, antes y después del tratamiento se midió los niveles de glucosa con glucómetro, los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativa entre el pre y post test que indicaron que lograron disminuir el estrés.

Estudios en Estados Unidos encontramos en la Universidad de Duke por Surwit, (2002, p. 380), quienes refieren que el estrés puede incrementar los niveles de glucosa en personas con diabetes, lo cual las hace más propensas a sufrir complicaciones en los ojos, el riñón o el sistema nervioso; asimismo, refieren que distintas técnicas para reducir el estrés reportan importantes beneficios en el control de los niveles de glucosa y que añadir técnicas de este tipo al tratamiento convencional de la diabetes tipo II ayuda a reducir la glucosa en sangre y los beneficios que se consiguen son casi tan

elevados como los que se derivan de algunos fármacos orales. Los diabéticos participantes en el estudio que siguieron las terapias de control de estrés mostraron una reducción media en los niveles de glucosa de un 0,5 por ciento y un 32 por ciento de los pacientes logró una disminución de más de un 1 por ciento.. En este estudio participaron más de 100 voluntarios con diabetes tipo II, que siguieron sesiones educativas sobre la enfermedad y sus complicaciones. Además, una parte de ellos aprendió técnicas para controlar el estrés y manejar sus respuestas fisiológicas, cognitivas y de comportamiento ante éste. Por otro lado Steed, Cooke y Newman (2014, p. 5) en Estados Unidos también, realizaron una revisión sistemática de los respuestas psicosociales asociadas a intervenciones realizadas en 36 estudios publicados, concluyendo que los resultados de todas las intervenciones eran diversos; sin embargo, desde la revisión de los autores mencionados las intervenciones que usan la terapia cognitivo-conductual centradas en el malestar emocional provocado por la diabetes, continúan demostrando gran efectividad (Karlsen Idsoe, Dirdal, Hanestad y Bru, 2004, p. 299).

Por otro lado en Inglaterra, Pibernik-Okanovik, et al. (2004, p. 193), realizaron la investigación titulada: Efectos de una intervención psicosocial basada en el empoderamiento en la calidad de vida y el control metabólico en pacientes con diabetes tipo II, cuyo objetivo fue el control metabólico. El programa se constituyó de seis sesiones, con duración de seis semanas, administradas a grupos pequeños y cubría los tópicos de establecimiento de metas, solución de problemas, afrontamiento del estrés cotidiano, búsqueda de apoyo de apoyo social. Los resultados mostraron que tanto los aspectos psicológicos como los aspectos sociales relacionados con la calidad de vida mejoraron, del mismo modo los niveles de hemoglobina glucosilada mejoraron hasta después de seis meses de seguimiento

En Panamá Barrios en el 2005, en su estudio : Manejo del estrés y ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos. Un abordaje cognitivo

conductual, cuyo objetivo fue disminuir el estrés y la ansiedad, con diseño pre y post test con un solo grupo Las sesiones fueron 12 , dos veces por semana con 2 horas y media, manifestando ser efectivo porque lograron disminuir niveles de estrés.

En el Perú se han reportado pocos estudios, por ejemplo el de Patilla (2011) en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos pero sobre Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo II con adherencia y sin adherencia al tratamiento; cuyo objetivo fue : disminuir la ansiedad y depresión. Concluyendo que los pacientes sin adherencia muestran una mayor probabilidad de presentar ansiedad, depresión y una mayor percepción de situaciones generadoras de estrés en comparación con los pacientes con adherencia al tratamiento. Así también el estudio de Granados y Escalante (2010), titulado : estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus cuyo objetivo fue: conocer los estilos de personalidad en estos pacientes; llegando a la conclusión que la escasa interacción entre los niveles de adherencia y estilos de personalidad, del análisis de los casos atípicos se obtuvo que, la interacción de dos categorías centrales: conocimientos sobre la enfermedad y conocimientos sobre sí mismo, explican el alto nivel de adherencia. Por último, el estudio de Ventura en el 2009, titulado: Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud, más no en pacientes diabéticos y el estudio de Galli, (2011) un Programa cognitivo conductual para la adherencia al tratamiento, manejo de la vulnerabilidad al estrés y locus de control de salud en pacientes con diabetes tipo II de una clínica privada de Lima, obteniendo como resultados que mejoraron la adherencia al tratamiento y disminuyeron los niveles de vulnerabilidad al estrés.

Como se puede observar, los programas de intervención cognitivo-conductual que se señalan líneas arriba muestran resultados favorables en los pacientes diabéticos tipo II para el manejo del estrés y control metabólico.. Asimismo estas investigaciones tienen en común que sus sesiones en promedio van entre 8 a 10 sesiones, con sesiones de 2 horas semanales y con pacientes entre 40 y 69 años. Por otro lado, a pesar de que se han aplicado desde hace varios años, en algunos países; en nuestro país, no se están ofreciendo como tal como parte del tratamiento integral. Sin embargo, se conoce que algunos hospitales incluyendo, el Hospital La Caleta donde se realizó el estudio, se hacen actividades psicológicas dirigidas a estos pacientes pero no como algo estructurado y medido en función a su eficacia. Por lo que surge la necesidad de implementar un programa que se adecue a las condiciones del hospital y sus pacientes y que al mismo tiempo cumpla con los elementos de un tratamiento cognitivo-conductual, que permitan pronosticar su efectividad para el manejo del estrés.

1.3. Características y naturaleza del objeto de investigación

En el Perú, la diabetes mellitus es la décimo segunda causa de años de vida saludable perdidos (AVISA) en nuestra población. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016), informó que a nivel nacional, en el año 2015, el 2,9% del total de la población de 15 y más años de edad reporta tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud, según el documento “Indicadores de Programas Presupuestales 2011 – 2015”. La Costa es la región con mayor población que reportó tener diabetes, siendo la zona urbana donde se registra mayor incidencia de esta enfermedad (4,1%). La diabetes ocupa el primer lugar como causa de ceguera, amputaciones no traumáticas de miembros inferiores e insuficiencia renal crónica terminal. Por otro lado, según datos sobre la Diabetes Mellitus tipo II, en nuestro país, la mayoría de los pacientes que han sido diagnosticados, presentaron un impacto emocional y conductual, por dos razones: primero por tener que

asumir una enfermedad que durará toda la vida y segundo por tener que modificar su repertorio comportamental con el propósito de sobrellevar saludablemente todas las situaciones que se le presenten (Simon, 1999).

Según datos reportado por Radio Programas del Perú (RPP, 2015) la cifra de personas con diabetes en Ancash es mayor a la que se reportó durante todo el año pasado, lo cual ha generado preocupación en el sector salud. El hospital La Caleta de Chimbote ha atendido hasta la fecha 530 casos de diabetes, cifra que excede a la que se reportó durante todo el 2014, que fue de 468, así lo dio a conocer la coordinadora del Programa de Prevención Contra la Diabetes. En relación a los pacientes diabéticos del Hospital La Caleta, ellos se encuentran organizados a través del programa de hipertensión y diabetes que promueve el hospital, este programa cuenta aproximadamente con 70 pacientes que asisten regularmente con una existencia de 6 años.

Ante esta realidad, la diabetes es una de las enfermedades crónicas que ha sido considerablemente asociada con el estrés emocional, y su relación con el estrés como respuestas a la diabetes. Respecto al estudio que se han hecho sobre la diabetes como suceso de estrés, diferentes variables se han asociado; por ejemplo, el impacto del diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad, el cambio en el estilo de vida, el control glucémico, el apoyo social, entre otras (Hains et al, 2001, p. 61; Polosky, et al 2005, p.62). Polonsky et al (2005) integró estas variables en un solo concepto al que denominó malestar emocional y lo definió como el grado de conflicto psicológico asociado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con diabetes tipo II experimenta, caracterizado por la presencia de emociones negativas tantas asociadas a problemas derivados del tratamiento, al plan alimenticio, a la relación con el médico y a la falta de apoyo social.

Por los datos mencionados anteriormente, es importante detallar algunos características clínicas acerca de la Diabetes Mellitus tipo II. El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el

metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. Dentro de los tipos de diabetes más frecuentes es, la diabetes tipo II causada por resistencia a la insulina e inadecuada respuesta secretora.

Dentro de las causas de la diabetes tipo II, ésta se puede producir porque el cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina. La insulina es necesaria para que el cuerpo pueda usar la glucosa como fuente de energía. Cuando comemos, el cuerpo procesa todos los almidones y azúcares, y los convierte en glucosa, que es el combustible básico para las células del cuerpo. La insulina lleva la glucosa a las células. Cuando la glucosa se acumula en la sangre en vez de ingresar a las células, puede producir complicaciones de diabetes. En condiciones normales, la glucosa procedente de la metabolización de los alimentos se concentra en el torrente sanguíneo para llegar hasta las células de los diferentes tejidos –entre ellos los músculos– y transformarse en energía. Esta actividad se lleva a cabo gracias a la acción de la insulina que se produce en el páncreas. Sin embargo, puede llegar el momento en que las células no reaccionen convenientemente ante la presencia de esta hormona. Es lo que se denomina resistencia a la insulina y constituye el paso previo al desarrollo de la diabetes tipo II, Ministerio de Salud (MINSa, 2016, p.11).

Se dice además que la Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad metabólica multifactorial, en la que interactúan factores genéticos diversos (poligenética) y factores desencadenantes de tipo ambiental (modificación de estilos de vida : sedentarismo, estrés y cambios de hábitos nutricionales), factores relacionados a la persona (sobrepeso y la obesidad que son los factores de riesgo más importantes asociados con inactividad física y alimentación inadecuada, edad, etnia, entre otras) Psaltopoulou, Ilias y Alevizaki (2016, p 26). En este tipo de diabetes, el factor dominante es la hiperglucemia crónica. Esto causa daño grave a diferentes órganos, en especial a la retina, riñones, corazón y arterias, American Diabetes Association (2013).

Dentro de la fisiopatología de la Diabetes, se hace referencia que todas las células de nuestro organismo utilizan a la glucosa como combustible metabólico, pero algunas de ellas la requieren de forma indispensable, como es el caso de los eritrocitos y las células de la corteza renal, mientras que las neuronas son muy dependientes de esta glucosa. Esto significa que mantener la concentración de glucosa en sangre (glucemia) en unos niveles óptimos, es importantísimo para el funcionamiento del cuerpo humano. En el mantenimiento del control de la glucemia intervienen una serie de hormonas. Unas de carácter hiperglucemiante (glucagón, adrenalina y glucocorticoides) y como hormona hipoglucemiante la insulina. Es importante resaltar que el glucagón y la insulina tienen con respecto a la glucemia efectos opuestos. Así la insulina promueve, mecanismos para consumir glucosa en situaciones de abundancia excesiva de alimentos, mientras el glucagón estimula la liberación a la sangre de glucosa cuando nos encontramos en situación de hipoglucemia. La insulina es clave en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos, ya que es el principal regulador metabólico de los depósitos energéticos. El principal estímulo para su síntesis y liberación es la llegada de glucosa a través de la comida. En los períodos entre comidas, la disminución de los niveles de insulina permite la movilización de nutrientes como el glucógeno, grasas e incluso proteínas que liberan sus aminoácidos, que se utilizan en proteínosíntesis en estos periodos postpandriales. El glucagón, la otra hormona pancreática, cuya liberación aumenta en los períodos de ayuno, ejerce un papel importante en esa movilización nutricional endógena. Las manifestaciones clínicas de la diabetes se deben a las alteraciones metabólicas que ocasiona la falta de insulina. Es como si las células estuviesen en situación de ayuno aún en situación de hiperglucemia. Estas alteraciones son fundamentalmente: Disminución de la glucosa celular y aumento de su producción, alcanzándose niveles de hasta 1200mg/dL. Menéndez, Barrio y Novials (2017, p.189).

Por lo mencionado anteriormente, consideramos que frente a esta enfermedad crónica, el control metabólico se convierte en un elemento

importante para el control de la diabetes. Y es entendido como el logro de los niveles de glucemia plasmática en ayuno, entre 80 y menos de 110 mg/dl por el mayor tiempo posible, en los casos de diabetes sujetos a tratamiento en el Sistema Nacional de Salud, se constituye en un factor primordial para prevenir las complicaciones, las discapacidades derivadas de ellas y el aplazamiento de la edad promedio de la muerte causada por esta enfermedad. Por tratarse de un padecimiento incurable, los diabéticos deben recibir tratamiento durante toda su vida, determinando que gran parte de ellos manifiestan una baja adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control metabólico. Sólo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de éstos entre el 25% y el 40% mantienen un adecuado control metabólico. La adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar un plan de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar estilos de vida saludables.

Para el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo II, según MINSA (2016), refiere que la forma más sencilla de diagnosticarla es midiendo la cantidad de glucosa en la sangre, siendo lo ideal hacerlo en la sangre venosa y con el paciente en ayunas, lo que se denomina glucemia basal. Para el diagnóstico de diabetes mellitus se pueden utilizar cualquiera de los siguientes criterios : Glucemia en ayunas medida en plasma venoso, igual o mayor a 126 mg/dl, en dos oportunidades, no debiendo pasar más a 72 horas entre una y otra prueba. Ayunas se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas. El paciente puede estar asintomático. Otro criterio son los Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso igual o mayor de 200 mg/dl.; así como la Hemoglobina Glucosilada A1c \geq 6.5%, realizado en un laboratorio. Existen además múltiples estudios y pruebas que los médicos especialistas, realizan para mejorar el conocimiento y controlar el estado evolutivo de la enfermedad; como por ejemplo la Hemoglobina glucosilada (HbA1c), que es una prueba para el control y seguimiento del tratamiento de la diabetes en personas diagnosticadas. Esta

prueba de laboratorio se realiza en la sangre y determina qué proporción de la sustancia hemoglobina se encuentra unida a la glucosa. Sirve para tener un conocimiento de cómo ha estado la cifra de glucosa en la sangre en los últimos dos o tres meses. Es un parámetro muy usado para conocer si el control metabólico ha sido adecuado. También tenemos la Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) consistente en la determinación de la glucemia en plasma venoso a las dos horas de una ingesta de 75 gr de glucosa anhidra en adultos, entre otras.

1.4. Formulación del Problema

¿Cuál es el efecto de la aplicación de un programa cognitivo conductual para disminuir los niveles de estrés y mantener el control metabólico en pacientes diabético tipo II del hospital La Caleta de Chimbote,2017?

1.5. Formulación de la Hipótesis

Hi: Al grupo experimental que se le aplicará el programa cognitivo conductual disminuirá significativamente los niveles de estrés y mantendrá un control metabólico en los pacientes diabéticos tipo II en comparación con el grupo control.

Ho: Al grupo experimental que se le aplicará el programa cognitivo conductual, no disminuirá significativamente los niveles de estrés y no mantendrá un control metabólico en los pacientes diabéticos tipo II en comparación con el grupo control.

1.6. Formulación de los objetivos de la investigación

Objetivo General

Determinar el efecto de la aplicación de un programa cognitivo conductual para disminuir los niveles de estrés y mantener el control metabólico en pacientes diabéticos tipo II del hospital La Caleta de Chimbote, 2017.

Objetivos Específicos

- Describir el estrés percibido general tanto en el grupo control como experimental antes y después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual para disminuir los niveles de estrés y mantener el control metabólico en pacientes diabéticos tipo II del Hospital La Caleta, 2017
- Describir el estrés percibido por factores tanto en el grupo control como experimental antes y después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual para disminuir los niveles de estrés y mantener el control metabólico en pacientes diabéticos tipo II del Hospital La Caleta, 2017
- Describir el funcionamiento metabólico tanto en el grupo control como experimental antes y después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual para disminuir los niveles de estrés y mantener el control metabólico en pacientes diabéticos tipo II del Hospital La Caleta, 2017

1.7. Importancia y Justificación de la Investigación

El trabajo es relevante socialmente y metodológicamente porque el Ministerio de salud (MINSA) ha establecido en los lineamientos de política del sector 2007-2020, en el objetivo 2, la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y en el objetivo sanitario N° 7, el control de las enfermedades crónico degenerativas, priorizando diabetes mellitus entre otras como una prioridad (MINSA, 2013). Así como normativas para el manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutoria, dentro de las cuales se contemplan medidas generales y preventivas para las personas

en riesgo con Diabetes Mellitus tipo II y que califique para despistaje, las cuales deberán ser intervenidas inicialmente con medidas de cambios en el estilo de vida. Aunado a ello se menciona que todo individuo con diabetes mellitus tipo II: debe entrar en un programa educativo estructurado desde el momento del diagnóstico, que permita que el paciente conozca su enfermedad para lograr el autocontrol y adherencia al tratamiento; así como lograr el control glucémico para prevenir las complicaciones agudas y crónicas.

En tal sentido, el presente trabajo pretende contribuir con la propuesta de un programa de tratamiento que permitirá educar y dotar al paciente de técnicas y estrategias de afrontamiento al estrés para que sea capaz de asumir de forma adaptativa y eficaz su tratamiento con el objetivo de mejorar su calidad de vida (MINSA,2016). Asimismo, la investigación es importante no se han reportado trabajos similares en nuestra localidad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Fundamentos Filosóficos teóricos de la investigación

Tomando en cuenta los aspectos filosóficos de los principales modelos teóricos de la psicología se destaca el lenguaje mentalista del psicoanálisis, la negación de los procesos mentales de parte del conductismo, la imposibilidad de la introspección como método, la asunción de una mente al margen de la conciencia, los remanentes dualistas de Descartes, las limitaciones de las demás escuelas europeas y muchos otros elementos, obligaron a los psicólogos a orientar su mirada más allá de la misma psicología. Esta situación epistemológica de la psicología motivó a una búsqueda transdisciplinaria.

En este sentido fue de gran trascendencia el aporte de Miller, Galanter y Pribram en 1960 que se proveyeron de fuentes como la Teoría de la Comunicación de Shannon en 1948 (Fiske, 1985)), las ciencias del ordenador, la cibernética, de la mano de los trabajos pioneros de los matemáticos Neumann y Wiener, de la psicolingüística de Rieber y Vetter (1979) y Chomsky (1957) para dar sustento a un nuevo modelo de ver a la psicología contemporánea (Restrepo, 2009)

A decir de Ruiz (2011), la ciencia cognitiva es el conjunto de principios teóricos y de programas de investigación relativos al funcionamiento de la mente en general y a la adquisición de conocimientos en particular. La psicología cognitiva ha incorporado aportes de la filosofía, lingüística, antropología, neurociencias, inteligencia artificial y psicología. Siempre orientada a la búsqueda de la comprensión del conocimiento humano.

En este sentido, la investigación en psicología cognitiva es predominantemente hipotético-deductiva (Lovett, 2006, p. 17) sus teorías y explicaciones son consideradas provisorias, falibles y aproximativas

(Henríques, 2003, p.150). Los estudios empíricos se conducen de conformidad con la lógica de la investigación Poperiana y sus diseños experimentales intentan siempre ofrecer evidencia controlada que apoye la falsedad de la hipótesis nula (Nickerson, 2000, p. 241). La investigación cognitiva se concreta en el rechazo o no rechazo de la hipótesis nula en estudios experimentales o lo único que puede hacer el investigador cognitivo es demostrar que la conjetura contraria a la suya es falsa.

Considerando las referencias históricas y filosóficas de la psicología cognitiva y de la cual se desprende la terapia cognitiva conductual, Restrepo (2009), expresa que en la filosofía estoica, 350 a. C al 180 d. C, Epicteto, en su escrito *Enchiridion*, afirmaba que los hombres se perturbaban no por los acontecimientos en cuanto tales, sino por la visión u opinión que tenían de éstos mismos. El budismo, más tiempo atrás, en el 550 a. C, afirmaba que la realidad era construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que podían ser pasionales y, por tanto, generar sufrimiento. Para unos y para otros, la distinción era clara: es el contenido de la mente el que determina cómo afecta el mundo externo al sujeto. No hay nada que pueda ser considerado como puramente objetivo, es decir, nada que sea en cuanto tal; pues siempre será en cuanto al sujeto. El conocimiento de lo externo se asimila a partir de la estructura misma del sujeto. Es el mundo interno (lo subjetivo) lo que determina el mundo externo (lo objetivo), y no a la inversa.

