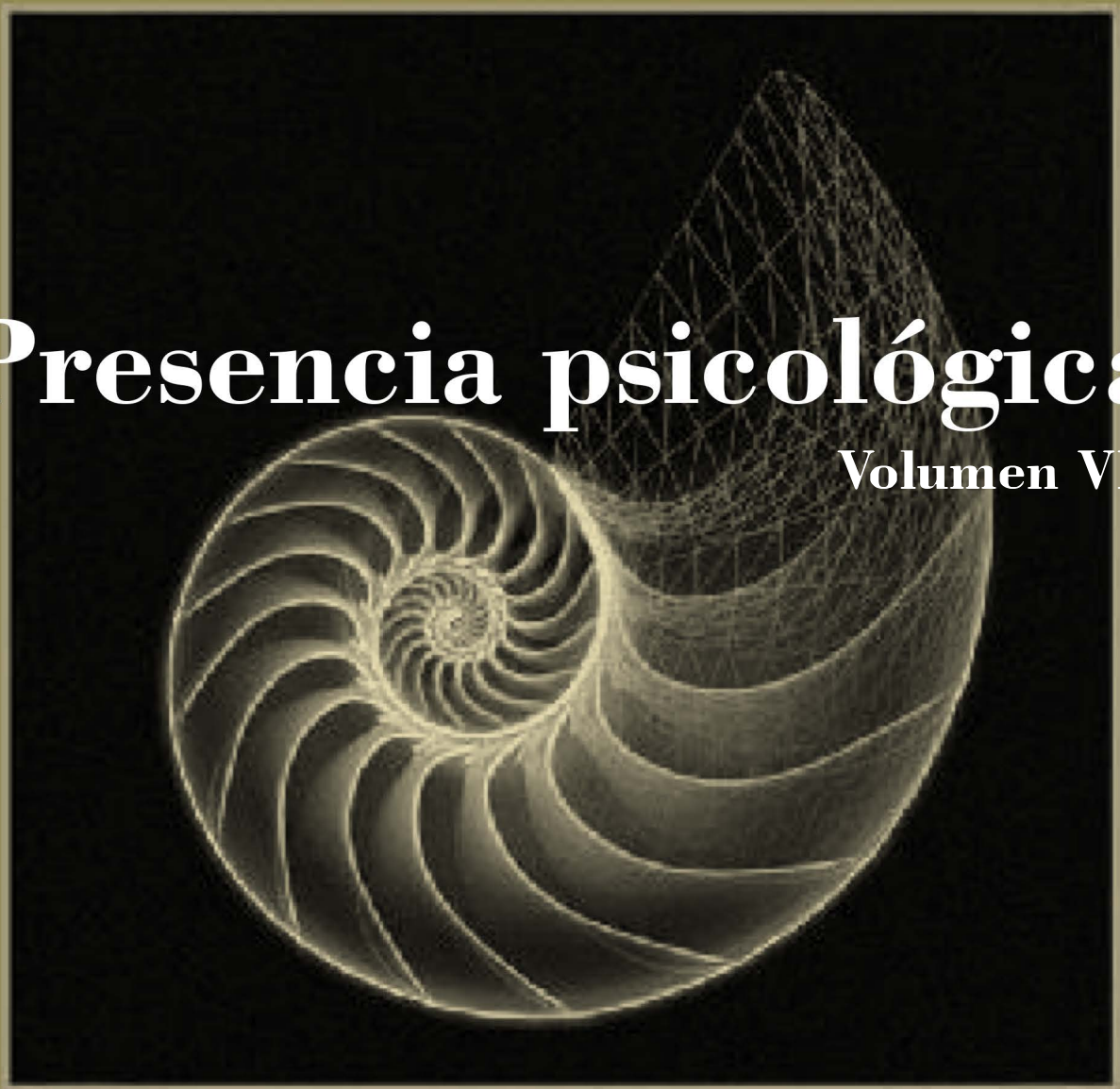


Presencia psicológica

Volumen VII



Aportes de investigación psicológica

Efrain Duarte Briceño
Coordinador



UADY
UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

Presencia Psicológica. Volumen VII

Aportes de investigación psicológica

Presencia Psicológica. Volumen VII

Aportes de investigación psicológica

Efraín Duarte Briceño
Coordinador



UADY
UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

Presencia Psicológica

Primera edición: enero de 2020

Coordinador: Efraín Duarte Briceño

Autores: Silvia Anaissa Estrella Leal, Estrella Vázquez Vargas, José Benjamín Herrera Aranda, Jesús Moo Estrella, Argelia Lizandra López Osorio, Elia María Escoffié Aguilar, Ana Claudina Pacheco Ortega, Ricardo Castillo Ayuso.

D.R. © 2020, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

Calle 60 núm. 491 A por 57, col. Centro

C. P. 97000, Mérida, Yucatán, México

Tel. +52 (999) 923 9769

www.libreria.uady.mx

Facultad de Psicología

Kilómetro 1 Carretera Mérida Tizimin-Cholul, CP 97305

Mérida, Yucatán, México

Teléfono: +52 (999) 943 20 45, 943 20 98 y 943 38 88

Fax: +52 (999) 943 20 98

www.psicologia.uady.mx

ISBN: 978-607-8527-91-5

Obra con derechos reservados, prohibida su reproducción parcial o total sin el permiso escrito del titular de los derechos.

Hecho en México / *Made in Mexico*



Efraín Duarte Briceño

Coordinador

COMITÉ TÉCNICO EVALUADOR

Mercy Tut Rivero

Jorge R. Navarrete Centeno

Gloria Arankowsky

Sally Vanega Romero

Dora Adolfina Ayora Talavera

Manuel Sosa Correa

Alejandro Herrera

Índice

PROLOGO.....	11
<i>Jorge R. Navarrete Centeno</i>	
 CAPÍTULO I	
SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE YUCATÁN.....	19
<i>Silvia Anaissa Estrella Leal</i>	
<i>Estrella Vázquez Vargas</i>	