Por su parte, la distinción kantiana, introducida en la monumental *Crítica de la razón pura*, entre el noúmeno y el fenómeno puede distinguirse como una conceptualización temprana, ya en 1781, de lo que dos siglos después llegase a convertirse formalmente en los fundamentos teóricos y epistemológicos de la psicología cognitiva. Según Kant, había que considerar dos reinos diferentes: el de los objetos, las cosas en sí mismas, el mundo externo, y el de los fenómenos mentales, el de la realidad subjetiva, el mundo interno. Para que el noúmeno (lo "pensado", "lo inteligible") llegase a formar parte del mundo interno tenía que ser transformado por la intuición. Por lo tanto, los objetos, las cosas en sí, nunca podrían llegar a ser parte del

entendimiento tal y como estaban en el noúmeno, pues el proceso que iba de éste al fenómeno, por medio de la intuición, las convertía activamente de tal forma que llegasen a ser parte del sujeto. Así pues, toda la realidad empírica se validaba como algo real en tanto que era intuita por el sujeto.

Dice Fancher (1979, citado en Restrepo 2009, p. 59), en su lectura de Kant respecto a los orígenes de la psicología, que, para el alemán, lo que el sujeto percibía no era una imagen fiel de la realidad exterior a él sino una reconstrucción, una representación, de éste; algo que aparece ante la subjetividad, un fenómeno. No es que la mente perciba el mundo, dice Fancher leyendo a Kant, lo que hace es crearlo. Así, dice Kant que la capacidad de recibir representaciones se le llama sensibilidad, pues los objetos vienen dados por esta. La capacidad que tenemos de pensar los objetos dados por la sensibilidad se la llama entendimiento.

De tal manera que el conocimiento está mediado por representaciones mentales. O, con mayor precisión, lo que se conoce son las propias representaciones mentales. Los antecesores clásicos de la psicología cognitiva no se reducen ni se agotan en los que se han mencionado. Algunos presocráticos, Sócrates, Platón (idealismo), Aristóteles, varios filósofos orientales, Santo Tomás, Hume (asociaciones), Descartes (res cogitans), Brentano (intencionalidad de lo mental), Husserl (fenomenología) y Heidegger intuyeron múltiples ideas relacionadas con lo que actualmente se considera el núcleo filosófico de la psicología cognitiva: la idea de que la mente es, esencialmente un sistema de procesamiento de información que opera sobre símbolos y representaciones, y cuyos productos, igualmente mentales o simbólicos, determinan el pensamiento, la emoción y la acción. Obviamente, su terminología fue totalmente diferente, pero la esencia de sus ideas se corresponde notoriamente con los presupuestos teóricos y filosóficos de la psicología cognitiva actual. Todos ellos, y muchos otros más, se adscribieron a algún tipo de mentalismo (Bunge y Ardila, 2002).

Todos compartían, en alguna medida y con alguna variación, la idea de que los procesos, fenómenos o estados mentales, si bien relacionados de alguna forma con el cuerpo, gozaban de autonomía ontológica sobre éste, pero determinaban drásticamente su actuar. Quizás para encontrar los antecedentes más remotos de la psicología cognitiva en la filosofía sólo sea necesario rastrear históricamente la fuente primera del dualismo y el origen de sus múltiples variaciones. Por tal razón, quizás sea más apropiado afirmar, como lo hace Riviére (1991), que la psicología volvió a ser cognitiva en la segunda mitad del siglo XX y no pensar que ésta comenzó a ser cognitiva para dicha época.

En consecuencia, el enfoque cognitivo en psicología ha supuesto la recuperación explícita de la viejísima tradición en epistemológica de la psicología natural de sentido común, de la reflexión filosófica sobre el alma, la mente, la conciencia, y de la primera psicología científica. Se enraiza en lo más hondo y viejo de la historia de nuestra disciplina, pero lo hace de un modo peculiar. La psicología cognitiva lo es de un modo diferente a la forma en que fueron “cognitivas” esas otras psicologías (Riviére, 1991, p. 129).

2.2. Marco Conceptual

Programa cognitivo conductual: Conjunto de actividades organizadas secuencialmente, basados en el modelo cognitivo conductual con el fin de que se cumplan los objetivos propuesto (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2011).

Estrés percibido: Es la condición que resulta cuando las transacciones entre una persona y su ambiente la conducen a percibir una discrepancia (real o no) entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos, psicológicos o sociales” (Lazarus y Folkman (1987)

Control Metabólico : Es entendido como el logro de los niveles de glucemia plasmática en ayuno, entre 80 y menos de 110 mg/dl por el mayor tiempo posible, en los casos de diabetes sujetos a tratamiento en el Sistema Nacional de Salud (Avalos, et al., 2007)

Hemoglobina Glucosilada : Es la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos que tiene incorporadas moléculas de Glucosa. American Diabetes Association (2012)

Pacientes diabéticos tipo II: Personas que sufren un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina (Merino, Laserna y Forja, 2016).

CAPITULO III

METODOLOGIA EMPLEADA

3.1. Métodos empleados en la investigación

Se empleó el método científico experimental; que se caracteriza porque aplica la observación de fenómenos, que en un primer momento es sensorial. Con el pensamiento abstracto se elaboran las hipótesis y se diseña el experimento, con el fin de reproducir el objeto de estudio, controlando el fenómeno para probar la validez de las hipótesis (La Torre, 2008). La esencia de la concepción de experimento es que éste involucra la manipulación intencional de una acción para analizar sus posibles efectos.

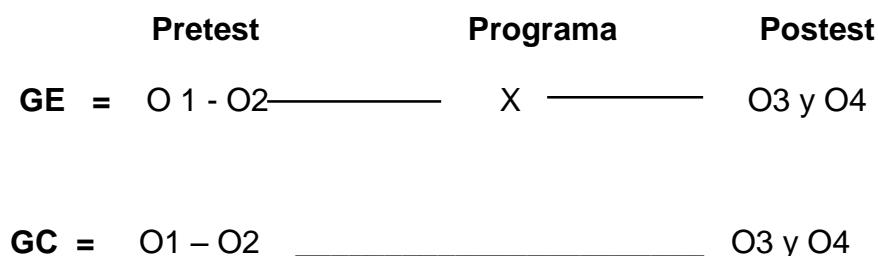
En este caso se manipuló la variable independiente que fue el programa Cognitivo Conductual para posteriormente analizar las consecuencias de esa manipulación sobre las variables dependientes que fueron el estrés percibido y control metabólico en los pacientes diabéticos tipo II.

Para la contrastación de la hipótesis, se utilizó el Método hipotético-deductivo. En el método hipotético, se establece la verdad o falsedad de las hipótesis (que no podemos comprobar directamente, por su carácter de enunciados generales, o sea leyes, que incluyen términos teóricos), a partir de la verdad o falsedad de las consecuencias observacionales, unos enunciados que se refieren a objetos y propiedades observables, que se obtienen deduciéndolos de las hipótesis y, cuya verdad o falsedad estamos en condiciones de establecer directamente (Iñiguez, 2008).

Tipo y Diseño de investigación

Este estudio según su finalidad estuvo enmarcado en el tipo de investigación aplicada (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Para contrastar la hipótesis y medir la eficacia del programa psicoterapéutico se

utilizó un diseño cuasi-experimental el mismo se caracteriza por carecer de aleatoriedad de la muestra, además se contó con un grupo control y uno experimental con pre y posprueba, cuyo diagrama es el siguiente :



Donde

GE : Grupo experimental (no aleatorio)

O1 : Pretest (medida de la variable dependiente Estrés)

O2 : Pretest (medida de la variable dependiente Hemoglobina glucosilada :control metabólico)

X : Programa psicoterapéutico (variable independiente)

O3 : Post test (medida de la variable dependiente - estrés)

O4 : Post test (medida de la variable dependiente : Hemoglobina glucosilada: control metabólico)

Población

La población fueron todos los pacientes diabéticos tipo II del Programa de Diabetes del Hospital La Caleta de Chimbote con niveles altos de estrés y hemoglobina glucosilada en número de 46.

Muestra

La muestra utilizada fue de tipo no probabilístico con un plan de muestreo intencional; sin embargo, la distribución del grupo experimental y

grupo control se hizo aplicando un muestreo probabilístico aleatorio simple. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes tipo II: 10 para el grupo control y 10 para el grupo experimental. Además se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

Pacientes inscritos en el programa de diabetes del hospital La Caleta de Chimbote en el año 2017, con diagnóstico confirmado de diabetes tipo II, con presencia de estrés en el último mes (pero que no se deba a situaciones graves: fallecimiento, divorcio, etc), cuyas edades oscilan entre los 45 a 70 años, con tiempo de enfermedad entre los 6 meses a más años, mujeres, con altos valores de hemoglobina glucosilada (Hb1Ac a 9). Además aquellos pacientes que no presenten: insuficiencia renal, hemólisis, uremia, embarazo, anemia ferropénica, portadores de hemoglobinopatias congénitas, alcoholismo y aquellos que hayan recibido transfusiones recientes y que manifiesten su deseo de participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

Pacientes que no se encuentren inscritos en el programa de diabetes del hospital La Caleta de Chimbote 2017, que no tengan diagnóstico confirmado de diabetes tipo II, sin presencia de estrés en el último mes cuyas edades sean menores a 45 y mayores de 70 años, con tiempo de enfermedad menores a 6 meses, hombres, con bajos valores de hemoglobina glucosilada (Hb1Ac < 7). Además aquellos pacientes que presenten: insuficiencia renal, hemólisis, uremia, embarazo, anemia ferropénica, portadores de hemoglobinopatias congénitas, alcoholismo y aquellos que hayan recibido transfusiones recientes y que manifiesten su no deseo de participar en el estudio.

Tabla 1 : Caracterización de los pacientes que participaron como Grupo Experimental y Control antes de aplicación del programa

Características	Grupo Experimental	Grupo Control
------------------------	---------------------------	----------------------

	f	%	f	%
Edad				
40 a 60	3	30	4	40
61 a más	7	70	6	60
Estado Civil				
Casado	8	80	5	50
Conviviente	2	20	4	40
Viudo	-	-	1	10
Ocupación				
Ama de casa	3	30	1	10
Comerciante	7	70	9	90
Grado de Instrucción				
Primaria completa	2	20	1	10
Primaria incompleta	-	-	2	20
Secundaria completa	3	30	6	60
Secundaria incompleta	5	50	1	10
Ingreso mensual familiar				
500 a 800 soles	6	60	8	80
801 a 1 000 soles	3	30	1	10
1001 a 1500 soles	1	10	1	10
Vive con:				
Pareja solamente	3	30	2	20
Pareja e hijos	5	50	1	10
Pareja, hijos y otros	2	20	6	60
solo	-	-	1	10
Tiene insuficiencia renal				
Si	2	20	1	10
No	8	80	9	90
Consumo alcohol/fuma				
Si	-	-	-	-
No	10	100	10	100
Tiempo de diagnóstico de enfermedad				
2 años a 5 años	2	20	4	40
5 años 1 mes a 8 años	8	80	5	50
8 años 1 mes 11 años	-	-	1	10
Tiempo de asistencia al programa de diabetes				
9 mes a 1 año	2	20	4	40
2 años a 5 años	7	70	2	20
6 a 10 años	1	10	4	40
Creencia causa diabetes				
Por comer mucho	6	60	8	80
Hereditario	4	40	2	20

Pensamiento sobre diabetes				
No tiene cura	5	50	6	60
Me voy a morir con esta enf.	2	20	4	40
Es como cualquier otra enf.	3	30	-	-
Situaciones estresantes en su vida				
La propia diabetes	3	30	2	20
Falta de dinero	3	30	5	50
Conflicto con mis hijos	2	20	1	10
Mi carácter	2	20	-	-
Conflicto con mi pareja	-	-	2	20
Pensamientos que surgen cuando se estresa				
Tengo mala suerte	5	50	2	20
Todo me pasa a mi	1	10	3	30
Me lo merezco	1	10	-	-
Es culpa de otros	1	10	-	-
De muerte	1	10	5	50
Ideas suicidas	1	10	-	-
Respuestas emocionales frente a situación estresante				
Llora	1	10	3	30
Me siento triste	1	10	2	20
Miedo	1	10	1	10
Cólera	2	20	1	10
Grita	5	50	2	20
Estrategias de afrontamiento frente al estrés				
Busco ayuda a familiares	1	10	3	30
Trato de distraerme	3	30	3	30
Trato de solucionar los prob.	3	30	4	40
No pienso en la situación	2	20	-	-
Trato de relajarme	1	10	-	-

Operacionalización de las Variables de estudio

Tabla 2 : Programa Cognitivo Conductual

Variables	Definic. concept.	Dimensiones	Indicadores
Variable independiente PROGRAMA COGNITIVO CONDUCT.	Conjunto de actividades organizadas secuencialmente, basados en el modelo cognitivo conductual con el fin de que se cumplan los objetivos propuestos.	Objetivos	Identificar el nivel de estrés y funcionamiento metabólico en los pacientes diabéticos tipo 2 del hospital La caleta de Chimbote, 2017 antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual.
		Sesión 01: Psicoeducación en diabetes, comportamiento metabólico y estrés	Describir el funcionamiento metabólico en los pacientes diabéticos tipo 2 del hospital La caleta de Chimbote, 2017 después de la aplicación del programa cognitivo conductual
		Sesión 02: Desensibilización Sistemática (Relajación I parte)	Suministro de información a los pacientes sobre la diabetes y estrés relacionados con la enfermedad para que entiendan y sean capaz de manejarla (Casañas, 2015)
		Sesión 03: Desensibilización Sistemática Relajación Muscular Progres.: Parte II. Miembros Inferiores	Estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética y mediante una serie de ejercicios de tensión -distensión de los principales grupos musculares (cabeza, cuello, hombros, brazos y manos Chóliz, 2012)
		Sesión 04: Desensibilización Sistemática Imaginaria (Relajación III	Estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética y mediante una serie de ejercicios de tensión -distensión de los principales grupos musculares (torax, abdomen, nalgas, muslo, piernas y pie) Cholz, 2012
			construcción de una jerarquía de situaciones ansiógenas por temas y la cual se tienen que ordenar de

parte)		acuerdo con la intensidad de la respuesta de ansiedad que provoca. Para luego imaginarla y si produce ansiedad utilizar la relajación muscular.
Sesión 05: Entrenamiento en la técnica Reestructuración Cognitiva.		Identificación y cuestionamientos a sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros (Villaroel y Gonzáles, 2015)
Sesión 06: Reestructuración Cognitiva y Dialogo Socrático		Cuando se inserta dudas en el sistema de creencias perjudiciales del paciente a fin de modificarlas (Martínez, 2012)
Sesión 07: Detención del pensamiento y autocontrol.		Para evitar los pensamientos no deseados que se repiten continuamente en ciertas ocasiones y que llevan a sensaciones desagradables, llegando a afectar el estado de ánimo (Martinez, 2012)
Sesión 08: Comunicación asertiva		
Sesión 09: Toma de decisiones	de	Firmeza para expresar los pensamientos, sentimientos y creencias de un modo directo, honesto y apropiado sin violar los derechos de los demás (Osorio, Montoya y Palacio, 2014.)
Sesión 10: Entrenamiento en inoculación al estrés	en al	Proceso mediante el cual se realiza una elección entre las alternativas o formas para resolver diferentes situaciones de la vida, estas se pueden presentar en diferentes contextos: a nivel laboral, familiar, sentimental, etc
		Adquisición de destrezas de afrontamiento y ensayo de las mismas para dotarlo de habilidades que le permitan lidiar con su estrés general Giner, Oriondo, López, Tartín, Russo y Vargas(2015).

Evaluación	<p>Pretest : Aplicación de instrumento estrés y venopunción para hemoglobina glucosilada antes de iniciado el programa</p> <p>Postest</p> <p>Aplicación de instrumento estrés y venopunción para hemoglobina glucosilada después del programa</p> <p>Evaluación después de cada sesión</p>
------------	--

Tabla 3 : Estrés Percibido

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Definición operacional
Variable Dependiente 1 ESTRÉS PERCIBIDO	Es la condición que resulta cuando las transacciones entre una persona y su ambiente la conducen a percibir una discrepancia (real o no) entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos, psicológicos o sociales” (Lazarus y Folkman (1987)	Tensión, irritabilidad y fatiga	Conjunto de síntomas (enojo y signos (dolor cabeza, estómago) que es la respuesta del cuerpo a la presión física, intelectual o emocional que se experimenta por diversas causas.	Alta : 24 pts a más Medio : 21 a 23 puntos Bajo : 18 a 20 puntos	Alta : con frecuencia se siente irritable, cansado, tenso, tiene problemas para relajarse Medio : Algunas veces se siente irritable, cansado, tenso, tiene problemas para relajarse Baja Pocas veces se siente irritable, cansado, tenso, tiene problemas para relajarse
		Aceptación social de conflictos.	Es una positiva acogida, favor y aprobación. En la que una persona puede recibir a alguien y tener la aceptación y aprobación por ellos	Alta : 18 a más puntos Medio : 15 a 17 puntos Bajo : 12 a 14 puntos	Alta : con frecuencia no se siente solo, frustrado, ni criticado, se siente seguro y protegido Media : algunas veces se siente solo, frustrado, criticado, inseguro y desprotegido Baja : pocas veces se siente solo, frustrado, criticado, inseguro y protegido
		Energía y diversión	Características de una persona alegre y espontánea. Está lleno de energía y de acción.	Alta : 12 -13 puntos Medio : 10 -11 puntos Bajo : 8 - 9 puntos	Alta : con frecuencia se siente descansado, alegre y activo Media Algunas veces se siente descansado, alegre y activo Baja : pocas veces se siente

descansado, alegre y activo

Sobrecarga	Saturación de emociones , que nos bloquean y nos quitan fuerza física y emocional que nos bloquean y nos quitan fuerza física y emocional .	Alta : 11 -12 puntos Medio : 9 -10 puntos Bajo : 7 -8 puntos	Alta con frecuencia siente que le hacen demasiadas peticiones, tiene muchas preocupaciones Media : Algunas veces que le hacen demasiadas peticiones, tiene muchas preocupaciones Baja : pocas veces que le hacen demasiadas peticiones, tiene muchas preocupaciones
Satisfacción por autorrealizac.	Desarrollar todo nuestro potencial para convertirnos en todo lo que somos.	Alta : 10 -11 puntos Medio : 8 -9 puntos Bajo : 6 -7 puntos	Alta : con frecuencia siente que está haciendo las cosas que realmente le gustan, está seguro que puede alcanzar sus metas, Media : Algunas veces siente que está haciendo las cosas que realmente le gustan, está seguro que puede alcanzar sus metas, Baja : pocas veces siente que está haciendo las cosas que realmente le gustan y está seguro que puede alcanzar sus metas.
Miedo y ansiedad	Sentimiento de desconfianza que impulsa a creer que ocurrirá un hecho contrario a lo que se desea	Alta : 8 -9 puntos Medio : 6 -7 puntos Bajo : 4 – 5 puntos	Alta : con frecuencia tiene miedo al futuro y se siente agobiado por la responsabilidad. Media : algunas veces tiene miedo al futuro y se siente agobiado por la responsabilidad. Baja : pocas veces tiene miedo al futuro y se siente agobiado por la responsabilidad.

Tabla 4 : Control Metabólico

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Definición operacional
Variable Dependiente 2	Es entendido como el logro de los niveles de glucemia plasmática en ayuno, entre 80 y menos de 110 mg/dl por el mayor tiempo posible, en los casos de (Avalos, et al., 2007)	La Hemoglobina Glucosilada indica la concentración de glicemia de las últimas 6 a 8 semanas y es altamente	(Hb1Ac > a 9).	Altos valores de hemoglobina glucosilada indican un bajo nivel de control metabólico
		sensitiva a los cambios en los niveles de glicemia	(Hb1Ac < 9 y > 7).	Valores medios de hemoglobina glucosilada indican un control satisfactorio
			(Hb1Ac < 7)	Bajos valores de hemoglobina glucosilada indican un buen control metabólico

3.2. Metodología para la prueba de hipótesis

La metodología realizada consistió primero en realizar la prueba de normalidad de los datos tanto de la variable estrés percibido y hemoglobina glucosilada del grupo experimental y control después de la aplicación del programa cognitivo conductual, con la finalidad de establecer si se va a utilizar una estadística paramétrica o no paramétrica. Para ello se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov demandado en establecer pruebas no paramétricas encontrando que los datos presentaban aproximación de distribución normal concluyendo que los datos serán procesados con la estadística paramétrica.

Posteriormente se hizo la prueba de homogeneidad supuesto básico que exigen la estadística para hacer la prueba t student de comparación de medias con muestras independientes. Finalmente se realizó la prueba t student basada en las pruebas anteriores con la cual se determinó la efectividad del programa cognitivo conductual para disminuir los niveles de estrés y hemoglobina glucosilada.

3.3. Técnicas e instrumentos empleados

Las técnicas utilizadas fueron : la encuesta, entrevista y la venopunción. Los instrumentos fueron : El Cuestionario de Estrés Percibido. Adaptación: Sanz-Carrillo, García-Campayo, Rubio, Danted, y Montoro, (2002), la Máquina Automatizada Landwind para el Control metabólico y el programa cognitivo conductual.

1. Cuestionario de Estrés Percibido

La versión original es de Levenstein, S (1993). Adaptación: Sanz-Carrillo, García-Campayo, Rubio, Danted, y Montoro (2002). Este cuestionario evalúa a adultos en situación de riesgo, bajo, medio y alto. El objetivo es evaluar los factores que influyen en el estado de salud general

concretamente el estrés. Evalúa seis factores: Tensión-Inestabilidad-Fatiga; Aceptación Social de Conflictos; Energía y Diversión; Sobrecarga; Satisfacción para autorrealización; Miedo y ansiedad. La adaptación fue publicada en el año 2002. Consiste en 30 cuestiones que el sujeto tiene que puntuar según la frecuencia que se dan en su vida desde 1 “casi nunca” a 4 “casi siempre”. Consta también de dos columnas de puntuación, la de la izquierda corresponde a la puntuación en general, referida al último o dos últimos años de la vida, y la de la derecha a la puntuación reciente, referida al último mes. Mediante el análisis factorial de los ítems se obtienen 6 factores en la versión española:

Factor 1. Tensión, irritabilidad y fatiga. Medido por los ítems 3, 8, 10, 14, 15, 16, 26, 27 y 30 (3. Está irritable o malhumorado. 8. Se siente cansado. 10. Se siente tranquilo. 14. Se siente tenso. 15. Sus problemas parecen multiplicarse. 16. Siente que tiene prisa. 26. Se siente agotado mentalmente. 27. Tiene problemas para relajarse, 30. Se siente presionado por los plazos de tiempo.) El ítem 10 invierte su puntuación en la corrección ya que está expresado de forma opuesta al resto

Factor 2. Aceptación social de conflictos. Incluye 7 ítems, los números 5, 6, 12, 17, 19, 20 y 24. (5. Se siente solo o aislado. 6. Se encuentra sometido a situaciones conflictivas. 12. Se siente frustrado. 17. Se siente seguro y protegido. 19. Está bajo la presión de otras personas, 0. Se siente desanimado. 24. Se siente criticado o juzgado. A la hora de realizar la corrección, el ítem 17 invierte su puntuación.)

Factor 3. Energía y diversión. Se evalúa con los ítems 1, 13, 21, 25 y 29 (1. Se siente descansado. 13. Se siente lleno de energía. 21. Se divierte. 25. Se siente alegre. 29. Tiene tiempo suficiente para usted). Los cinco ítems de este factor invierten su puntuación a la hora de ser corregidos, ya que están enunciados de manera opuesta a la mayoría de los que componen el cuestionario

Factor 4. Sobrecarga. Se mide por los ítems 2, 4, 11 y 18 (2. Siente que se le hacen demasiadas peticiones. 4. Tiene demasiadas cosas que hacer. 11. Tiene que tomar demasiadas decisiones. 18. Tiene muchas preocupaciones)

Factor 5. Satisfacción por autorrealización. Incluye los ítems 7, 9 y 23 (7. Siente que está haciendo cosas que realmente le gustan. 9. Teme que no pueda alcanzar todas sus metas. 23. Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas.) El ítem 7 invierte su puntuación en la corrección.

Factor 6. Miedo y ansiedad. Compuesta por 2 ítems, el 22 y el 28 (22. Tiene miedo al futuro. 28. Se siente agobiado por la responsabilidad.)

Fiabilidad y Validez del instrumento original de Levenstein et al (1993)

Fiabilidad:

La fiabilidad test-retest para el Índice PSQ-General fue de 0.82. La medida de consistencia interna mostró una alfa de Cronbach > 0.90.

Validez y Confiabilidad de la validación en español por Sanz-Carrillo, García-Campayo, Rubio, Santed y Montoro (2002)

Validez concurrente: Las puntuaciones generales y recientes de PSQ se correlacionaron altas con rasgo de ansiedad ($r = .65$), moderadas con depresión ($r = .46$) y trastornos psicológicos ($r = .51$) y pobres con ansiedad estatal ($r = .22$). Validez predictiva: Las puntuaciones de PSQ se correlacionaron altamente con síntomas somáticos de origen psicológico ($r = .62$) en la submuestra clínica. La consistencia interna fue de 0.9 para el General y 0.87 para el PSQ Reciente. Test-retest fiabilidad de la General PSQ fue de 0,80.

Validez y confiabilidad para el presente estudio

Validez de Contenido

Se realizó el criterio de jueces y expertos. Para ello se consultó a 2 expertos y 8 jueces. De dicha valoración se sugirieron que los ítems deben estar redactados en primera persona y en género femenino. De dicha valoración se obtuvo como resultado que los valores calculados oscilan entre ,8 y 1,0 interpretándose que todos los ítems del instrumento son válidos.

Confiabilidad

Se procedió a realizar la prueba piloto a 30 participantes del programa de diabetes del Hospital, obtuviéndose niveles de fiabilidad del estrés percibido en alfa de Cronbach de 0,753 para el estrés general y por factores se obtuvo coeficientes de alfa de cronbach : factor tensión, irritabilidad y fatiga 0,713, Factor Aceptación social de conflictos 0,699; Factor Energía y diversión 0,702; Factor Sobrecarga 0,711; Factor Satisfacción por autorrealización 0,689 y Factor Miedo y ansiedad 0,719 .

2. Maquina Automatizada Landwind para el Control metabólico

Para medir el control metabólico se utilizó la Hemoglobina Glucosilada (HbA1c), a través del instrumento MAQUINA AUTOMATIZADA LANDWIND con el reactivo VALTEX con que cuenta el Hospital La Caleta.

3. Programa Cognitivo conductual

Generalidades

- 1.1. Título : Programa cognitivo conductual para disminuir el estrés y mantener el control metabólico en pacientes diabéticos tipo II del Hospital La Caleta de Chimbote, 2017
- 1.2. Equipo responsable: Mg. Silvia L. Lam Flores
- 1.3. Beneficiarios : Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II
- 1.4. Duración : Tres meses
- 1.5. Número de sesiones : 10 sesiones
- 1.6. Periodo : Noviembre 2017 – Enero 2018
- 1.7. Fecha de inicio : Miércoles 15 de Noviembre 2017

Justificación

Es preocupante y alarmante la situación que viven las personas en la actualidad, pues se encuentran afanadas, pretendiendo cubrir sus necesidades básicas, solucionar sus problemas familiares, cargas laborales e inclusive se enfrentan en una dura batalla contra las enfermedades, muchas veces incurables que reducen la esperanza de vida y afectan el funcionamiento normal de las personas. En los últimos tiempos se ha escuchado hablar mucho acerca de la diabetes, siendo una enfermedad que acompaña de por vida a quien la posee, pues se estima según la federación internacional de la Diabetes (FID, 2013) que existen

382 millones de personas en el mundo con diabetes que se encuentran en edades de 40 y 59 años y el 80% viven en países de ingresos medios y bajos, además afecta en términos humanos y financieros provocando 5,1 millones de muertes y ha representado unos 548.000 millones de dólares en gastos de salud (11% del gasto total en todo el mundo), siendo la diabetes de tipo 2 la que más aumenta en la población asumiendo que para el año 2035 las cifras se podrían duplicar. En el Perú existe una prevalencia nacional de diabetes de 4,28% en edades comprendidas entre los 20 y 79 años, según los resultados obtenidos por la FID, 2013.

Ante ello, la Organización Mundial de la Salud (2016), propone la realización de campañas de salud, con el objetivo de crear conciencia respecto del aumento de la diabetes y de sus abrumadoras cargas y consecuencias para impulsar un conjunto de actividades específicas, eficaces y asequibles para hacer frente a esta enfermedad. Por su parte, la FID (2013) desempeña un papel fundamental en los esfuerzos por reducir exponencialmente el impacto mundial de la diabetes, catalizar el activismo de base, influir en la política de desarrollo de la salud mundial e impulsar la agenda global sobre la diabetes.

Por otro lado, se encuentra el estrés, otro importante factor de riesgo para la salud que afecta también el comportamiento funcional de las personas. Especialmente en las personas que poseen enfermedades crónicas o incurables siendo una de ellas la población que corresponde a los pacientes diabéticos. Pues se conoce que la diabetes de por sí ya es considerada como una situación generadora de estrés, ya que este proceso de deterioro no solo daña al sujeto en el funcionamiento biopsicosocial, sino que reduce su esperanza de vida pudiéndolo conducir a la muerte. Por ello las enfermedades crónicas como la diabetes son aquellas que causan mayor estrés en los pacientes que las padecen, debido a su carácter crónico y a las numerosas demandas que implican para el paciente acerca del cambio de estilos de vida y adaptación a la enfermedad (Vinaccia y Orozco, 2005, p. 125).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, surge la necesidad de acompañar en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida y el funcionamiento de las personas que llevan consigo una vida difícil que está inmersa en dependencia de la insulina para la sobrevivencia, y creyendo que el estrés puede estar atacando a este grupo de personas que poseen diabetes, es necesaria la implementación de un programa psicoterapéutico cognitivo conductual, en la medida que ayude a disminuir los niveles de estrés y mejore el funcionamiento metabólico de los mencionados pacientes. Es un programa dirigido también a cuestiones específicas como para disminuir la irritabilidad y la fatiga, la sobrecarga, el miedo y ansiedad y por otro lado, aumentar la aceptación social de conflictos, la energía y diversión así como la satisfacción por autorrealización.

Objetivos

Objetivo general

Implementar un programa cognitivo conductual para disminuir los niveles de estrés y mantener el control metabólico en pacientes diabéticos tipo II del hospital La caleta de Chimbote, 2017.

Objetivos específicos

- Disminuir los niveles de estrés en los pacientes diabéticos tipo II del hospital La caleta de Chimbote, 2017
- Mantener el control metabólico satisfactorio en los pacientes diabéticos tipo II del hospital La caleta de Chimbote, 2017.
- Disminuir la tensión, irritabilidad y la fatiga en los pacientes diabéticos tipo II del hospital La caleta de Chimbote, 2017
- Aumentar el grado de aceptación social de los conflictos en los pacientes diabéticos tipo II del hospital La caleta de Chimbote, 2017
- Aumentar la energía y diversión en los pacientes diabéticos tipo II del hospital La caleta de Chimbote, 2017

- Disminuir la sobrecarga en los pacientes diabéticos tipo II del hospital La caleta de Chimbote, 2017
- Mejorar la satisfacción por autorrealización en los pacientes diabéticos tipo II del hospital La caleta de Chimbote, 2017
- Disminuir el miedo y la ansiedad en los pacientes diabéticos tipo II del hospital La caleta de Chimbote, 2017

Actividades del programa

Actividades preparatorias o de planificación

Actividades de ejecución

Actividades de Evaluación

Metodología

- Hojas de trabajo
- Videos muestras
- Lluvia de ideas
- Plenarias
- Técnicas psicoterapéuticas

Contenidos

Sesión 01: Psicoeducación en diabetes, comportamiento metabólico y estrés.

Sesión 02: Desensibilización Sistemática (Relajación I parte).

Sesión 03: Desensibilización Sistemática (Relajación II parte).

Sesión 04: Desensibilización Sistemática Imaginaria (Relajación III parte).

Sesión 05: Entrenamiento en la técnica Reestructuración Cognitiva.

Sesión 06: Reestructuración Cognitiva y Dialogo Socrático.

Sesión 07: Detención del pensamiento y autocontrol.

Sesión 08: Comunicación asertiva y Resolución de problemas.

Sesión 09: Habilidades sociales: Toma de decisiones.

Sesión 10: Entrenamiento en inoculación al estrés.

3.4. Procedimiento de la recolección de datos

Actividades preparatorias o de planificación :

Se solicitó autorización al Director del Hospital La Caleta para la realización de la presente investigación, siendo ésta aceptada. Luego se coordinó con la responsable del Programa de Diabetes e Hipertensión del Hospital, a quién se le brindó detalles de la investigación; accediendo a colaborar. Posteriormente se solicitó que nos brindará la relación de todos los pacientes inscritos y que asisten regularmente al programa; así como nos indicará de los que conoce, quienes presentan de preferencia solamente diabetes tipo II y sin ninguna otra complicación médica. Se invitó a todos ellos y se les informó acerca del objetivo de la investigación y su consentimiento para participar de una entrevista y aplicación del cuestionario de estrés. Al no ser posible la aleatorización de los grupos se optó por emplear grupos lo más equivalentes posibles cumpliendo con los criterios de inclusión. Una vez culminado las entrevistas, se procedió a seleccionar aquellos pacientes que cumplan el mayor número de criterios de inclusión entre ellas niveles de estrés alto como principal requisito, a los que se les gestionó para que se realicen la prueba de hemoglobina glucosilada para el control metabólico como parte del pretest. Obtenido el resultado de la hemoglobina glicosilada se seleccionó a todos aquellos que tengan :Hb1Ac igual 9 o más. Y se procedió a invitarlos a ser parte del programa de intervención; aceptada su participación se les solicitó que llenen el consentimiento informado para establecer formalmente su cooperación. Una vez confirmada la equivalencia de los participantes se asignó al azar (a través de lanzar una moneda) al grupo control y grupo experimental respectivamente.

Actividades de ejecución

En la siguiente parte se inició formalmente con la intervención del programa cognitivo conductual al grupo experimental, la cual consistió en 10 sesiones, cada sesión se llevó a cabo semanalmente teniendo en cuenta que sea el mismo día, a la misma hora con una duración aproximada de 120 minutos

Actividades de evaluación

La evaluación del estrés y hemoglobina glucosilada se llevó a cabo tanto al grupo control como al experimental a través del pre y post test antes y después de la ejecución del programa. Después de cada sesión con el grupo experimental, se llevó a cabo la evaluación sobre el contenido tratado, cómo se sintieron, si consideraron importante lo aprendido y qué aprendieron.

CAPITULO IV

DESARROLLO DEL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1. Análisis de la información

4.1.1. Normalidad de los Datos

Para el procesamiento estadístico de la información, primero se realizaron las pruebas de normalidad de los datos tanto para el grupo control y grupo experimental después de la aplicación del programa cognitivo conductual.

En la tabla 5 se puede observar que la normalidad de los datos de la variable estrés y hemoglobina glucosilada después de la aplicación del programa cognitivo conductual tanto para el grupo experimental como para el grupo control presentan aproximadamente una distribución normal dado que la significancia para ambos es superior a 0,05 por lo que muestra un nivel de confianza del 95% la normalidad del estrés y la hemoglobina glicosilada, tal como se muestra en la tabla

Tabla 5 : Normalidad de datos del Estrés General y Hemoglobina Glucosilada después de la aplicación del programa del Grupo Experimental y Control

Estadístico de normalidad de datos		Estrés general		Hemoglobina Glucosilada	
		Grupo experimental	Grupo control	Grupo experimental	Grupo control
Z de Kolmogorov-Smirnov		0,671	0,500	0,718	0,936
Significancia (bilateral)	asintót.	0,759	0,964	0,682	0,345

4.1.2. Prueba de Homogeneidad

En la tabla 6, se puede observar que al hacerse la prueba de homogeneidad de la variable estrés y hemoglobina glucosilada después de la aplicación del programa cognitivo conductual como requisito necesario para la comparación de medias; observamos que para el estrés, se ha obtenido según la prueba de Levene que el valor estadístico de prueba calculada es 1,875 y para la hemoglobina glucosilada 2,263 respectivamente, los mismo que ha dado una significancia de 0,188 para el estrés y 0,150 para la hemoglobina glucosilada respectivamente siendo estas $>$ al 0,05 con lo cual se confirma que existe homogeneidad de los datos.

Tabla 6 : Prueba de Homogeneidad del estrés y hemoglobina glucosilada

Grupo		Prueba de Muestras independientes	
		Prueba de Levene para la igualdad de varianza	
		F	Sig.
Estrés	Se han asumido varianzas iguales	1,875	0,188
	No se han asumido varianzas iguales		
Hemog.Gluc	Se han asumido varianzas iguales	2,263	0,150
	No se han asumido varianzas iguales		

4.1.3. Prueba t student para la comparación de medias del Grupo Experimental y Control después de la aplicación del programa cognitivo conductual

Visto en la tabla 7 al ejecutar la prueba t student se ha obtenido que el valor calculado de t student para el estrés fue de 6,588 y la hemoglobina glucosilada fue 5,519, lo cual ha generado en ambas variables una significancia de aproximadamente 0,00 siendo menor al 0,05 con lo cual se demuestra que la aplicación del programa cognitivo conductual ha reducido el estrés y la hemoglobina glucosilada de manera muy significativa en el grupo experimental respecto al grupo control. Esta prueba se valida con un 95% de confiabilidad.

Tabla 7 : Prueba t student para la comparación de medias del Grupo Experimental y Control después de la aplicación del programa cognitivo conductual

Grupo		Prueba de Levene para la igualdad de varianza		
		t	gl	Sig. (bilateral)
Estrés	Se han asumido varianzas iguales	6,588	18	0,000
	No se han asumido varianzas iguales			
Hemog. Gluc	Se han asumido varianzas iguales	5,519	18	0,000
	No se han asumido varianzas iguales			

Visto la tabla 8 sobre las medidas estadísticas de la efectividad del programa cognitivo conductual se ha encontrado que el puntaje promedio del grupo control en la variable estrés es 82,9 mientras que del grupo experimental es de 72,3; esto ha generado una diferencia de 10,6 de crecimiento favorable al grupo experimental y esto se atribuye al efecto del programa. Por otro lado a su variabilidad se percibe que el grupo control tiene 2,998 y el grupo experimental 4,111 siendo el grupo control más homogéneo respecto al grupo experimental respecto a los resultados del estrés.

Sobre las medidas estadísticas de la efectividad del programa cognitivo conductual se ha encontrado que el puntaje promedio del grupo control en la variable hemoglobina glucosilada es 9,76 mientras que del grupo experimental es de 6,573; esto ha generado una diferencia de 3,19 de crecimiento favorable al grupo experimental y esto se atribuye al efecto del programa. Por otro lado a su variabilidad se percibe que el grupo control tiene 0,90 y el grupo experimental 1,58 siendo el grupo control más homogéneo respecto al grupo experimental respecto a los resultados de la hemoglobina gucosilada.

Tabla 8 : Medidas estadísticas de la efectividad del programa cognitivo conductual

	Grupo	N	Media	Error típ de la media
Estrés GC	1	10	82,90	2,998
Estrés GE	2	10	72,30	4,111
Hemog. GC	1	10	9,76	0,90
Hemog. GE	2	10	6,57	1,58

4.2. Interpretación de Resultados

A continuación se presentan los resultados según los objetivos propuestos:

En la tabla 9 se puede apreciar que después de la aplicación del Programa Cognitivo Conductual para disminuir los niveles de estrés y mantener el control metabólico satisfactorio en pacientes diabéticos tipo II del Hospital La Caleta, el 80% de los participantes en el grupo control obtuvieron niveles altos de estrés percibido, seguido de un 20% que presentaron niveles medios. En relación al grupo experimental, se obtuvo que un 40% alcanzaron niveles medios de estrés percibido y un 60% niveles bajos de estrés percibido.

Tabla 9: Estrés General Percibido en Grupo control y Grupo Experimental después de la aplicación del programa cognitivo conductual

Niveles de estrés general percibido	Grupo control		Grupo experimental	
	f	%	f	%
Alto	8	80	-	-
Medio	2	20	4	40
Bajo	-	-	6	60
Total	10	100	10	100

En la tabla 10, se observa que en los factores tensión tanto el grupo control como el experimental presentan en un 100% niveles de estrés alto. En el factor aceptación social el grupo control en un 100% niveles alto y el experimental un 50% niveles bajos, en el factor energía y diversión tanto el grupo control como el experimental presentan en un 40% niveles bajos y medios respectivamente; así como niveles altos en 20% respectivamente. En el factor sobrecarga, el grupo control en 90% y el experimental 70% niveles altos respectivamente. En satisfacción el grupo control en 50% niveles medio y 40 % el experimental y en el factor miedo y ansiedad el grupo control en un 100% y el experimental 90% niveles medios respectivamente.