 CAPÍTULO II	
ESTIMULACIÓN COGNITIVA DE LA MEMORIA, DE LA ATENCIÓN Y DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN ADULTOS MAYORES SANOS.....	60
<i>José Benjamín Herrera Aranda</i>	
<i>Jesús Moo Estrella</i>	
 CAPÍTULO III	
PSICOTERAPIA NARRATIVA: INTERVENCIÓN GRUPAL CON ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I.....	99
<i>Argelia Lizandra López Osorio</i>	
<i>Elia María Escoffié Aguilar</i>	
 CAPÍTULO IV	
INTERVENCIÓN EN TRASTORNO POR ATRACÓN. UN ESTUDIO DE CASO DESDE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL INTEGRATIVO.....	169
<i>Ana Claudina Pacheco Ortega</i>	
<i>Ricardo Castillo Ayuso</i>	

PRÓLOGO

Los libros son las abejas que llevan el polen
de la inteligencia a otros
James Russell

Cada vez resulta más evidente la importancia que la investigación científica adquiere en las universidades mexicanas; la investigación es la base sobre la que se sustentan los conocimientos para abordar los diversos problemas que tiene una sociedad; sin embargo, el desarrollo de esta actividad requiere de diversos factores, entre los que están: personal calificado y comprometido, que cuente con un ambiente de libertad y diálogo que le permita contar con el tiempo y la motivación para investigar, disponibilidad de recursos financieros junto con políticas que incentiven su importancia. Consciente de ello, la Facultad de Psicología cuenta con una publicación anual de *Presencia Psicológica*, el nombre de la misma publicación nos indica lo que pretende lograr: hacer visible la Psicología que se produce en la Facultad, al menos parte del trabajo de investigación que elaboran sus estudiantes con la guía de sus profesores, ya que los resultados de las investigaciones se tienen que hacer visibles para que cumplan su función social.