Tabla 10 : Factores del Estrés antes de la aplicación del programa cognitivo conductual en el grupo control y experimental

Estrés	Tensión		Aceptac. social		Energía y diversión		Sobrecarga		Satisfacc		Miedo y Ansiedad	
	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Alto	100	100	100	20	20	20	90	70	30	30	-	10
Medio	-	-	-	30	40	40	10	30	50	40	100	90
Bajo	-	-	-	50	40	40	-	-	20	30	-	-

En la tabla 11 se puede apreciar que en el factor tensión el 90% de los participantes del grupo control después de la aplicación del programa cognitivo conductual, obtuvieron niveles alto en ésta dimensión y un 10% niveles medios; mientras que en el grupo experimental un 70% de sus participantes obtuvieron niveles bajos y un 30% niveles medios. En el factor aceptación social el 60% del grupo control y un 1% del grupo experimental después del programa obtuvieron niveles altos, un 40% del grupo control y un 30% del grupo experimental obtuvieron niveles medios respectivamente y un 60% el grupo experimental obtuvo niveles bajos. En el factor energía y diversión un 80% del grupo control y un 10% del grupo experimental obtuvieron niveles altos, un 10% del grupo control obtuvo niveles medios y bajos respectivamente. En el factor sobrecarga, un 70% del grupo control y un 10% del grupo experimental, obtuvieron niveles altos de estrés, un 20% tanto del grupo control como experimental obtuvieron niveles medios y un 10% del grupo control y un 70% del experimental niveles bajos.

Tabla 11 : Niveles de estrés por factores en Grupo Control y Experimental después de la aplicación del programa cognitivo conductual

Estrés	Tensión		Aceptación Social		Energía y diversión		Sobrecarga		Satisfacción		Miedo y Ansiedad	
	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Alto	90	-	-	60	80	100	70	10	60	10	20	-
Medio	10	30	40	30	10	-	20	20	40	30	80	60
Bajo	-	70	60	10	10	-	10	70	-	60	-	40

En la tabla 12 se puede apreciar que la hemoglobina glicosilada después de la aplicación del programa cognitivo conductual en el grupo control el 90% de sus participantes obtuvieron niveles altos y un 10% nivel bajo. Mientras que en el grupo experimental el 40% obtuvieron niveles de hemoglobina glicosilada medios; es decir control metabólico satisfactorio y un 60% niveles bajo; es decir un buen control metabólico.

Tabla 12 : Hemoglobina Glicosilada en Grupo control y Grupo Experimental después de la aplicación del programa cognitivo conductual

Niveles de Hemoglobina Glicosilada	Grupo Control		Grupo Experimental	
	f	%	f	%
Altos	9	90	-	-
Medios	-	-	4	40
Bajos	1	10	6	60
Total	10	100	10	100

4.3. Discusión de Resultados

En la tabla 8, referida a la efectividad del programa cognitivo conductual propuesto por la hipótesis, se obtuvo que en el grupo experimental después de aplicarlo disminuyó los niveles de estrés y mantuvo el control metabólico satisfactorio en los pacientes diabético tipo II, lo que significa que hubo un efecto después de la aplicación del programa en el grupo experimental. Estos resultados obtenidos son coincidentes con otros estudios que han evaluado la efectividad de intervenciones de corte cognitivo-conductual para mejorar el control metabólico en pacientes con diabetes tipo II (Amsberg et. al. 2009, Pibernik-Okanovic, et al. 2004, Del Castillo, 2005, Martínez, 2009, López, 2010). Al respecto, Hollon y Beck (1994), Smith, Glass, Miller (1980) y Emmelkamp (1994) señalan que varias evidencias muestran que las terapias conductuales y las cognoscitivo-conductuales son efectivas. Algunos meta-análisis muestran que las magnitudes del efecto calculando individualmente la TRE, desensibilización sistemática, modificación de conducta y terapia cognoscitivo-conductual, muestra que un paciente que había recibido alguna de estas formas de terapia en promedio funcionaba mejor al menos, 75 % que aquellos que no habían pasado por ninguna forma de tratamiento Emmelkamp(1994). Asimismo, existen además resultados de investigaciones que las técnicas cognitivas conductuales que desde la perspectiva que fundamente este trabajo, sirve para la adquisición y precisión de habilidades sociales que han probado su efectividad en la consecución de estos propósitos (Díaz, Galán y Fernández, 1993, p. 169; Riveros, Cortazar, Alcazar y Sánchez 2005, p. 445, Unick Beavers, Jakicic, Kitabchi, Knowler, Wadden y Wing, 2011, p. 2 152; Pantoja, Dominguez, Moncada, Reguera, Perez y Mandujano, 2011, p. 98). Sumado a ello, la eficiencia de éstas terapias radica en que enfatiza el presente y un pragmatismo que se caracteriza por el empleo de técnicas específicas a problemas particulares (Phares y Trull, 1999). Estos resultados de

efectividad también pudieran estar relacionados a que los pacientes del grupo experimental tienen diagnosticado la diabetes en un 80% entre 5 a 8 años y asisten al programa de hospital La Caleta en un 70% entre 2 a 5 años; lo que se presume que por el tiempo de la enfermedad y la asistencia al programa, cuentan con información sobre la enfermedad y sus cuidados pero sin embargo, no conocían la relación del estrés con la diabetes. Al respecto, Calderón et al. 2013 manifiesta que el tratamiento de la diabetes es complejo y exige la participación activa de las personas afectadas; experiencia no vivida por el grupo control en las sesiones del programa. Estos pacientes tienen el derecho y el deber de tomar importantes decisiones sobre sus cuidados y tratamiento, en términos de corresponsabilidad en el pacto terapéutico a establecer entre el paciente y los profesionales sanitarios que lo atienden. La educación se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente diabético, mejora el control metabólico y reduce las complicaciones agudas y crónicas y la hospitalización. Es en este sentido que consideramos que las personas con diabetes, tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad; por ello es clave que la entiendan, sepan cómo tratarla; hecho que muchos teóricamente conocían; pero por otro lado no estaban informados de cómo el estrés pudiera afectar sus niveles de azúcar en sangre y su relación con los estados emocionales. Y que a través de las sesiones terapéuticas del programa cognitivo conductual brindadas lograron desarrollar habilidades para manejar el estrés complementando la información que ya conocían acerca de la diabetes. En este mismo sentido, la efectividad del programa pudo también darse en el grupo experimental porque dentro de las actividades que ofrece el programa de diabetes del hospital, no cuentan con actividades terapéuticas psicológicas de manera estructurada y continúa; de la forma como se desarrolló este programa cognitivo-conductual con sesiones planificadas, monitoreadas y temáticas que para las participantes eran todas nuevas, brindadas todas las semanas de manera continua hasta su finalización. Lo que se vio reflejada en cada

sesión por el interés que mostraban en cada tema que se les brindada. Esta suposición se ve reforzada por lo que manifiestan Calderón et al. en el 2013, donde los equipos de Atención Primaria tienen una posición central en el cuidado de las personas con diabetes. La accesibilidad, continuidad e integración de su asistencia, así como la enseñanza de la enfermedad y su relación con sus conductas permiten, generalizar la mejora del control y tratamiento de la enfermedad y la detección precoz de complicaciones. En este mismo sentido, Vincezi y Tudesco, en el 2009, refieren que la educación terapéutica constituye, pues, la base fundamental para el manejo de la diabetes. Las nuevas estrategias se dirigen al cambio de conducta y al fortalecimiento de la capacidad de resolución de problemas por parte del individuo; empoderamiento del mismo y de la comunidad para actuar en defensa de su salud. Asimismo, suponemos además que la efectividad del programa cognitivo conductual en estos pacientes, también pudo estar influenciada por las características mismas del enfoque cognitivo conductual que se caracteriza porque se focaliza en el presente y en funcionamiento actual de la persona, de manera que se trabaja de forma directa sobre el estado cognitivo y comportamental y no en pensamientos inconscientes Ruiz(2011).

En la tabla 9, sobre el estrés percibido general, se obtuvo que en el grupo experimental el mayor porcentaje de los participantes en un 60% alcanzaron niveles bajos después de la aplicación del programa cognitivo conductual y un 40% obtuvo niveles medios; resultados que dan cuenta que disminuyeron los niveles de estrés. Situación que no se dio con el grupo control donde el 80% se mantuvo en niveles altos y solo un 20% en medios. Estos cambios de niveles de estrés reportados en el grupo experimental después del programa pudieron ser resultado del conjunto de técnicas de la intervención que tuvieron como objetivo brindarle al paciente herramientas para el manejo del estrés: entrenamiento en respiración muscular progresiva de Jackobson y/o en la identificación y corrección de patrones de

pensamientos negativos, entre otras. Así como el contar con mayor información con respecto a la enfermedad y con mayores habilidades para seguir el tratamiento. Estos supuestos de resultados, son coincidentes con Morales (2012). Más aún si tenemos en cuenta que el 30% de los participantes refieren que frente a sus problemas tratan de distraerse y de solucionarlos; así como mantienen sus vínculos con los amigos, familia y se mantienen activos. Por otro lado, otro supuesto de estos resultados también estarían enmarcados en la edad de la población estudio; en el adulto mayor los refuerzos se tambalean, las pérdidas son más que las ganancias, los golpes que se sufren en esta etapa de la vida parecen en especial desconcertantes porque son irreversibles, sin que exista en realidad la posibilidad de cambiarlos (Fisher et al., 2001, p. 1751), como es el caso de la población en estudio; lo que nos hace suponer que después del programa, ellas puedan haber aceptado su enfermedad y las consecuencias que acarrea ser adulto mayor y padecer de diabetes; más aún si un 50% de ellos refiere que su pensamiento sobre la diabetes es que no tiene cura. Asimismo, Cabrera, Noriega, Fernández Palazon y Santo Domingo en el 2000, p. 72; manifiesta que el tipo de personalidad media la respuesta al estrés, probablemente también este sea un motivo del porque de estos resultados, ya que un 60% refiere gritar como respuestas emocionales frente a situación estresante ante sus problemas. Sumado a ello Brannon y Feist (2001) y Gil y López (2004, p. 265) señalan que un elevado nivel de estrés puede llevar a asumir comportamientos de riesgo para la salud como fumar, beber de manera excesiva alcohol, consumir drogas o alterar los hábitos alimentarios; situaciones que la población que participó en el programa en un 100% manifestaron no consumir alcohol. Otros supuesto, de estos resultados medios y bajo puedan estar dados a que en el adulto mayor, el paso del tiempo y según como éste sea vivido, influirá en la adquisición de los recursos que permitirán un manejo del estrés mejor en personas mayores que en jóvenes o en individuos de mediana edad, si se toma en consideración la influencia decisiva del medio

específico en el que se desarrolla la persona mayor, en este caso el 50% de ellas vive con su pareja e hijos.

En relación al estrés por factores; encontramos en la tabla 11 el factor tensión, irritabilidad y fatiga para el grupo control después del programa, el 90% obtuvo niveles altos y para el grupo experimental un 70% obtuvo niveles bajos y un 30% niveles medios; esta diferencia probablemente en ambos grupos, se deba a que antes de la aplicación del programa un 60% de participantes del grupo experimental referían gritar como respuestas emocionales frente a situaciones estresantes ante sus problemas y estos cambios de niveles de estrés en ésta dimensión específicamente reportados después del programa pudieron ser resultado de algunas técnicas brindadas como entrenamiento en respiración muscular progresiva de Jakobson. Al respecto Chóliz en el 2012, refiere que en algunos casos la relajación es un procedimiento suficiente para solucionar un problema, pero en la mayoría de ellos forma parte de un procedimiento de intervención más amplio (técnicas cognitivas, DS...) y no deben esperarse resultados terapéuticos; por ejemplo por la mera práctica de la relajación. Sin embargo, continúa diciendo que esta técnica por sí sola tiene un importante componente placentero. Probablemente este sea uno de los motivos por lo que los pacientes del grupo experimental asumieron como técnica frente a situaciones de estrés, teniendo en cuenta que en las evaluaciones finales de las sesiones; estos pacientes manifestaron que fue algo nuevo que estaban aprendiendo, que les pareció interesante, gratificante y que practicaban en casa conjuntamente con sus familias frente a sus problemas

En la tabla 11, el factor aceptación social de conflictos del estrés se encontró que en el grupo control el 60% obtuvieron niveles bajos en contraposición con los del grupo experimental que reportaron un 60% niveles altos; es decir los participantes del grupo experimental consideran que la compañía de una persona es satisfactoria para el mantenimiento de

relaciones estrechas, no sintiéndose solas, ni estando bajo la presión de otras personas, ni juzgada. Estos resultados posiblemente se sustenten en la influencia de algunas habilidades enseñadas como el entrenamiento y reestructuración cognitiva y el diálogo socrático; donde al iniciar con el procedimiento, se les enseñó a los pacientes las características y detección de los pensamientos automáticos, y donde se buscó ejemplos de su vida cotidiana; asignándoles una tarea de anotar en un autoregistro (pensamiento, emoción), siendo esta una conducta motora. Al respecto Rivadeneyra, Dahab, y Minici en el 2012, p. 18, manifiestan que el acto de tomar nota en categorías prediseñadas ayuda a los paciente a formar de modo práctico las primeras nociones del modelo cognitivo; es decir se les enseñó que lo que piensan influye en las emociones que experimentan. Para llegar a esto, no sólo acudimos a la Psicoeducación, sino que nos apoyamos en una conducta, escribir el pensamiento (autoobservación). El acto de registrar las cogniciones tiene por sí mismo efectos terapéuticos favorables. Y esto se vio reflejado en algunas de ellas, al manifestar que el ver su propio pensamiento escrito les permitió darse cuenta de que el mismo no era correcto; más aún cuando un 50% de las participantes refirieron que el pensamiento que le surgen cuando se estresa es pensar que tienen mala suerte, lo que fue discutido cognitivamente en base a cuestionamientos de base socrática orientado a que el paciente ponga en tela de juicio sus interpretaciones. Si bien es cierto hay un 30% y un 10% que obtuvieron niveles medios y altos después del programa respectivamente, posiblemente porque no entendieron el modelo cognitivo o porque también tenga relación con lo que dice Botwininick (s.f. citado en Gómez, 2008) donde resalta la importancia de la vida diaria y la trayectoria vital en el desarrollo cognitivo, argumentando que la información producto del aprendizaje y almacenada en lo que se conoce con la inteligencia cristalizada, resulta intacta, mientras que se produce un deterioro en la inteligencia fluida, que hace que resulte más difícil aprender o asimilar información nueva que no tiene relación con la experiencia vital y esto

probablemente pueda haber sido un factor para este porcentaje que no logró niveles bajos de estrés. O también se pueda estar debiendo a que según lo que manifiesta Fontecilla y Calvete (2004, p. 369) que las más recurrentes creencias irracionales de los adultos mayores, con niveles alto es autoexpectativas y tendencia a culpa, bilizar a diferencia de otros grupos de personas de menor edad, teniendo en cuenta que además un 10% manifiesta que lo que piensa cuando se estresa es culpa de otros y no de ellos y un 50% además vive con su pareja e hijos; donde posiblemente también los problemas de los hijos sean asumidas por ellas, sintiéndose comprometidos a poder ayudarlos o resolver sus problemas.

En la tabla 11 del factor energía y diversión, se encontró que el 100% y 80% de los participantes tanto del grupo experimental como control obtuvieron niveles alto respectivamente; es decir se siente con mayor energía, diversión y alegres. Probablemente porque además de trabajar ambos grupos, el grupo experimental, participo en el desarrollo del programa, entendiéndose que fue un proceso de interacción que consistió en desarrollar en forma activa y comprometida una actividad conjunta, la cual es percibida por la persona como beneficiosa, sintiéndose bien. La participación entonces se trata de una práctica personal y un proceso colectivo que implica estar y formar parte de algo que aspire a ser formativo, creativo y transformador. Caplan (1974, citado en Monchiatt y Krzemien, 2000, p. 1220), sostiene que la participación en actividades sociales e interacciones significativas permitiría el desarrollo de las potencialidades y recursos que el adulto mayor posee. Por otro lado Strejilevich (2011, p. 17) sostiene que la motivación es toda condición interna en el individuo que le impulsa a la acción o al pensamiento; ésta influye sobre la voluntad para trabajar y hacer. Se trata de intereses, deseos, aspiraciones y procesos internos de la persona que despiertan, dirigen y sostienen una actividad determinada. La concreción del motivo tiene su efecto en la estimulación, la necesidad, que hace que el adulto mayor participe activamente, donde se renueva, se transforma, inventa y se

reconstruye. Desde ambas visiones, es posible entender la motivación cómo la fuerza que influye en nuestra conducta llevándonos a realizar ciertos actos para conseguir un determinado fin. Asimismo estos resultados altos se puedan observar en este factor, porque según Samfyc, 2010, el grupo puede actuar de importante motivador y reforzador.

En la tabla 11 del factor sobrecarga, se obtuvo que el 70% del grupo experimental después de la aplicación del programa alcanzaron niveles bajos de estrés en comparación al grupo control que obtuvo también 70% pero con niveles altos de estrés; es decir el grupo control sienten que tienen demasiadas peticiones y cosas que hacer. Esto podría explicar de alguna manera porque un 30% de este grupo control tiene que salir a trabajar; más aún si el 80% de las participantes tienen un ingreso familiar mensual de 500 a 800 soles y viven con parejas, hijos y otros familiares. en 60%. En relación al grupo experimental los niveles medios de estrés alcanzados puedan estar relacionados a la cultura; vivimos en una sociedad en la que las familias son muy unidas; los estudios, los adolescentes estudian más que la generación de sus padres; y lo económico, el dinero que ganan trabajando solo les alcanza para su apariencia. Al respecto Calceda (2017) refiere que existen consecuencias que afrontan la mayoría de los padres que viven con hijos mayores. Les cortan esa etapa de descanso, de poder disfrutar su edad sin la responsabilidad de estar pendiente si llega o no llega el hijo y/o nietos, lavarle la ropa o tenerle la comida lista; tienen una sobrecarga económica, perjudica su convivencia y altera su salud. Por otro lado, estos resultados bajos del 30% del grupo experimental probablemente estén dados porque parte del programa fue entrenarles en la resolución de problemas; siendo la meta del entrenamiento ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y, al mismo tiempo, caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas (D'Zurilla y Nezu, 2007). Por otro lado, el utilizar

habilidades sociales pudo alterar la conducta de las personas cercanas que le hacían demasiadas peticiones (Trief, Ploutz-Snyder, Briton y Weinstock, 2004, p. 148; Gomez-Villas, Foss, Foss de Feitas y Pace 2012, p. 1)

En la tabla 11 del factor satisfacción por autorrealización se obtuvo que el 60% del grupo experimental alcanzó niveles bajos de satisfacción con la vida en comparación al grupo control que obtuvo 60% niveles altos; es decir el grupo experimental siente que no está haciendo realmente las cosas que realmente le gustan, teme que no pueda alcanzar todas sus metas. y siente que hace cosas por obligación y no porque quiera hacerlas. Esta percepción de estas participantes del grupo experimental puedan sustentarse en que el 30% tiene como situaciones estresantes la falta de dinero y estarían desarrollando actividades posiblemente fuera de lo que realmente les gustaría hacer. Al respecto Bowling y Farquhart, 2015, p. 549, indicaron que el estado de salud sí estaba relacionado con el grado de satisfacción vital durante esta etapa de vida. Y resulta importante dar cuenta que la relación entre el estado de salud y la satisfacción vital está mediada por el soporte social, y en especial por el soporte percibido, el cual incluso parece reducir los síntomas depresivos ligados a la enfermedad o discapacidad, mejorando el bienestar de quien los padezca (Taylor y Lynch, 2004, p. 238). Asimismo, algunas personas adultas mayores, cuya autoestima es baja, sufren estrés, son infelices y se sienten insatisfechas y desalentadas, lo que unido a un proceso de pérdidas no les permite disfrutar de una vida sana y plena a nivel integral y su sentido de identidad se ve perjudicado. Pero por otro lado se obtuvo que un 30% y 20% del grupo experimental obtuvieron niveles altos y medios posiblemente relacionado a que según Diener, Sapyta y Suh (1998, p.33) señalan que durante el proceso de envejecimiento los individuos pueden sentirse felices a pesar de presentar serias discapacidades físicas o enfermedades crónicas. Relacionado a ello, suponemos que de alguna manera el entrenamiento de habilidades sociales : comunicación asertiva, resolución de problemas, toma de decisiones hayan tenido algún impacto en su vida

diaria; ya que según Michelson, Wood, y Kazdin, (1983) manifiestan que el ser humano requiere de un entorno para desarrollarse integralmente, contexto que en gran medida es un contexto social y comunicativo y le exige el manejo de habilidades sociales para lograr adecuada adaptación en su entorno. En el caso del adulto mayor, las habilidades sociales se mantienen vigentes considerando el envejecimiento humano dentro de un proceso de cambio, no siempre en continuo desarrollo, pero lleno de exigencias comunicativas. Más bien, la dependencia con la habilidad de comunicar en forma efectiva aumenta progresivamente de acuerdo a las necesidades de readaptación que el adulto mayor deba realizar (Bermeosolo, 2004). Es así como la comunicación se transforma en el medio de transformación del entorno social que está marcado por los estereotipos negativos. Por ello, una vejez satisfactoria requiere de una interacción sistemática constantemente activa y realmente significativa. Una comunicación efectiva será la forma de mantener la red de apoyo social y de acceso a los servicios disponibles (salud, educación y de ocio, entre otros) y, además, permitirá exteriorizar las emociones y fomentar los vínculos de mejor forma (Park y Schwarz, 2002; Juncos, 2003. El lenguaje cobra un verdadero sentido en la interacción con otros en el uso contextualizado de todos los días, en la conversación, cuando apunta a la satisfacción de necesidades – desde la más elemental hasta la más trascendente – y al aprendizaje. El uso de las funciones del lenguaje, los tiempos de duración de dichos intercambios, lo enriquecido del contexto y los grados de satisfacción que presente el adulto mayor serán fundamentales al momento de generar una buena comunicación y adaptación social (Calsimiglia y Tusón, 1999)

En la tabla 11 del factor miedo y ansiedad, se obtuvieron niveles medios de estrés en un 60% y un 40% niveles bajo en el grupo experimental; en comparación al grupo control que obtuvo 20% niveles altos y 80% niveles medios. Estos resultados alcanzados por el grupo experimental respecto a niveles medios y altos por el grupo control

podrían deberse a que las personas adultas actuales, cuya historia de vida, en la mayoría de los casos, principalmente en mujeres, ha sido de subordinación, sentirse libre de manifestarse de palabra o acción ha resultado muy difícil, de modo que al llegar a su adultez mayor les sigue costando y muchas continúan “aguantando” en diversas circunstancias y momentos de sus vidas, pues fueron enseñadas para ello (De Mézerville, 2004). Sin embargo, las que alcanzaron niveles bajos en el grupo experimental, posiblemente en el campo de la autoestima que tiene el componente de la autoafirmación, la “libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez” se manifiesta en que el individuo puede expresar sus sentimientos, deseos, pensamientos o habilidades(De Mézerville, 2004).