Presencia Psicológica es una manera de hacer presentes los conocimientos derivados de las investigaciones actuales de nuestros estudiantes de la Psicología, a través de la publicación en capítulos de los trabajos ganadores del Premio Regional “Víctor Manuel Castillo Vales”, a fin de brindar la oportunidad de informarse sobre cuestiones vinculadas con temas de salud mental. Su séptima edición da muestra de que en la Facultad se trabaja de manera continua y dinámica asumiendo la responsabilidad de aportar saberes que ayuden a una mejor comprensión de la conducta humana.

En esta séptima edición de *Presencia Psicológica*, se pone a la vista el resultado de cuatro trabajos de investigación:

- Estimulación cognitiva de la memoria, de la atención y de las funciones ejecutivas en adultos mayores sanos.
- Intervención en trastorno por atracón. Un estudio de caso desde el Modelo cognitivo-conductual integrativo.
- Psicoterapia narrativa: intervención grupal con adolescentes con Diabetes Mellitus tipo I.
- Sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de Yucatán.

Con estos títulos podemos constatar que se abordan temas relevantes de la salud pública y que no se limitan a un solo estrato generacional, sino que aborda problemáticas propias de la adolescencia, de adultos y de adultos mayores. Siendo este último uno de los sectores de la población que va en aumento, por lo que es urgente investigar más en él. Pero —ciertamente— las etapas que lo preceden determinarán la calidad de vida que se tendrá en la tercera edad. Luego entonces, para que exista una calidad en la atención a este grupo etario es necesario investigar en las etapas de desarrollo previas.

Otro aspecto que salta a la vista al ver los temas abordados es que se refieren más a la psicología clínica, por lo que, previamente a la presentación de los capítulos, se harán unos comentarios acerca del papel de esta área de la psicología.

La psicológica clínica ha tenido un avance enorme no solo por los diversos temas que abarca, sino por el tipo de intervención con que se abordan las diversas temáticas; sus temáticas son tan amplias que la lista puede ser interminable: trastornos de ansiedad, de alimentación, problemas de adicción, comportamiento antisocial, entre muchos otros. Aparte de las temáticas tenemos que los psicólogos clínicos pueden desarrollar su actividad profesional en niños, adolescentes, adultos, ancianos, toda esta diversidad de prácticas y de situaciones pone de manifiesto el desarrollo alcanzado por la psicología clínica en los últimos años.

Respecto al tipo de intervención, en la actualidad la psicología clínica no se reduce exclusivamente a lo clínico en el sentido tradicional, sino que tiene objetivos que alcanzan la prevención y promoción de la salud; el individuo no es visto como un ser aislado, sino inmerso en un contexto social; y ello refuerza el

punto de vista de que los factores socio-ambientales desempeñan un papel fundamental en la génesis y en el curso evolutivo de los diferentes problemas que se abordan, esto no significa que el individuo sea relegado a un segundo plano, por el contrario, la persona es el elemento fundamental del objeto de estudio. La individualidad del ser humano, lejos de todo reduccionismo, quizá sea su característica fundamental (Buendía, 1999).

Sin descuidar el progreso alcanzado, la psicología clínica se enfrenta a una serie de desafíos y retos, como es el de la conceptualización más integral de lo que es la psicopatología, la evaluación de los métodos de tratamientos vigentes, específicamente la comprensión de por qué funcionan los tratamientos. La psicología clínica involucra la aplicación del conocimiento para aliviar los problemas humanos, no es suficiente que los psicólogos clínicos describan, expliquen o predigan el funcionamiento humano, deben interesarse en cambiar la vida de las personas. Para ello se diseñan y ejecutan intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento y prevención de la psicopatología y promoción de la salud (Compas, 2003).

El esfuerzo por cambiar la vida de las personas debe basarse en la evidencia de la investigación, que permite al clínico formular predicciones razonables acerca de los efectos de las intervenciones específicas. Los psicólogos clínicos necesitan entender por qué ciertos tratamientos funcionan con ciertas personas, o en ciertas situaciones y no en otras (Compas, 2003).