En la tabla 12, los resultados de la hemoglobina glucosilada después de la aplicación del programa cognitivo conductual; se observa que el grupo experimental en un 60% obtuvo niveles bajos en comparación con el grupo control que alcanzó un 90% de niveles altos; estas diferencias de resultados posiblemente también se deba a la influencia del programa en el grupo experimental. Resultados similares después de la aplicación del programa, se han encontrado como los de Pibernik-Okanovik, et al. (2004), con pacientes diabetes tipo 2 que tenían un pobre control metabólico, el programa se constituyó de seis sesiones, con duración de seis semanas, administradas a grupos pequeños y cubría los tópicos de establecimiento de metas, solución de problemas, afrontamiento del estrés cotidiano, búsqueda de apoyo de apoyo social. Los resultados mostraron que tanto los aspectos psicológicos como los aspectos sociales relacionados con la calidad de vida mejoraron, del mismo modo los niveles de hemoglobina glucosilada mejoraron hasta después de seis meses de seguimiento. De igual forma en México Del Castillo (2005) realizó un estudio en un grupo de 21 pacientes con diabetes tipo 2, mediante una intervención cognitivo-conductual que pretendía mejorar la adherencia terapéutica, calidad de vida, sintomatología ansiosa, además de variables de corte fisiológico como

la hemoglobina glucosilada, triglicéridos y colesterol. Dentro de la intervención se revisaron diversas técnicas como a educación en diabetes, autorregulación, respiración diafragmática, ensayo conductual, solución de problemas, terapia racional emotiva conductual, entre otras. Los resultados reportaron ganancias clínicas y estadísticamente significativas en las variables evaluadas al principio y al final de la intervención. Asimismo, estos resultados tengan relación con lo que manifiestan Norris, Engelgau, Narayan en el 2001 y Norris, et al en el 2002; que el autocontrol de los pacientes diabéticos mejora el control glucémico; así como las intervenciones que consideran un papel activo de los pacientes para tomar decisiones informadas mejoran los autocuidados y el control glucémico (HbA_{1c}), el conocimiento sobre la diabetes, las habilidades de autocuidado, la reducción del peso y la necesidad de medicación para la diabetes (NNT 5) a medio y a largo plazo. Estos resultados probablemente tengan relación con lo que menciona Rodríguez en el 2001 y Peralta y Figuerola en el 2003; que para el paciente diabético sobrellevar la enfermedad y llegar aceptarla como parte de la propia existencia puede generar un nivel significativo de malestar y pérdida del equilibrio frente a la enfermedad, ya sea psicológico, social o fisiológico, generará siempre que se pongan en marcha mecanismos, con el objetivo de restablecer dicho equilibrio. Un problema importante se presenta, cuando ante una enfermedad, como la diabetes, los mecanismos habituales de control resultan ser inadecuados y conducen a un estado de desorganización mayor, acompañado generalmente por una serie de sentimientos como estrés, ansiedad, miedo, culpabilidad y otras sensaciones desagradables que contribuyen a que la enfermedad impacte más en el individuo. Una vez que el paciente diabético comienza una etapa de reorganización del equilibrio perdido, es importante su percepción, estrategias utilizadas propias y aprendidas, así como los elementos de los cuales puede hacerse para solventar sus carencias o necesidades; y de este modo lograr superar los obstáculos de cambio que la enfermedad exige (dieta, medicación, ejercicio, control de

glucosa etc.) y obtener un adecuado control de la enfermedad. Todo ello si lo relacionamos a que los participantes del grupo experimental en 80% ya llevan entre 5 a 8 años con diagnóstico de la enfermedad; posiblemente con comportamientos dirigidos más al cuidado de su salud física y no psicológica; lo que en este sentido el programa cognitivo conductual brindó su aporte a la disminución de los niveles de hemoglobina glucosilada. Más aún, si tenemos en cuenta que el estrés se ha asociado con el control metabólico y la adherencia al tratamiento de la diabetes, encontrándose una relación significativa entre estos ellos (Guthrie, Bartsocas, Jarosz-Chabot y Konstantinova, 2003 y Polonsky, et al 2005). El estrés afecta directamente el control metabólico a través de procesos psicofisiológicos o indirectamente alterando la adherencia a las conductas principales del tratamiento (Peyrot, McMurry y Kruger, 1999, p. 141). El modelo psicofisiológico del estrés se apoya en el proceso neurohormonal, sugiriendo que el estrés psicosocial afecta el control glucémico, independientemente del cumplimiento puntual de las recomendaciones médicas, mediante el incremento de la producción de glucosa por parte del hígado en respuesta de la liberación de las hormonas que responden al estrés como el cortisol, la hormona del crecimiento, epinefrina y la norepinefrina (Unger y Ocri, 1982). Añadido a ello, Surwit y Schneider (2003) refieren que al intentar comprender el efecto directo del estrés sobre el control de la diabetes, se ha observado que existe una secreción de catecolaminas y glucocorticoides ante la presencia de una situación estresante o amenazante y que estas poseen un efecto sobre el metabolismo de la glucosa, aumentando la glucosa en sangre.

Pero todo este proceso exige y representa un desgaste importante, por lo que la presencia de emociones negativas puede afectar el adecuado control de la enfermedad así como el ajuste del paciente a la misma.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. Conclusiones

- La intervención cognitivo-conductual, resultó ser efectiva para disminuir los niveles de estrés y mantener control metabólico de los participantes del grupo experimental respecto al grupo control.
- Los niveles de estrés general disminuyeron en el grupo experimental obtuyéndose 40% niveles medios y 60% niveles bajos, lo que no sucedió con el grupo control.
- Los factores del estrés después de la aplicación del programa, en el grupo experimental que disminuyeron sus niveles fueron: tensión e irritabilidad, sobrecarga, miedo y ansiedad. Los factores aceptación social, energía y diversión fueron los que de niveles bajos subieron a niveles medios y altos. Sin embargo, en el factor satisfacción por la autorrealización el programa no tuvo efecto.
- Los niveles de hemoglobina glucosilada en el grupo experimental disminuyeron de altos a medios en 40% y 60% a bajos respecto al grupo control.

5.1. Sugerencias

- Desarrollar un trabajo interdisciplinario, en equipo, que contemple al adulto como una integridad bio-psico-social (médico, enfermera, nutricionista, asistente social, psicólogo)
- Para que los niveles de estrés general, continúen disminuyendo : propiciar formas de intervención en el abordaje tanto individual como grupal, a partir de la historia y el marco relacional de cada adulto en particular, examinando las confluencias económicas, sociales, culturales e históricas del contexto del cual la persona y el profesional forman parte.
- Para el factor satisfacción por la autorealización, donde el programa no tuvo efecto, se sugiere : Ayudarlas a generar un proyecto de vida individual o colectivo que permita a los integrantes realizar las tareas que realmente le gustan. Así como ayudarlas a fortalecer el conocimiento a través de actividades enfocadas en la autorrealización, aprovechamiento del tiempo libre.
- Incorporar la evaluación del perfil psicofisiológico de estrés de los pacientes utilizando equipos de retroalimentación biológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aikens, J. Wallander, J., Bell, D. y Cole, J. (1992). Daily stress variability, learned resourcefulness, regimen adherence, and metabolic control in type I diabetes mellitus: evaluation of a path model. *Journal of consulting and clinical psychology* 60(1) 113-118. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/15379/1/Mendez_Belendez_Variables_emocionales.pdf
- American Diabetes Association (2013). *Estrés*. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/estres.html?referrer=https://www.google.com.pe/>
- American Diabetes Association (2012). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 35(Suppl 1):11-63.
- Amsberg S, Anderbro T, Wredling R, Lisspers J, Lins PE, Adamson U, et al. (2009). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients-- a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 77(1):72-80.
- Avalos, M., De la Cruz, C., Tirado, C., Cruz, P., Barcelata, A. y Hernandez, M.(2007). Control metabólico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Centla, Tabasco, México. *Salud en Tabasco*, 13(2) 625-639. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48713203>
- Baley C, Campbel I, Chan J, Davison J, Howlett H, Ritz P. (2008). *Metformina, el tratamiento de referencia manual científico*. Madrid: Wiley; p. 161-168.
- Barrios, M. (2005). *Manejo del estrés y de la ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos. Un abordaje cognitivo conductual*. Recuperado de <http://www.sibiup.up.ac.pa/bd/captura/upload/unir/15246B27-1.pdf>
- Bermeosolo, J. (2004). *Psicología del Lenguaje*. Fundamentos para Educadores y Estudiantes de Pedagogía. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile
- Blazer, D. (2000). *Psiquiatría Geriátrica*. En Tratado de Psiquiatría (pp. 46-61). Barcelona: Ediciones Hales/ Udoksky/Masson

- Bowling, A. y Farquhart, M. (2015). Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(4), 549-566
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: International Thomson Editores Spain Paraninfo S.A.
- Bunge, M. y Ardila, R. (2002). *Filosofía de la psicología*. México: Siglo XXI Editores.
- Cabrera, P., Noriega, E., Fernández de la Rosa, R., Palazón, A. y Santodomingo, O. (2000). Personalidad y estrés en el personal sometido a un trabajo de tensión y riesgo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 29(2), 79-83.
- Calceda, M. (2017). *Hijos adultos en casa, ¿hasta cuándo?*. Recuperado de <http://www.expreso.ec/vivir/hijos-adultos-en-casa-hasta-cuando-HE1363584>
- Calderón, A., Cruzado, O., Guirado A., Mancha, M., Ocaña, J (2013). *Programa Educativo para Personas con Diabetes TIPO2* Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dcostadelsol/web/wp-content/uploads/2012/05/programa_educacion_diabetes_Tipo_II.pdf
- Calsimiglia, H., y Tusón, A. (1999). *Las Cosas del Decir*. Manual de Análisis del Discurso. Barcelona: Ariel.
- Canales, L- (2010). Intervención cognitivo conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. *SUMMA psicológica UST* 8(1) 21-28. Recuperado de <file:///D:/Descargas/Dialnet-IntervencionCognitivoConductualParaLaDisminucionDe-3738113.pdf>
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health*. New York. Basic Books. citado en Alicia Monchietti y Deisy Krzemien. *Artículo de revista. Tiempo.. Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez*

- Carver, Ch. (2011). Coping. En: R. Contrada y A. Baum (Eds). *The handbook of stress science. Biology, psychology and health* (221-229). New York: Springer Publishing Company.
- Casañas ,R. (2015). *Evaluación de la efectividad de la psicoeducación en grupal en depresión mayor en atención Primaria. Univesidad Autónoma de Bacerlona*. Tesis Doctoral UAB. Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_369034/rcs1de1.pdf
- Castro G., Rodríguez I., Ramos R. (2005). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Duazary* (2): 147-150).
- Chóliz M. (2012). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración*. Recuperado de <https://www.uv.es/=choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
- Chomsky, N. (1957). *Syntactic structures*. The Hague: Mouton
- Conrado F, Calderón R, et al. (2011). Metas terapéuticas en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus 2, servicio de consulta externa de medicina interna del Hospital Regional. *Rev Especialid Médico-Quirúrgicas*. 16(1)18-26. Recuperado de <http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/05.pdf>
- Cornachione, M. (2006). *Psicología del desarrollo. Vejez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba: Brujas
- Del Castillo A, López G, Fragoso M. (2009). *Depresión y ansiedad en personas con diabetes*. In: Solano G, Antón J, editors. *Autocuidado de personas con diabetes*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
- Del Castillo A. (2005). *Intervención cognitivo-conductual para modificar los índices de adherencia terapéutica y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2*. . Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México 2005.

- Demas, P. y Wylie-Rosett, J. (1990). The Health Belief Model (HBM) re-examined as a guide for intervention: Perceived susceptibility to diabetic complications as a source of stress. *Diabetes*, 39(Suppl. 1), 9A
- De Mézerville, G., (2004). *Ejes de Salud Mental: los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*, Trillas, México
- Diener, E., Sapyta, J. J. y Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to wellbeing. *Psychological Inquiry*, 9(1), 33-37
- Díaz, L. Galán, S. y Fernández, g. (1993). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. *Salud Pública de México*, 35(2) 169-176. Recuperado cala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num4/Vol16No4Art10.pdf
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3ª ed.). Nueva York: Springe
- Emmelkamp PM. (1994). *Behavior therapy with adults. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. . New York: J. Wiley.*
- Fisher I., Chesla C., Mullan J., Skaff M., Kanter R. (2001). Contributors to Depression in Latino and European-American Patients with Type 2 Diabetes, *Diabetes Care* (24)1751-1757 (<http://care.diabetesjournals.org/content/24/10/1751.short>, consulta 21/04/16)
- Fiske, J-(1985). *Introducción al estudio de la comunicación*. España. Edit. Herder, pp.. 1-17
- Fontecilla Pellón, P. y Calvete Zumalde, E. (2004). Racionalidad y personas mayores. *Psicothema*, 15(3), 369 – 374. Recuperado de: <https://goo.gl/G2YTIG>
- Galli, A. (2011). *Programa cognitivo conductual para la adherencia al tratamiento, manejo de la vulnerabilidad al estrés y locus de control de salud en pacientes con diabetes tipo II de una clínica privada de Lima.*

- Tesis (Maestra en Psicología Clínica y de la Salud) Universidad Ricardo Palma. Escuela de Posgrado. Recuperado de <http://biblioteca.urp.edu.pe/abnopac/abnetcl.exe/O8835/ID1a3433a3/NT2>
- Gardner D. (2008). *Endocrinología básica y clínica de Greenspan*, 7ª. ed. México D.F.: Manual Moderno; p: 693-783.
- Gil, J. y López, M. (2004). *Alimentación, actividad física y salud*. En: J. Gil (Dir). Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. (pp. 265-308). Madrid: Pirámide
- Giner, N., Iriundo, O. , López, Tartín, M, Russo, C y Vargas, A . (2015). *Fichas de psicoterapias manualizables*. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCuad+SM+del+12+-+10+%282015%29.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352869789892&ssbinary=true>
- Goetsch, V. Wiebe, D. Veltum, L. y Van Dorsten (1990). Stress and blood glucose in type II diabetes mellitus. *Behavior research and therapy* 28(6)531-537. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/15379/1/Mendez_Belendez_Variables_emocionales.pdf
- Gómez, M.(2008). *El aprendizaje en la tercera edad. Una aproximación en la clase de ELE* Recuperado de <https://www.mecd.gob.es/dam/jcr:e97390a9-c2f9-4c0d-bff1-e57f7cb5194a/2009-bv-10-13gomez-bedoya-pdf.pdf>
- Gomez-Villas, L. Foss, M. Foss de Feitas y Pace, A. (2012) Relación entre el apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas

con diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (1)1-8

Granados, E y Escalante, E. (2010). *Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a10v16n2>

Guthrie DW, Bartsocas C, Jarosz-Chabot P, Konstantinova M. (2003) Psychosocial Issues for Children and Adolescents With Diabetes: Overview and Recommendations. *Diabetes Spectrum*. January 1, 16(1):7-12

Hains AA, Davies WH, Parton E, Silverman AH. (2001). Brief report: a cognitive behavioral intervention for distressed adolescents with type I diabetes. *J Pediatr Psychol*. 26(1):61-66

Henriques, G. (2003). The three of knowledge system and the theoretical unification of psychology. *Review of General Psychology*, 7(2), 150-182

Hernández, N. y Sánchez J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual Para Trastornos de La Salud*: Editorial Libros en Red

Hernández,R.,Fernández,F. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México. Mc Graw Hill

Hollon SD y Beck AT. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

Iñiguez L. (2009) *El debate sobre metodología cuantitativa versus cualitativa*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: <http://antalia.uab.es/liniguez/>

Juncos, O., y Pereiro, A (2003). *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos evolutivos y patologías en el niño y el adulto*. Barcelona: Masson

- Karlsen B, Idsoe T, Dirdal I, Rokne Hanestad B, Bru E. (2004). Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Educ Couns.*53 (3):299-308.
- Krueger, P. y Chang, V. (2008). Being poor and coping with stress: health behaviors and the risk of death. *American Journal of Public Health*, 98 (5), 889-896.
- La Greca, A. y Thopson, K. (1998). Family and friend support for adolescent with Diabetes, (ON LINE) *Análise Psicológica*, 1 (XVI):101-113, Miami (<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a10.pdf>, consulta 20/05/16)
- La Torre A. Del Rincón D. Arnal J. (2003). *Bases metodológicas de la Investigación Educativa*. Barcelona. Edit. Experiencia.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 147-169. Recuperado de <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence=1>
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C y Andreoli A. (1993).Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic Reseach. *Journal of Psychosomatic*37(1):19-32. Recuperado de <http://psicologialibrosytest.blogspot.pe/2014/01/test-psq-cuestionario-de-estres.html>
- López G. (2010). *Intervención cognitivo-conductual, depresión y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
- Lovett, B. (2006). The new history of psychology. *A review and critique. History of Psychology*, 9(1), 17-37

- Lustman, P., Griffith L., Gavard, J. y Clouse, R. (2000 1992). Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 15(11)1631-1639
<http://care.diabetesjournals.org/content/15/11/1631>
- Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 15;129(8):613-21.
- Martínez, E. (2012). *El dialogo socrático en la psicoterapia*. Colombia: Aquí y ahora
- Martínez C. (2009) *Intervención cognitivo-conductual grupal para modificar el nivel de malestar emocional en pacientes con diabetes tipo 2*. Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Menéndez, E., Barrio, R. y Novials, A. (2017). *Tratado de Diabetes Mellitus*. España : Editorial Médica Panamericana
- Merino,S. Laserna, M. y Forja, M. (2016). *Libro de autocontrol en el paciente diabético en el Área de Salud de Ceuta*. Madrid. Editor: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
- Michelson, L., Wood, R., y Kazdin, A. (1983). *Social Skills Assessment and Training with Children*. Nueva York: Plenum Press
- Miller, G., Galanter, E.,y Pribram, K. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Ministerio de Salud (2016). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención R.M. N° 719-2015/MINSA*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
- Montes, R., Oropeza, R, Pedroza, F. y Verdugo, J. (2013). Manejo del estrés para el control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enclaves del pensamiento*, 7(13)67-87. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1411/141128006004.pdf>

- Morales, O. (2012). *Malestar Emocional, Estrategias de Afrontamiento y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Tipo 2*. Tesis que para obtener el grado de: maestro en ciencias biomédicas y de la salud. Recuperado de <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/1801/TESIS%20OSCAR%20MORALES%20TELLEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nickerson, R. (2000). Null hypothesis significance testing: a review of an old and continuing controversy. *Psychological Methods*, 5(2), 241-301
- Norris, S., Lau J, Smith S, Schmid CH, y Engelgau MM. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*;25(7)
- Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM (2001) Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001;24(3):561-87.
- Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. (2002). Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *Am J Prev Med*. ;22(4 Suppl):39-66
- Oliva, R. y Fernández, T. (2006). Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. *Psicología y Salud*, 16(1) 93-101.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Día Mundial de la Salud 2016: diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/event/es/>
- Osorio M., Montoya, E., Palacios, M. (2004). *Diagnóstico de la comunicación grupal en el equipo de trabajo administrativo de la cooperativa de trabajo COLABORAMOS, desde la perspectiva teórica de la Inteligencia*

- Emocional*. Tesis de grado. Especialización en Psicología Organizacional. Universidad San Buenaventura.
- Pantoja, Dominguez, Moncada, E. Reguera, M. Pérez, M. y Mandujano, M.(2011). Programa de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en personas diabéticas e hipertensas. *Revista electrónica Psicología Iztacala*, 14(1) 98-115
- Phares E. y Trull T. (1999) *Terapia conductual y perspectivas cognoscitivo-conductuales*. In: Phares E, Trull T, editors. *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica: Manual Moderno*.
- Park, D., y Schwarz, N. (2002). *Envejecimiento Cognitivo*. Madrid: Médica Panamericana.
- Patilla, C. (2011). *Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento*. Tesis para optar el Título Profesional de Psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/582/1/Patilla_vc.pdf
- Peralta, G. y Figuerola, D. (2003). Aspectos psicosociales en la diabetes. *Endocrinología y nutrición*. 50 (7), 280-285.
- Pérez, A, Alonso, L; García, A.I;Garrote, I. ; González, S., Morales, J. (2009) *Intervención educativa en diabéticos tipo 2*. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi03409.pdf
- Peyrot M, McMurry JF, Jr., Kruger DF. (1999) A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *J Health Soc Behav*. Jun;40(2):141-158.
- Pibernik-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, y Metelko Z. (2004). . *Patient Educ Couns*.52(2):193-199.