Por ello, la importancia de vincular la investigación y la práctica de las intervenciones psicoterapéuticas es prioritario dentro de las instituciones formadoras de psicólogos clínicos, pues esto puede fomentar el ejercicio de una práctica profesionalizante y separarla de una práctica superficial, comercial e incluso de charlatanería, que puede darse dentro de una sociedad.

En la séptima edición de *Presencia Psicológica* se apuesta a ello, ya que tres de los trabajos presentados pertenecen al área clínica. Con esto, la investigación sigue aportando para que la historia de la psicología clínica de Yucatán continúe en su avance en la evaluación, tratamiento y prevención de los problemas de salud mental de las personas. Es así como la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán colabora con la salud mental de la sociedad yucateca.

Para adentrarnos en las temáticas que se encuentran en esta edición, haré una breve introducción a cada uno de los trabajos, junto con unos comentarios de las problemáticas que abordan.

En el capítulo I “Sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de Yucatán”, de Silvia Anaissa Estrella Leal, con asesoría de Estrella Vázquez Vargas, se aborda el tema de los cuidadores primarios. Este surgió de una preocupación por el estado de salud física y mental de los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia en Yucatán. Tuvo como objetivo recopilar información sociodemográfica de los cuidadores primarios de personas con este padecimiento y evaluar sus niveles de sobrecarga y depresión, a fin de elaborar un perfil clínico y demográfico de los cuidadores primarios que acuden al Hospital Psiquiátrico de Yucatán.

La aportación de este trabajo es muy significativa ya que voltea la mirada no hacia el enfermo—muchos de los trabajos de salud la atención suele centrarse en la persona que la padece y pocas veces nos permitimos ver la situación desde la perspectiva de quienes las rodean o bien, los que se hacen responsables de ellas—, sino hacia las necesidades de la persona que se encarga habitualmente de cuidar la salud de la persona enferma, sin recibir retribución económica a cambio. Apostar en los cuidadores primarios es una forma de atender un grupo vulnerable y no siempre bien valorado en nuestra sociedad.

Esta investigación puso de manifiesto la existencia de un grupo poblacional que se encuentra en riesgo y que, a pesar de su vulnerabilidad, no ha sido tomado en cuenta, ya que en nuestra comunidad son reducidas las acciones que los contemplan, a la vez que hay carencia de programas diseñados para mejorar su calidad de vida.

Los resultados arrojaron que el perfil del cuidador primario del paciente con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de Yucatán es de una mujer de entre 46 y 60 años de edad, con una media de edad de 56 años, que reside en el interior del estado, madre del paciente, casada, con entre 1 y 3 hijos, baja escolaridad, sin un empleo formal, y que dedica la mayor parte del día al cuidado del paciente.

Lo que se encontró en esta investigación confirma lo expuesto en estudios de género: las mujeres son las que más atienden las labores domésticas, entre estas el cuidado de los hijos; que sean ellas las que se hagan cargo de los hijos

con algún tipo de enfermedad crónica o incapacitante es visto como lo más “normal”. Sería importante considerar que otros miembros del hogar o de la familia se incorporen al cuidado del enfermo, para hacer una sociedad más justa y equilibrada.

En el capítulo II “Estimulación cognitiva de la memoria, de la atención y de las funciones ejecutivas en adultos mayores sanos”, de José Benjamín Herrera Aranda, con asesoría de Jesús Moo Estrella, se enfoca en el tema de adultos mayores, sin duda un sector de la población que requiere cada vez más atención, pues no solo en México, sino en todo el mundo va en aumento, de ahí que es urgente generar información para una mejor calidad de vida en esta etapa. Este trabajo contribuye a ello al señalar cómo un programa de estimulación cognitiva está relacionado con un mejor rendimiento cognitivo en funciones que presentan alteraciones de decremento en la tercera edad.

Las intervenciones de este tipo en Yucatán, particularmente en Mérida, son escasas. El que los autores destaquen la dificultad de encontrar participantes para su investigación, refuerza que es necesario trabajar en la concientización sobre la importancia de este tipo de investigación en este sector de la población, puesto que saber que se pueden tomar medidas preventivas para evitar un deterioro, ayudaría a no tener una actitud pasiva ante el envejecimiento y emprender acciones que generen bienestar en la persona. Al recorrer el trabajo se entiende lo que es el envejecimiento y toda la explicación neuropsicológica que acompaña y da sustento a los resultados encontrados.