- Polonsky WH, Fisher L, Earles J, Dudl RJ, Lees J, Mullan J, et al. (2005) Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care.* ;28(3):626-631.
- Psaltopoulou T, Ilias I, Alevizaki M. (2016). The role of diet and lifestyle in primary, secondary, and tertiary diabetes prevention: a review of meta-analyses. *Rev Diabet Stud.* (1):26-35
- Restrepo, E.J. (2009) La mente desencarnada: consideraciones históricas y filosóficas sobre la psicología cognitiva- *Psicología desde el Caribe,* (24) 59-90 Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21312270004>
- Rieber, R. y Vetter, H. (1979). Theoretical and historical roots of psycholinguistic research. En: Aaronson, D. y Rieber, R. (Eds): *Psycholinguistic research, implications and applications.* Hillslade, New Yersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Rivadeneira, C. Dahab, J. y Minici, A. (2012). Reestructuración cognitiva: Ventajas de su integración con procedimientos conductuales. *Revista de Terapia cognitivo conductual* (21)18-22. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/reestructuracion-cognitiva-ventajas-de-su-integracion-con-procedimientos-conductuales/>
- Riveros, A. Cortazar, J. Alcazar, L. y Sánchez, J. (2005) Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 5(3),445-462
- Rivière, Á. (1991) Orígenes históricos de la psicología cognitiva: paradigma simbólico y procesamiento de la información. *Anales de Psicología,* 51, 129-155.
- Rodriguez, M., García, J. Renteria, A. Nava, C. (2013). *Efecto de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con*

diabetes mellitus tipo 2 para mejorar la adherencia a la dieta. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num4/Vol16No4Art10.pdf>

Rodríguez, J. (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid España. Síntesis S.A.

Ruiz, A. Díaz, M. y Villalobos, A. (2011). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Barcelona

Ruiz, C. (2011). *Introducción a la terapia cognitivo conductual (TCC)*. Barcelona.

Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J. Rubio, A., Santed, M. y Montoro, M. (2002). *Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11897235>

Simon, M. (1999). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L.

Smith ML, Glass GV y Miller TI (1980). *The benefits of psychotherapy: Johns Hopkins University Press*.

Steed L, Cooke D, Newman S. (2014) A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Educ Couns*.51(1):5-15

Stratton I, Adler A, et al. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): *prospective observational study*. *BMJ*. (321)405-412.

Strejilevich, L. (2011). Vejez, actividad creadora y trabajo. *Revista de Clarín* (1). 17. Recuperado de: www.inmayores.mides.gub.uy

- Surwit, R. (2002). Diabetes tipo II y estrés. *Diabetes voice* 47 (4). Recuperado de https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_108_es.pdf
- Surwit, R y Schneider MS. (2003) Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosom Med.*55(4):380-393.
- Taylor, M. y Lynch, S. (2004).Trajectories of impairment, social support and depressive symptoms in later life. *The Journals of Gerontology*, 59B(4), 238- 246 adults with diabetes. *Health Psychology*, 18:537-542, PMID 10519470
- The Diabetes control and Complications Trial Research Group (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 329(14):977-986.
- Trief,P- Ploutz-Snyder, R. Britton, K. y Werinstock, R.(2004) The relationsh between marital quality and adherence to the diabetes care regimen. *Annals of behavioral medicine*, 27(3) 148-154.
- Unger R y Ocri L (1982). Stress and diabetes In: Jolyon L, Stein M, Addis M, Mirsky IA, editors. *Critical issues in behavioral medicine*. Philadelphia: Lippincott;
- Unick, J. Beavers, D., Jakicic, J. Kitabchi, A. Knowler, W. Wadden, T y Wing, R.(2011). Effectiveness of lifestyle interventions for individuals with severe obesity and type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 34(10) 2152-2157
- Vargas-Mendoza, J. (2009). *Diferentes factores psicosociales en la Diabetes Mellitus Tipo 1*.(México: Asociación Oaxaqueña de Psicología (http://www.conductitlan.net/factores_psicosociales_diabetes_mellitus.ppt consulta 03/08/16)
- Ventura, M. (2009). *Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en*

pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima) Facultad de Psicología Escuela de Post-Grado

Villaroel, A., y González, M. (2015). *Intervención cognitivo conductual y centrada en soluciones para disminuir el estrés académico en estudiantes universitarios.* Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/9644/1/1080215011.pdf>

Vinaccia S, y Orozco L. (2005). Aspectos psicosociales asociadas con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas* 2005;2:125-137.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con DNI N° _____
por medio del presente doy mi consentimiento formal para participar en el
Programa psicoterapéutico cognitivo conductual para disminuir el

estrés y mantener el funcionamiento metabólico, el mismo que se desarrollará durante 10 sesiones de trabajo de 2 horas cada una.

A través de éste documento acepto que he sido debidamente informada(o) acerca del objetivo del estudio, por lo que declaro que conozco los beneficios y dificultades que pudiera acarrear mi participación.

La investigadora responsable se ha comprometido a darme la información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso, así como responder a cualquier pregunta y aclarar alguna duda que plantee acerca de los procedimientos.

Firma del participante

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO (CEP)

(Sanz-Carrillo et al, 2002)

INSTRUCCIONES. Se les pide que contesten a las 30 items que siguen según la frecuencia con que se dan en su vida: se puntúa 1 (casi nunca), 2 (a veces), 3 (a menudo) o 4 (casi siempre). En la columna de la izquierda se da una respuesta general, referido al último o dos últimos años de su vida. En la columna de la derecha se da una respuesta reciente, referida al último mes.

EN GENERAL	ITEM	1 Casi nunca	2 A veces	3 A menudo	4 Casi siempre	RECIENTE (último mes)
	(1)Se siente					

	descansada					
	(2) Siente que se le hacen demasiadas peticiones					
	(3) Está irritable o malhumorada					
	(4) Tiene demasiadas cosas que hacer					
	(5) Se siente sola o aislada					
	(6) Se encuentra sometida a situaciones conflictivas					
	(7) Siente que está haciendo cosas que realmente le gustan					
	(8) Se siente cansada					
	(9) Teme que no pueda alcanzar todas sus metas					
	(10) Se siente tranquila					
	(11) Tiene que tomar demasiadas decisiones					
	(12) Se siente frustrada					
	(13) Se siente lleno de energía					
	(14) Se siente tensa					
	(15) Sus problemas parecen multiplicarse					
	(16) Siente que tiene prisa					
	(17) Se siente segura y protegida					
	(18) Tiene muchas preocupaciones					
	(19) Está bajo la					

	presión de otras personas					
	(20)Se siente desanimado					
	(21)Se divierta					
	(22)Tiene miedo al futuro					
	(23)Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas					
	(24)Se siente criticada o juzgada					
	(25)Se siente alegre					
	(26)Se siente agotada mentalmente					
	(27)Tiene problemas para relajarse					
	(28) Se siente agobiada					
	(29) Tiene tiempo suficiente para usted					
	(30) Se siente presionado por los plazos de tiempo					

ANEXO 3

ENTREVISTA A PACIENTES

Fecha :

DATOS PERSONALES

• Nombre y apellido:

Edad:

• Estado civil :

Soltera () Casada () Viuda ()

Conviviente () otro()

• Ocupación :

Ama de casa () comerciante () otro :

- Grado de Instrucción :
 Primaria completa () Primaria incompleta () Secundaria completa ()
 Secundaria Incompleta () Técnica () Superior () sin estudios ()
- Ingreso Mensual Familiar :
 500 a 800 soles () 801 a 1000 soles 1001 a 1500 soles () 1501 a 2000 soles
 ()
 Otros mencione ()
- Religión :
 Católica () evangélica () mormona() otra mencione ()
- Dirección :
- Vive con :
 Pareja solamente () pareja e hijos () sola () Pareja, hijos y otros familiares
 ()
 Otros mencione ()
- Sabe leer : si () no () Sabe escribir : si () no ()
- Percibe que la atención que recibe en el Hospital, es satisfactoria para el cuidado
 de su salud
 SI () NO ()
- Tiene conocimiento de ¿qué es la diabetes? ¿cuáles son las causas? ¿formas de
 tratamiento y cuidado? SI () NO ()

PUEDEN INTERFERIR EN RESULTADOS DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

- Consume alcohol : 1 vez a la semana () cada 15 días () 1 vez al mes ()
) no consume ()
- Presenta insuficiencia renal si () no ()
- Tiene anemia por deficiencia de hierro /ácido fólico : si () no ()

HISTORIA DE ENFERMEDAD

- ¿Hace cuánto le diagnosticaron diabetes?
 1 a 2 meses () 3 a 6 meses () 7 a 8 meses () 0 a 1 años () 2 a 5
 años ()
 6 a 10 años () 11 años o más ()
- ¿Cuál cree usted que fue la causa de su diabetes?

-
-
- ¿En qué consiste su tratamiento?
solo dieta () solo pastillas ())pastillas + insulina () solo insulina ()
 - Qué tiempo lleva en el Programa de diabetes del Hospital La Caleta
1 a 2 meses () 3 a 6 meses () 9m a 1 año () 2 a 5 años ()
6 a 10 años ()
 - ¿Cuántos episodios de hipoglucemias graves tuvo el año pasado? (recibió ayuda de otras personas)
Ninguna () uno () dos o mas ()
 - ¿Tiene alguna otra enfermedad crónica además de la diabetes?
✓ ninguna otra ()
✓ una enfermedad crónica además de la diabetes () ¿cuál?

 - ✓ 2 o más enfermedades crónicas además de la diabetes () ¿Cuál?

 - ¿qué piensa acerca de su enfermedad?

.....

.....

.....

.....

- Principales situaciones estresantes en su vida diaria :
 - ✓ Por mi enfermedad ¿cuál? _____
 - ✓ Dificultades económicos () ¿Cuál? _____
 - ✓ Problemas de pareja () ¿cuál? _____
 - ✓ Problemas con hijo () ¿cuál? _____
 - ✓ Problemas con familiares () ¿cuál? _____
 - ✓ Otros problemas _____
- Qué tipo de pensamientos surgen cuando se estresa :

 Tengo mala suerte () Todo me pasa a mí ()
 Me lo merezco () Es culpa de los otros, no mía () De muerte () ideación
 suicida ()
 Otro ¿cuál? _____

- Qué pensamientos negativos surgen en su vida:

- Que respuestas emocionales presenta frente a las situaciones que le causan estrés :

Llora () se siente triste () se siente ansiosa () Miedo () Cólera ()

Grita () Rie () agresividad () Otra ¿cuál? _____

- Que respuestas fisiológicas presenta frente a las situaciones que le causan estrés :

Sudoración () palpitaciones en el corazón () sequedad en la boca() dolor de cabeza()

Escalofríos () palpitaciones en los ojos () movimientos constantes de mano ()

- Qué estrategia de afrontamiento suele utilizar cuando se presentaban situaciones estresantes en su vida

- ✓ Evita la situación () afrontamiento activo de la situación () busca ayuda a familiares ()
- ✓ Trata de distraerse para no pensar en la situación () Resignación ()
- ✓ Trata de solucionar sus problemas ()
- ✓ Realiza una planificación de cómo enfrentar a la situación ()
- ✓ No piensa en la situación estresante ()
- ✓ Trata de relajarse utilizando técnicas de relajación ()
- ✓ Aceptación de la situación estresante ()
- ✓ Acude a la religión () Reinterpreta la situación como parte de su aprendizaje ()

ESTRÉS		HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	
ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
Fecha :	Fecha :	Fecha :	Fecha :
Estrés global :	Estrés global :	• ALTOS VALORES de hemoglobina glucosilada indican un bajo nivel de control metabólico (Hb1Ac > a 9).	• ALTOS VALORES de hemoglobina glucosilada indican un bajo nivel de control metabólico (Hb1Ac > a 9).
<u>Estrés por dimensiones :</u>	<u>Estrés por dimensiones :</u>	• VALORES MEDIOS de hemoglobina glucosilada indican un control
1. Tensión-Inestabilidad-Fatiga :	1. Tensión-Inestabilidad-Fatiga :		
2. Aceptación Social de Conflictos	2. Aceptación Social de Conflictos		

<p>.....</p> <p>3. Energía y Diversión</p> <p>4. Sobrecarga</p> <p>5. Satisfacción para autorrealización</p> <p>Miedo y ansiedad.....</p>	<p>3. Energía y Diversión</p> <p>4. Sobrecarga</p> <p>5. Satisfacción para autorrealización</p> <p>Miedo y ansiedad.....</p>	<p>satisfactorio (Hb1Ac < 9 y > 7) :</p> <p>• BAJOS VALORES de hemoglobina glucosilada indican un buen control metabólico (Hb1Ac < 7)</p>	<p>• VALORES MEDIOS de hemoglobina glucosilada indican un control satisfactorio (Hb1Ac < 9 y > 7) :</p> <p>• BAJOS VALORES de hemoglobina glucosilada indican un buen control metabólico (Hb1Ac < 7)</p>
---	--	---	---

ANEXO 4

SESIONES DEL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL

SESIÓN 01

DIABETES, FUNCIONAMIENTO METABÓLICO Y ESTRÉS

DATOS INFORMATIVOS

Título : La diabetes, metabolismo y estrés

Facilitadora : Mg. Liliana Lam Flores

Duración : 2 horas

Fecha :

OBJETIVOS

- ✓ Explicar la importancia y proceso del programa psicoterapéutico cognitivo conductual a los pacientes diabéticos
- ✓ Informar de manera oportuna y breve acerca de la definición y características de la diabetes, del estrés, el funcionamiento metabólico.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

En primer lugar se entregará a cada participante un fotocheck con su nombre. La facilitadora presentara el programa y los objetivos que persigue el mismo. Seguidamente se desarrolla la dinámica “me pica”, que consiste en pedir que cada participante diga su nombre seguidamente la frase “me pica” y mencione una parte de su cuerpo, por ejemplo; mi nombre es Liliana y me pica la cara. Ello permitirá romper el hielo y generar un ambiente más agradable para las participantes. Las partes de cuerpo mencionadas no se deben repetir entre los participantes

Luego se pedirá a las participantes que se sienten todas formando una media luna, e inmediatamente se mostrara un corto video que contiene testimonios de personas con diabetes. Al finalizar el video, se realizaran preguntas relacionadas a la diabetes, funcionamiento metabólico y sobre el estrés, para ello se hará uso del “psicodado” y sobres con números correspondientes al dado, las participantes lanzarán el dado y responderán a la pregunta de acuerdo sus conocimientos previos, dicha respuesta será anotada en un papelógrafo para luego ser discutida por el grupo. Todas tendrán la oportunidad de lanzar el dado y responder a las preguntas.

Más adelante la facilitadora, expondrá en forma breve lo más significativo de la diabetes, el funcionamiento metabólico y el estrés, haciendo uso de diapositivas e imágenes. Culminada la exposición, la facilitadora informara acerca de las actividades que se realizaran en el transcurso de las sesiones.

MEDIOS Y MATERIALES

Facilitadora, Fotocek, Video, Equipo multimedia o televisor, dado, sobres con tarjetas de contenidos, papelotes, plumones gruesos, cinta adhesiva, sillas, carpetas de trabajo, consentimiento informado y ficha de evaluación de la sesión

COMPROMISO Y TAREA PARA LA CASA

Se les entregará una práctica escrita con preguntas acerca del tema, las participantes la desarrollaran en casa y será recepcionada la próxima sesión, para ser archivada en su carpeta de trabajo.

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

1. ¿Qué te pareció la sesión y como te sentiste?
2. ¿Consideras que es importante afrontar adecuadamente el estrés?
3. ¿Después de lo aprendido que piensa acerca de la diabetes?

Fecha:...../...../.....

ANEXO 5

SESIÓN 02

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA: RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA (I PARTE)

DATOS INFORMATIVOS

Título : Desensibilización sistemática (Relajación muscular progresiva: I Parte)

Facilitadora : Mg. Liliana Lam Flores

Duración : 2 horas

Fecha :

OBJETIVOS

- ✓ Desarrollar ejercicios de entrenamiento en relajación muscular progresiva, para disminuir el estrés y mejorar el funcionamiento metabólico en los pacientes diabéticos.
- ✓ Reconocer la diferencia entre el estado de tensión y relajación de los músculos de la cabeza, cuello y miembros superiores del cuerpo.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

La persona debe comprender que va a aprender una nueva habilidad, ha aprendido a estar ansioso ahora va a aprender a relajarse.

Antes de iniciar con la técnica, es necesario entrenar a las participantes en la técnica de respiración e inspiración previas a la relajación muscular, puesto que la técnica DS es básicamente entrenamiento en relajación y exposición a estímulos que producen ansiedad.

(MÚSCULOS : CABEZA, CUELLO Y MIEMBROS SUPERIORES)

Sentados sobre las sillas o colchonetas lo más cómodamente posible, cierran los ojos y tratan de identificar donde sienten mayor tensión, para ello deberán; tensar los músculos lo más que puedan, notar la sensación de tensión y luego de 5 segundos relajar, pudiendo sentir la agradable sensación de relajar esos músculos. Luego se procederá:



RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LA CARA

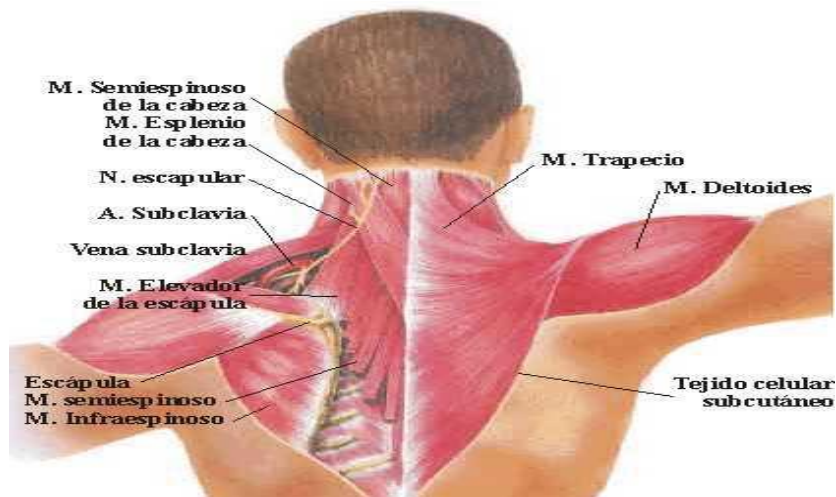
- **VAMOS A ARRUGAR LA FRENTE** durante unos segundos y relajar lentamente.
- **CERRAMOS LOS OJOS APRETÁNDOLOS FUERTEMENTE.** Debemos sentir la tensión en cada párpado, en los bordes interior y exterior de cada ojo. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda hasta dejarlos entreabiertos.
- **ARRUGAMOS LA NARIZ** unos segundos y relajamos lentamente.
- **SE PROSIGUE CON LA BOCA,** imitamos sonreír ampliamente y luego relajamos lentamente.
- **PRESIONAMOS LA LENGUA CONTRA EL PALADAR** y relajamos lentamente.
- **PRESIONAMOS LOS DIENTES CONSIDERANDO TENSIONAR LOS MÚSCULOS LATERALES DE LA CARA Y EN LAS SIENES** y relajamos lentamente.
- **FINALMENTE, ARRUGAMOS LOS LABIOS** haciendo la mueca de dar un beso y relajamos lentamente.

RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS DEL CUELLO:



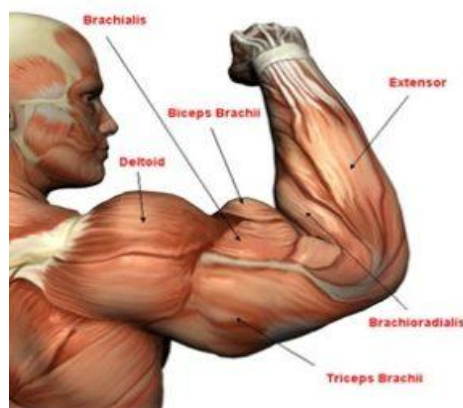
- **FLEXIONAMOS EL CUELLO Y NUCA HACIA ATRÁS**, y luego volvemos a la posición inicial.(tres veces)
- **FLEXIONAMOS EL CUELLO Y NUCA HACIA ADELANTE**, y se vuelve a la posición inicial lentamente (tres veces cada uno)

SE RELAJARAN LOS MÚSCULOS DE LOS HOMBROS:



- **ELEVAR LOS HOMBROS PRESIONANDO CONTRA EL CUELLO,** vuelve a la posición inicial lentamente (tres veces)

RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS DE BRAZOS Y MANOS:



Un buen trabajo muscular debe desarrollar todo el brazo desde la parte superior del deltoide hasta los extensores o inclusive las muñecas y hasta las manos



- **CONTRAER, SIN MOVER, PRIMERO UN BRAZO Y LUEGO EL OTRO** con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Transcurrido los segundos, relajar lentamente (tres veces)
Seguidamente se han de revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo.

COMPROMISO Y TAREA PARA LA CASA

Se recomienda ensayar y repetir la técnica aprendida en casa, mínimo dos o tres veces al día y escribir en su cuaderno o carpeta de trabajo las experiencias vividas de la relajación. Adjuntar algunas fotos practicando la técnica en casa o en algún lugar donde se realizó.

MEDIOS Y MATERIALES

Facilitadora, colchonetas o sillas, ambiente libre de ruidos, carpeta de trabajo, ropa liviana, música (opcional) y reforzadores.

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

1. ¿Cómo se sintió al practicar la relajación muscular?
2. Comente: ¿Qué aprendizaje le dejó la sesión?
3. Mencione la parte de su cuerpo que se le hizo más difícil de relajar durante la sesión.

ANEXO 6 **SESIÓN 03**

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA:

RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA (II PARTE)

DATOS INFORMATIVOS

Título : Desensibilización Sistemática: Relajación muscular
Progresiva II parte
Facilitadora : Mg. Liliana Lam Flores
Duración : 2 horas
Fecha :

OBJETIVOS

- ✓ Desarrollar ejercicios de entrenamiento en relajación muscular progresiva, para disminuir el estrés y mejorar el funcionamiento metabólico en los pacientes diabéticos.
- ✓ Reconocer la diferencia entre el estado de tensión y relajación de los músculos del tórax, pelvis y miembros inferiores (glúteos, muslos, piernas y pies)

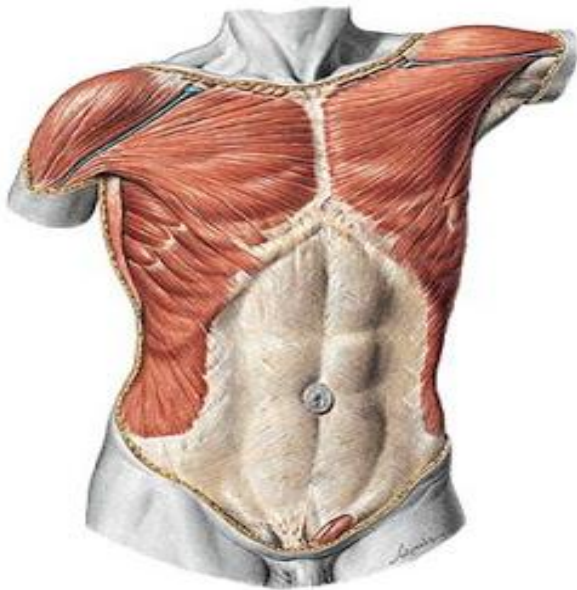
DESARROLLO DE LA SESION

En esta sesión, la facilitadora solicitará que las participantes entreguen la tarea encomendada anteriormente para ser archivada en su carpeta de trabajo. Inmediatamente, se realizara con los participantes un repaso de la sesión anterior y se repetirá el proceso de relajación de la cara, cuello y músculos superiores (Repetir los ejercicios de la sesión anterior de manera breve)

Relajación de músculos del tórax y abdomen

Luego de haber repetido el procedimiento de la sesión anterior, se procederá con el entrenamiento en relajación de los músculos del tórax, abdomen y región lumbar, para ello las participantes harán uso de la silla.

MÚSCULOS : TORAX, PELVIS, MIEMBROS INFERIORES)



RELAJACIÓN DE MÚSCULOS DEL TÓRAX Y ABDOMEN

- **COLOCAR LOS BRAZOS EN FORMA DE CRUZ LEVANTARLOS POR ENCIMA DE LA CABEZA, LLEVARLOS HACIA ATRÁS,** luego cerrar los puños y llevar los codos hacia atrás, generando tensión que es notada en la parte inferior de la espalda y los hombros. Luego de unos segundos soltar lentamente los músculos, (repetir tres veces).
- **INSPIRAR Y RETENER EL AIRE DURANTE UNOS SEGUNDOS EN LOS PULMONES.** Percibir la sensación de tensión en el pecho, luego de varios segundos espirar lentamente (repetir tres veces)
- **TENSAR EL ESTÓMAGO HACIENDO FUERZA EN LA PARTE INFERIOR Y SUPERIOR DEL MISMO DURANTE 4 SEGUNDOS** y relajar lentamente (repetir tres veces)
- **TENSAR LAS NALGAS Y MUSLOS,** para ello, deben elevar trasero a unos centímetros de la silla, sentir las sensación de tensión y luego de la relajación (tres veces)



RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LAS PIERNAS

- **ESTIRAR PRIMERO UNA PIERNA Y DESPUÉS LA OTRA LEVANTANDO EL PIE** hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Luego de unos segundos, relajar lentamente (repetir tres veces)

Seguidamente se han de revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo.

SE PEDIRÁ QUE LOS PARTICIPANTES, SE PONGAN DE PIE Y MANTENGAN LA CABEZA RECTA SOBRE LOS HOMBROS.

- **TENSAR TODO SU CUERPO, APRETAR LAS MANOS A AMBOS LADOS DEL CUERPO, “INTRODUCIR” LOS MÚSCULOS DEL ESTÓMAGO HACIA DENTRO Y TENSAR LOS MUSLOS, NALGAS, RODILLAS, ETC.**
- **DESPUÉS COMIENZE A RELAJAR LOS MÚSCULOS DESDE LA CABEZA A LOS PIES.** De nuevo note la diferencia entre tensión y relajación de todo el cuerpo.

Finalmente, las participantes harán uso de la relajación mental. Ante ello, la facilitadora, pedirá que piensen en una escena agradable y positiva o mantener la “mente en blanco”.



“TAREA A realizar :

PIENSA EN SITUACIONES AGRADABLES QUE TE HAYAN PASADO EN TU VIDA. **Como por ejemplo:** nacimiento de algún nieto, cuando te casaste, entre otras

COMPROMISO Y TAREA PARA LA CASA

Practicar la técnica en casa, tres veces al día y escribir en una hoja de trabajo un comentario de cómo se sienten utilizando la técnica, para ser entregada la próxima sesión y ser debidamente archivada.

MEDIOS Y MATERIALES

Facilitadora, ambiente libre de ruidos, colchonetas o sillas, carpeta de trabajo, música, reforzador.

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

1. ¿Cómo se sentía antes de la sesión de relajación muscular?
2. ¿Cómo se siente ahora, después de la práctica de la relajación muscular?
3. Mencione ejemplos de situaciones donde podría utilizar lo aprendido en la sesión:

ANEXO 7

SESIÓN 04

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA IMAGINARIA (DSI)

DATOS INFORMATIVOS

Título : Desensibilización Sistemática Imaginaria
Facilitadora : Mg. Liliana Lam Flores
Duración : 2 horas
Fecha :

OBJETIVOS

- ✓ Entrenar en la técnica de desensibilización sistemática imaginaria, para disminuir el estrés y mejorar el funcionamiento metabólico en los pacientes diabéticos.

- ✓ Lograr que los pacientes imaginen que están en las situaciones que le producen estrés y ansiedad, y aplicar la técnica de relajación, para aprender a controlar dichas situaciones ansiógenas.

DESARROLLO DE LA SESION

La facilitadora pedirá a las participantes que entreguen los trabajos encomendados en la sesión anterior y compartan por 10 minutos las experiencias vividas por algunos participantes. Las participantes han sido previamente entrenadas en la técnica de relajación en las sesiones anteriores, ello permitirá que en el momento dado puedan hacer uso de ésta técnica.

En primera instancia, se pedirá a los participantes que busquen una situación y así mismo realizaran una lista con escenas que producen estrés o ansiedad. Por ejemplo, una situación estresante puede ser cuando les provoca comerse alimentos cuando están en una fiesta. Al participante se le hará entrega de un lápiz y una hoja de papel diseñada para escribir las situaciones que le producen estrés.

Lista de escenas que producen estrés o ansiedad ante los alimentos de una fiesta

-
- ✓ Cuando mira en la mesa : bocaditos y torta y la invitan a servirse
 - ✓ Cuando le ofrecen una copa de vino para brindar por la dueña del santo
 - ✓ Cuando le ofrecen un plato de comida, contiendo arroz, yuca, papa, carne y ají.
 - ✓ Cuando le ofrecen un pedazo de torta

Procedimiento en desensibilización sistemática imaginaria

Se pedirá al participante que se coloque cómodamente en la silla y logre un sentimiento de calma, se procederá a realizar el ejercicio de relación muscular progresiva general que incluya los músculos de la cabeza, cuello, tórax, miembros inferiores u superiores.

Seguidamente, se procederá a ordenar aquellas escenas ansiógenas de menor a mayor intensidad (el uno es de menor intensidad y el 10 de máxima intensidad).

Orden jerárquico según intensidad

-
1. Cuando le ofrecen un plato de comida, contiendo arroz, yuca, papa, carne y ají.
 2. Cuando la dueña de casa pasa la fuente de bocaditos
 3. Cuando le ofrecen una copa de vino para brindar por la dueña del santo
 4. Cuando mira en la mesa : bocaditos y torta y la invitan a servirse

Seguidamente, a través de la imaginación, se pedirá que la participante se acerque cada vez más a la escena y la viva como si fuese real, que visualice la situación lo más detallada posible, empezando desde la que considero de menor intensidad en la escala.

Por ejemplo, le voy a pedir que imagine lo más detallado posible, la primera escena de su jerarquía “Cuando le ofrecen un plato de comida, contiendo

arroz, yuca, papa, carne y ají”, permanezca en esa escena por lo menos un minuto, intente imaginar lo más real que pueda, con el máximo detalle posible, como si lo estuviese viviendo en este momento, pero debe mantenerse tranquila y confiada, tratando de encontrar la absoluta calma. Si ha alcanzado la calma recomendable, es preciso pasar a la siguiente escena de la jerarquía y de no ser así, se procederá a hacer uso de la relajación durante treinta segundos.

COMPROMISO Y TAREA PARA LA CASA

En una hoja bon, escribir un comentario acerca de la sesión, como se ha sentido y que fue lo más importante que aprendió, dicha hoja deberá ser presentada en la siguiente sesión.

MEDIOS Y MATERIALES

Facilitadora, colchonetas o sillas, ambiente libre de ruidos, listado de situaciones estresantes, lápiz y papel, carpeta de trabajo y reforzadores.

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

1. ¿Cómo se sintió durante la sesión?
2. Mencione que emociones identifico durante la sesión.
3. ¿Qué aprendizaje le dejo la sesión?

ANEXO 8

SESIÓN 05

ENTRENAMIENTO EN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

DATOS INFORMATIVOS

Título : Entrenamiento en reestructuración cognitiva

Facilitadora : Mg. Liliana Lam Flores

Duración : 2 horas

Fecha :

OBJETIVOS

- ✓ Entrenar a los pacientes diabéticos en la técnica de reestructuración cognitiva, para disminuir el estrés y mejorar el funcionamiento metabólico.
- ✓ Aprender a identificar los pensamientos inadecuados que se presentan ante las situaciones conflictivas y evitar la invasión de los mismos.
- ✓ Disminuir las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas respecto a la salud - enfermedad de los pacientes con diabetes.

DESARROLLO DE LA SESION

En un primer momento, la facilitadora compartirá las experiencias de la tarea asignada en la sesión anterior para luego ser archivada en la carpeta de trabajo.

Luego antes de comenzar con la reestructuración de los pensamientos, es importante entender bien qué son las distorsiones cognitivas, cómo actúan, y el poder que tienen para influir en el estado de ánimo. Por este motivo se empezará con la psicoeducación sobre el modelo cognitivo que sustenta este procedimiento, usando para ello ejemplos de la vida diaria que conectarán al paciente con sus propias experiencias.

Seguidamente, se entregará una hoja de trabajo, que contiene un cuadro con cuatro columnas vacías para ser llenadas por las participantes. En la primera columna, se escribirán situaciones que generen estrés. La siguiente columna estará destinada a colocar el pensamiento negativo que se detectó ante la situación. Además, se pedirá que supongan que el pensamiento negativo previamente considerado es cierto y que a partir de aquí haga dos cosas, que deberán escribir también en las siguientes columnas: Identifiquen qué pasaría y examine las pruebas de esta nueva cognición. Finalmente empezar la búsqueda de qué podría hacer o qué soluciones tendría para afrontar lo que piensa.

El tiempo prudencial para el llenado de cada columna será de 10 minutos y se requerirá del uso de dos situaciones estresantes de cada participante, para ser reestructurado el pensamiento obtenido a través de aquellas situaciones estresantes.

Por ejemplo: aquí se observa un cuadro exactamente igual a que será brindado a las participantes, pero ellas deberán llenar las situaciones estresantes de acuerdo a sus experiencias personales.

Situación estresante....	Identificación del Pensamiento negativo.....	Identificar que pasaría.... Examinar ese nuevo pensamiento	Búsqueda de posibles soluciones...
Murió una amiga que tenía diabetes.	Es probable que yo también muera pronto.	Si muero que será de mis hijos. No es cierto que moriré, estoy haciendo las cosas bien.	Si continúo con el tratamiento, y cuido mi alimentación, tengo posibilidades de vivir más tiempo.
Llegue a casa y al abrir la puerta, ésta no estaba asegurada de la forma en la que la dejé.	Tal vez ingreso un ladrón a la casa y se llevó mis ahorros ¡que desgracia!	Oh, no puede ser tan malo, porque la mayor parte del dinero está en el banco.	Quizás olvidé echar llave, mejor entraré confirmar, revisaré con calma cada parte de la casa y veré que todo esté en orden.

Al terminar de llenar el cuadro, la facilitadora, pedirá que las participantes compartan una de las situaciones que desarrollaron en la hoja de trabajo. Seguidamente la facilitadora explicara de forma breve lo importante que es poder reestructurar los pensamientos o creencias irracionales para encontrar una equilibrio mental. Luego se invitara a las participantes a realizar el ejercicio y analizar los pensamientos irracionales no permitiendo que estos las invada y las paralice.

COMPROMISO Y TAREAS PARA LA CASA

Anotar en una hoja las situaciones que les produjeron pensamientos negativos e inadecuados, así mismo lo que pensaron, el proceso de análisis del pensamiento y otras formas alternativas de pensamiento ante la situación. Para ser presentada en la posterior sesión y ser archivada en su carpeta de trabajo.

MEDIOS Y MATERIALES

Facilitadora, ambiente libre de distractores o bullicio, hojas de trabajo, carpeta de trabajo, lápiz y papel.

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

1. ¿Cómo se sintió durante la sesión?
2. Comente algún aprendizaje obtenido acerca de la reestructuración cognitiva
3. ¿Considera que fue de ayuda la sesión para su salud?

ANEXO 9

SESIÓN 06

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y DIALOGO SOCRÁTICO

DATOS INFORMATIVOS

Título : Reestructuración cognitiva y diálogo socrático

Facilitadora : Mg. Liliana Lam Flores

Duración : 2 horas

Fecha :

OBJETIVOS

- ✓ Entrenar a los pacientes diabéticos en la técnica de reestructuración cognitiva y diálogo socrático, para disminuir el estrés y mejorar el funcionamiento metabólico.

- ✓ Identificar, analizar y modificar las interpretaciones y los pensamientos erróneos que tienen los pacientes diabéticos sobre determinadas situaciones o sobre las personas.

DESARROLLO DE LA SESION

La facilitadora, recogerá las experiencias de las tareas asignadas a los participantes en la sesión anterior y se analizarán en grupo sobre los aspectos positivos o negativos del proceso y de los resultados.

Se mostrará un papelógrafo en el que se encuentra una “*sopa de letras*”, la facilitadora pedirá que con la ayuda de un plumón, las participantes encuentren palabras. Una vez halladas las palabras, el grupo deberá ordenarlas dando como resultado final una frase en forma de interrogante: *¿QUÉ PIENSAS ACERCA DE LA MUERTE?*”. Ante ello cada participante emitirá un juicio utilizando sus propios pensamientos, sentimientos y experiencia personal. Luego, el grupo en conjunto, por medio de preguntas, señalamientos y descripciones, en el sentido que ayuden a la persona a encontrarle sentido y tome conciencia acerca del pensamiento negativo que posee. Se continuará cuestionando las respuestas brindadas hasta lograr concluir con afirmaciones más sanas y positivas para la salud.

Por ejemplo, si una de las participantes emite un juicio con pensamientos negativos como; “debe ser horrible la muerte, tengo miedo a la muerte”,

entonces ante este juicio las otras participantes le harán algunas preguntas: “¿Por qué piensas eso?”. Ante esta interrogante, la participante podría responder “porque todos te olvidan” y nuevamente esta respuesta será cuestionada por los miembros del grupo “¿Por qué te olvidarían?”. Se continuara respondiendo y asimismo repreguntando, las veces que sean necesarias hasta que poco a poco la participante sea capaz de analizar sus respuestas y llegue a una conclusión sana que no la angustie, como en este caso se podría concluir que la muerte finalmente no podría ser tan horrible sino que se entienda como una etapa de la vida por el que todos los seres vivos deben atravesar.

A continuación, se le pedirá a todos los participantes que mencione una situación estresante de su vida cotidiana y diga lo que piensa sobre ello, realizándose el mismo procedimiento. Ese ejercicio se practicará de acuerdo a la disponibilidad de tiempo e interés de las mismas. Algún nuevo participante podrá proponer otra situación y nuevamente se realiza el juicio respecto a tal situación hasta llegar a una conclusión y entendimiento saludable.

COMPROMISO Y TAREAS PARA LA CASA

Para la próxima sesión, las participantes deberán traer un comentario escrito acerca de la sesión, que aprendieron. Además un listado de frases que le producen molestias y que les gustaría trabajar.

MEDIOS Y MATERIALES

Facilitadora, papelógrafo, plumones, ambiente libre de bullicio, carpeta de trabajo

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

Se brindara una hoja con tres interrogantes a las que las participantes deberán responder:

1. ¿Cómo se sintió durante el desarrollo de la sesión?
2. Comente: ¿Qué aprendizaje le dejó la sesión acerca del dialogo socrático?
3. Considera usted que lo aprendido fue beneficioso para su salud ¿Por qué?

ANEXO 10

SESIÓN 07

DETENCION DEL PENSAMIENTO Y AUTOCONTROL

DATOS INFORMATIVOS

Título : Detención del pensamiento y autocontrol

Facilitadora : Mg. Liliana Lam Flores

Duración : 2 horas

Fecha :

OBJETIVOS

- ✓ Entrenar en la técnica detención del pensamiento y autocontrol, para disminuir el estrés y mejorar el funcionamiento metabólico en los pacientes diabéticos.

- ✓ Detectar y disminuir los pensamientos “rumiatorios” para ser interrumpidos adecuadamente en el momento oportuno para que no provoquen malestar.

DESARROLLO DE LA SESION

La facilitadora pedirá la tarea encomendada en la sesión anterior, para ser archivada en las carpetas de trabajo respectivamente.

Seguidamente, se pedirá a las participantes que formen una media luna, e intenten encontrarse en absoluta concentración, con los ojos cerrados y cómodamente sentadas, para poder detectar pensamientos “rumiatorios” o perturbador. Además se les explicara sobre la función de la alarma como señal para interrumpir el pensamiento, que sonara luego de dos minutos. Aclarando que al sonido de la alarma, deberán gritar a viva voz ¡Basta!. Una vez hallado el pensamiento perturbador deben prestar mayor atención a ese pensamiento.

Por ejemplo, un pensamiento perturbador puede corresponder a “ Pronto me voy a morir”, dado que las participantes son pacientes diabéticos que están día a día luchando para hallar vida, y es entendible que tengan a diario un pensamiento así. Se pedirá que imaginen una situación donde aparece el pensamiento perturbador, la imaginación debe ser lo más detallada posible, pero se deben expresar también pensamientos sanos no

perturbadores de manera alternada. Tomando como ejemplo el pensamiento “pronto me voy a morir”, se pueden presentar durante la diálisis, en casa cuando hay soledad, etc. tales situaciones que propicien que el pensamiento gusano crezca y crezca en la mente de la persona. Entonces al escuchar la “alarma” deberán gritar BASTA!, e inmediatamente dejar ir el pensamiento perturbador, e intentar mantener un pensamiento sano o positivo como por ejemplo “tengo fuerza para seguir viviendo”, “Tengo motivos para vivir”. “mi familia me necesita”, etc. Seguidamente se pide que dejen la mente en blanco, pero si volviera a aparecer el pensamiento perturbador debe decir nuevamente y en voz alta ¡Basta!.

Seguidamente, se pedirá a las participantes que aten a su muñeca un elástico, nuevamente atraigan el pensamiento perturbador. Al transcurrir dos minutos, escucharan la orden ¡Basta!, entonces deben tirar del elástico y soltarlo, ello ayudara a interrumpir el pensamiento perturbador. Posteriormente, sin la ayuda de la alarma, ni la orden, ni el elástico, las participantes deben ser capaces de controlar el pensamiento perturbador solo con la orden mental; es decir al cabo de dos minutos y una vez hallado el pensamiento insano deben de “gritar” en su interior ¡Basta!, y lograr alejar el pensamiento negativo.

Finalmente se repartirá unas tarjetas de colores a las participantes, donde se les pedirá que escriban pensamientos positivos sustituyan el pensamiento perturbador y cada vez que aparezcan puedan ayudarse repitiendo estos pensamientos sanos. Por ejemplo si el pensamiento perturbador es; “Nada hago bien”, podrían elegirse pensamientos como “soy buena para muchas cosas” “Si me lo propongo lo hare cada vez mejor”. Las frases deben ser propias, creadas por las mismas participantes

Asignación de tareas para la casa

En casa practicar la técnica, haciendo uso de una alarma, una grabadora y un elástico. Anotar en una hoja de trabajo cada pensamiento perturbador, la forma en que fue combatido y los pensamientos sanos que encontró para sustituirlos.

MEDIOS Y MATERIALES

Facilitadora, Sillas, Hojas de papel, lapiceros, radiograbadora, Alarma, elásticos.

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

1. ¿Qué le pareció la sesión?
2. Comente: ¿Qué aprendizaje le dejó la sesión acerca de la detención del pensamiento?
3. Mencione ejemplos de situaciones donde podría utilizar lo aprendido en la sesión:

ANEXO 11

SESIÓN 08

LA COMUNICACIÓN ASERTIVA

DATOS INFORMATIVOS

Título : Comunicación Asertiva y solución de problemas

Facilitadora : Mg. Liliana Lam Flores

Duración : 2 horas

Fecha :

OBJETIVOS

- ✓ Entrenar a los participantes en habilidades de comunicación asertiva, para disminuir el estrés y mejorar el funcionamiento metabólico.

- ✓ Brindar estrategias para la solución de problemas que permita a los participantes disminuir el estrés y mejorar el funcionamiento metabólico.

DESARROLLO DE LA SESION

La facilitadora solicitará a las participantes que entreguen la hoja de trabajo que fue asignada en la sesión anterior para ser revisada y archivada en la carpeta de trabajo.

Se iniciará con la dinámica “Escena de película”

La facilitadora solicitará a cada participante que se coloquen en fila, uno detrás de otro sin mirarse, luego al primero de la fila, le mostrará la imitación que deber realizar, así como de que escena se trata. El participante volteará y le hará la imitación a su compañero siguiente y así sucesivamente. Cuando estemos en el último participante, el facilitador preguntará : ¿Qué escena es? para posteriormente ser comparada con la frase inicial. Finalmente, se analizará junto con el grupo, el mensaje y las distorsiones u omisiones que se producen en el proceso de la comunicación entre una persona y otra.

Seguidamente la facilitadora presentará una caja de cartón que en su interior contiene tarjetas con diferentes situaciones (situaciones 1). Cada participante deberá retirar una tarjeta y “actuar” de acuerdo a lo que dice la tarjeta. La facilitadora junto al grupo analizarán la mejor forma de enfrentar determinada situación.

Tarjetas de situaciones: (situación 1)

- Abraza a un compañero del grupo y con voz suave dile “te quiero”
- Están haciendo cola en el banco y una señora se puso delante de ti. Tú le dices en tono de voz alta : “señora sinvergüenza, salga de la cola. Ignorante, ¿cómo la habrán criado”
- Está esperando, sus resultados de su nivel de hemoglobina glicosilada, de pronto. La enfermera le dice “su nivel está elevado”. Usted, no responde y le dice gracias. Luego usted, se acerca en ese momento a una amiga y le dice : “Está enfermera siempre me dice lo mismo”. Me tiene cólera

El facilitador mencionará : ¿qué estilos de comunicación, hemos podido observar?, luego refiere: “ como hemos podido observar, existen diferentes formas y estilos de comunicación”, ahora vamos a ver ¿cuáles son esos estilos de comunicación”. El facilitador explicará los estilos: pasivo, agresivo y asertivo.

Posteriormente, la facilitadora nuevamente hará sacar de una caja, tarjetas con situaciones (situaciones 2), y atrás de la hoja los participantes escribirán el mensaje asertivo respondiendo a dicha situación.

Tarjetas con situaciones : (situaciones 2)

- Tienes una cita en el hospital y te confirman que el doctor no llegará, ¿Qué harías?
- Tu nieto está jugando en la calle y de pronto el perro de tu vecina lo muerde ¿Cómo reaccionarías?
- Tienes visita en casa y tus nietos empezaron a discutir, ¿Cómo actuarías?
- Estas comprando en el puesto de un mercado y observas que una señora se lleva una lata de atún sin haberla pagado ¿Cómo actuarías?

- Estas en el autobús y cerca de ti una joven que está fumando un cigarrillo ¿Qué harías?
- Estas caminando hacia tu casa y un hombre adulto esta orinando en un poste de la esquina ¿Cómo actuarías?
- Viene tú hija y te dice: mamá te dejo por 5 días a mi hija de 1 año, luego viene tú esposo y te dice que quiere que hoy le cocines su plato favorito y que le planches el pantalón azul que tanto le gusta. Tú te sientes sobrecargada de cosas ¿qué le dirías?
- El doctor viene y te dice : “ tiene que someterse a hemodiálisis de aquí en adelante” ¿ qué le diría?
- Está empezando a estudiar el curso de cosmetología que tanto soñó, de pronto su hijo le dice : “mamá, mi esposa me abandonó con todos mis hijos y he decidido venir a vivir con todos ellos contigo, para que me ayudes” . De pronto usted siente que no podrá alcanzar la meta que por tanto tiempo espero (ser cosmetóloga)

Seguidamente, la facilitadora permitirá que cada participante opine acerca de la situación que le toco y lea su respuesta. Al finalizar el ejercicio la facilitadora comentará sobre algunas estrategias efectivas para la comunicar asertivamente los mensajes.

COMPROMISO Y TAREAS PARA LA CASA

Las participantes elaboraran un dibujo que represente la situación que fue asignada durante la sesión para presentarla en la próxima sesión.

MEDIOS Y MATERIALES

Facilitadora, papelógrafo, plumones gruesos, cinta maskingtape, caja de cartón, tarjetas de situaciones, mensaje escrito para el teléfono malogrado, imágenes o fotografías para el análisis.

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

1. ¿Cómo se sintió durante la sesión?
2. Comente: ¿Qué aprendizaje le dejó la sesión acerca de la comunicación asertiva?
3. Considera usted que es importante aprender a comunicarnos asertivamente ¿Por qué?

ANEXO 12

SESIÓN 09

TOMA DE DECISIONES

DATOS INFORMATIVOS

Título : Habilidades sociales: Toma de decisiones

Facilitadora : Mg. Liliana Lam Flores

Duración : 2 horas

Fecha :

OBJETIVOS

- ✓ Entrenar en estrategias para la toma de decisiones para disminuir el estrés y mejorar el funcionamiento metabólico en los participantes.

DESARROLLO DE LA SESION

Toma de decisiones

Seguidamente, se generará un ambiente de tranquilidad haciendo uso de un fondo musical relajante que invite a las participantes a sentirse cómodas. Se pedirá que todos tomen asiento formando un círculo, la facilitadora solicitará que cada una de las participantes, comparta una experiencia personal en la que tomo una decisión muy importante en su vida y sobre todo comente como se sintió antes y después de haber tomado aquella decisión. Por ejemplo, una participante podría comentar algo como “la decisión más importante que tome fue... ***aceptar mi enfermedad*** y continuar un tratamiento”, entonces a través de esta respuesta la facilitadora invitara a responder como se sintió antes de tomar esa decisión y como se sintió después de tomarla. Al finalizar las respuestas dadas por la participante, el grupo en conjunto recurrirá a darle un abrazo.

Luego el facilitador explicará a los participantes lo siguiente: “Todos tenemos que tomar decisiones a veces, pero no siempre es fácil enfrentarnos a este proceso de toma de decisiones. A veces nos cuesta decidir porque supone renunciar a una de las opciones. Es muy importante hacer una reflexión antes de elegir y así sabremos qué es lo que realmente queremos. Una buena reflexión es la garantía para una buena decisión, y para tener valor de llevarla a cabo y para mantenernos firme con la misma.

Posteriormente se les dirá que ahora vamos a ver una guía que orientará nuestra reflexión y nos ayudará a tomar las decisiones. Después analizaremos diferentes situaciones en las que es necesario decidir y lo

haremos siguiendo la guía.” Repartimos a los participantes LA GUÍA Y EL CUADRO PARA TOMAR DECISIONES

GUIA PARA TOMAR DECISIONES	
IDENTIFICAR EL PROBLEMA	PASO 1: ¿Qué hay que decidir?
ANALISIS DEL PROBLEMA	PASO 2 : Busco información: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué necesito saber antes de tomar una decisión? • Debo conocer todas las opiniones, etc
EVALUACIÓN DE OPCIONES	PASO 3 : Identifico alternativas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántos caminos puedo tomar? • ¿Cuántas soluciones diferentes existen?
	PASO 4 : Pienso en las consecuencias y resultados Tengo que meditar si la alternativa escogida es buena o mala, si me afecta a mí solo o a mis amistades, a la familia, etc
SELECCIÓN DE LA MEJOR	Paso 5. Escojo la opción con mejores resultados y menos consecuencias negativas
ANALIZO LA SITUACION TOMADA	Paso 6. Analizo la decisión tomada: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Estoy contento con ella? • ¿Qué he aprendido?

CUADRO DE TOMA DE DECISIONES						
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	ANALISIS DEL PROBLEMA		EVALUACION	SELECCIÓN DE LA MEJOR	ANALIZO LA DECISIÓN TOMADA	
	Busco información	Identifico alternativas	Pienso en consecuencias y resultados	Escojo la alternativa de mejores resultados	¿Estoy contento con ella?	¿Qué he aprendido?
¿A quién va a invitar?	1. ¿Quién quiere ir a su cumpleaños	1. Invitar a quien ella quiere, sin hacer caso a su esposo	1. Si toma la 1. ^a decisión, la consecuencia es que su esposo se enfadará y no estará en la fiesta		NO	
	2. ¿Cuántas personas pueden acudir a su casa?	2. Invitar al número de amigas permitidos por su esposo, eligiendo quién puede ir. Explicar a sus amistades que su esposo le pide que asista un número razonable de amigos porque todos no caben en casa.	2. Si toma la 2. ^a decisión, algunos de sus amigas se enfadarán por no poder asistir y luego no la invitarán a otros cumpleaños. Pero los invitados no se enfadarán, su esposo tampoco y Rebeca celebrará la fiesta.	La decisión más acertada por sus consecuencias es la n.º 2: "Invitar al número de amigas solicitados por su esposo, eligiendo quién puede ir y explica a sus amistades que su esposo sugiere que asista un número razonable de amigas porque todos no caben en casa"	SI	
	3. ¿Quién quiere Rebeca que vaya a su fiesta?	3. Suspender el cumpleaños porque se ha enfadado con su esposo.	3. Si toma la 3. ^a decisión, se enfadarán Rebeca, su esposo y sus amigas porque no habrá fiesta.			

A continuación escogemos diferentes dilemas o posibles situaciones que supongan tomar una decisión. Para ello preparamos unas tarjetas con dilemas, podemos usar también fragmentos de películas, series, lecturas, cuentos, hechos reales, etc. Ahora podemos pedirles que completen la guía, solos, en parejas, en grupos o todos juntos. En cualquier caso, haremos una puesta en común antes de terminar y finalmente les animaremos a aplicarlo cuando tengan que tomar decisiones.

Ejemplo de dilemas:

“El nieto de Marta cumple 1 año y es celebrado por toda la familia. Marta tiene diagnóstico de diabetes y quiere comer mazamorra, arroz con leche y chocolates que están en la fiesta

“Leonor tiene que viajar a Lima por un chequeo médico pero tiene una hija que es discapacitada y vive sola con ella.

“Rocío tiene que realizar su monitoreo de glucosa en este mes pero como trabaja todo el día, no tiene tiempo. Ella considera que ha tenido los cuidados necesarios en su alimentación.

“Elvira tiene que decidir que opción escoge para ir a vivir, ya que su esposo falleció y tiene que desocupar la casa. Sus 2 hijos, uno que vive en Lima y otro en Piura, le piden que vaya a vivir con algunos de ellos”

“Julia (paciente diabética) está en un reunión de amigas y comienza el brindis (pisco sower). Su amiga le dice : con una copa que tomes no pasa nada.

“Flor (paciente diabética) tiene una amiga que le dice : Estoy cansada de verte como te cuidas en la comida, como te privas de beber algún trago ¿Quién te dijo, que la diabetes se controla? . La diabetes se cura. Mejor te recomiendo una "LIMPIA" con yerberos y danzarines, ¡por favor!.

IMPORTANCIA DE LA DECISION

Brevemente la facilitadora brindara una reflexión acerca de lo importante que son las decisiones que tomamos en la vida ya que hay cosas que nos piden los amigos, la pareja, y la sociedad, que muchas veces están en contra de lo que cada uno desea hacer y además lo positivo que es ser tolerante ante las diversas situaciones que atravesamos.

COMPROMISO Y TAREAS PARA LA CASA

Escribir en una hoja de trabajo, como se sintieron antes y después de la sesión. Además deben escribir alguna experiencia de toma de decisiones que hayan realizado en el transcurso de la semana.

MEDIOS Y MATERIALES

Facilitadora, tarjetas con frases de refranes, cinta maskingtape, plumones, papelógrafo, hojas de trabajo, lapiceros, sillas, ambiente libre de ruidos, carpeta de trabajo.

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

1. ¿Cómo se sintió durante la sesión?
2. Comente: ¿Qué aprendizaje le dejó la sesión acerca de la toma de decisiones?
3. Mencione ejemplos de situaciones en donde podría demostrar la tolerancia, después de lo aprendido en la sesión:

ANEXO 13
SESION 10

ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DEL ESTRÉS Y AUTOINSTRUCCIONES

DATOS INFORMATIVOS

Título : Inoculación del estrés y autoinstrucciones
Facilitadora : Mg. Liliana Lam Flores
Duración : 2 horas
Fecha :

OBJETIVOS

- ✓ Entrenar en la técnica inoculación del estrés y autoinstrucciones, para disminuir el estrés y mejorar el funcionamiento metabólico en los pacientes diabéticos.

- ✓ Entrenar en la promoción, modificación y revisión de estructuras cognitivas, para mejorar el funcionamiento de las conductas adaptativas.

DESARROLLO DE LA TECNICA

En un primer momento, la facilitadora revisa y analiza los trabajos y compromisos anteriores y los archiva en su carpeta de los participantes.

Seguidamente, se procederá al entrenamiento en inoculación al estrés y autoinstrucciones. Primero se realizará la Fase educativa, donde se le explicará la estrategia de tratamiento, en la cual se le solicitará que identifique una situación estresora y el pensamiento negativo que tiene frente a la situación; el mismo que lo escribirá en un cuadro. Luego en la Fase de ensayo y adquisición de habilidades, se entrenará en relajación y respiración profunda. Procediéndose a realizar un ejercicio de respiración profunda, para poner en práctica la inoculación del estrés, es necesario haber aprendido a manejar

técnicas de relajación utilizando la respiración profunda y la relajación muscular diferencial y rápida, de tal manera que cada vez que se experimente ansiedad, dónde y cuando sea, uno pueda relajarse y disminuir la tensión. Para ello, se brindará al participante un ambiente condicionado, libre de ruidos, iluminado y haciendo uso de un fondo musical suave que invite a la tranquilidad. Se pedirá a las participantes que se ubiquen sobre las colchonetas se echen boca arriba, o sentados en sus sillas y expulsen todo el aire que tienen y colocar una mano en la parte superior del pecho y la otra en el abdomen, logrando sentir los movimientos del diafragma cuando se respire. Ahora se debe inspirar lenta y profundamente, la mano que se encuentra en el pecho debe continuar lo más quieta posible, mientras que la que se encuentra en el abdomen debe subir en paralelo cuando se tome el aire. Se debe retener el aire durante unos segundos. Luego se debe expulsar el aire por la boca.

A continuación, se pedirá que focalicen la atención en el tórax y en las costillas y de la misma forma, deben colocar una mano en la parte superior del pecho y otra en el abdomen. Ahora deben inspirar lenta y profundamente, la mano que se encuentra en el pecho debe subir en paralelo con el aire que tomen y la del abdomen debe permanecer quieta. Prestar especial atención en cómo la caja torácica se llena y se reduce (desinfla), mientras que el abdomen permanece quieto. Se debe retener el aire durante unos segundos, luego se debe expulsar el aire por la boca.

Posteriormente, se le entrenará en autoinstrucciones : mediante la creación de un conjunto propio de pensamientos (autoinstrucciones : pensamientos positivos) de afrontamiento del estrés que reemplacen al pensamiento negativo, que lo escribirá en el cuadro; los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales.

Por último en la fase de implementación, se utilizará las habilidades de relajación y de afrontamiento real para ejercer presión sobre los hechos que se consideran perturbadores, mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando autoinstrucciones para el afrontamiento del estrés.

Finalmente, se practicara en situaciones reales para poco a poco conseguir la total inoculación.

COMPROMISO Y TAREAS PARA LA CASA

Practicar en casa todo lo aprendido que incluye la técnica de respiración, y anotar en una hoja como se sintió antes y después de practicar la técnica.

MEDIOS Y MATERIALES

Facilitadora, hojas de trabajo, colchonetas, lapiceros, cinta maskingtape.

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

1. ¿Cómo se sintió durante el ejercicio de la respiración?
2. Comente: ¿Qué aprendizaje le dejó la sesión, inoculación del estrés?
3. Mencione algunas sugerencias que se deben tomar en cuenta en la realización del programa.