La memoria es una de las funciones cognitivas que sufre alteraciones más evidentes en el proceso de envejecimiento normal. El que ese deterioro pueda ser retardado con programas de estimulación cognitiva es un panorama alentador. Nos da la oportunidad de tener una mejor satisfacción durante la vejez, ya que la alteración de la memoria impacta en varias áreas de la vida —sobre todo el sentimiento de limitación—, en una etapa que ya de por sí está asociada con un grado de dependencia por el deterioro propio del organismo.

El estudio plantea como objetivo “conocer los efectos de la estimulación cognitiva sobre la atención, la memoria y las funciones ejecutivas en una muestra de personas de la tercera edad”, encontrándose que el programa de estimulación cognitiva está relacionado con una mejora en el rendimiento explicable mediante

el proceso de neuroplasticidad y la automatización de los procesos cognitivos involucrados durante el entrenamiento.

El capítulo III “Psicoterapia Narrativa: intervención grupal con adolescentes con diabetes Mellitus tipo I”, de Argelia Lizandra López Osorio, con asesoría de Elia María Escoffié Aguilar, atiende el caso de la diabetes tipo I. Se señala como una enfermedad que puede afectar diversas dimensiones en las personas, como son la dimensión social y psicológica. El objetivo de este trabajo fue promover la adaptación emocional de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I. Yucatán presenta fuertes retos en materia de enfermedades crónicas, especialmente relacionados con la diabetes, por lo que este estudio cobra real importancia.

La paternidad en la etapa de la adolescencia conlleva de por sí varios retos, y junto con una enfermedad crónica resulta aún más complicada, pues la dependencia socioemocional es más fuerte, y es durante la adolescencia en la que una tarea de desarrollo a lograr es precisamente adquirir mayor independencia.

En la actualidad los padres tienden más a la sobreprotección, a tratar de evitar todo sufrimiento y dificultades para sus hijos, con lo que propician sin querer un estancamiento en su desarrollo. Les hacen más daño que bien, ya que los padres quieren recorrer el camino por sus hijos. Pero solo recorriendo los propios caminos es como desarrollamos la musculatura de la independencia y la confianza para enfrentar la vida. Aquí la aportación del presente trabajo, pues toma como punto focal a los adolescentes, y es con ellos donde se lleva a cabo la intervención al fomentar en ellos ser los propios maquinistas de su vida, “maquinista de tu propio tren, maquinista de tu propia vida”.

La intervención se llevó a cabo desde la psicoterapia narrativa, bajo una metodología cualitativa, lo que permite asomarnos al mundo a través de las voces del adolescente. En el transcurso del trabajo se va conociendo qué es la diabetes y sus implicaciones psicológicas en la etapa de la adolescencia, y cómo no interferiera para tener una vida plena y de calidad. Las conversaciones giran en torno a la integración grupal, el cuidado y control excesivo de los padres hacia sus hijos con diabetes, autocontrol, autoestima, relaciones interpersonales y vida cotidiana sin diabetes.

El trabajo tiene la peculiaridad de describir a detalle cómo es la intervención grupal con el enfoque de terapia narrativa y cómo esta puede adaptarse muy bien para manejar este tipo de situaciones.

En el capítulo IV “Intervención en trastorno por atracón. Un estudio de caso desde el Modelo cognitivo-conductual integrativo”, de Ana Claudina Pacheco Ortega, con asesoría de Ricardo Castillo Ayuso, se aborda el tema de los trastornos de la alimentación.

Los trastornos alimenticios en la cultura de influencia occidental representan una epidemia hoy en día. En una sociedad que valora la belleza externa a costa del deterioro de la salud, se hace evidente este tipo de investigaciones, donde se muestra cómo el comer va mucho más allá de solo satisfacer la necesidad de hambre fisiológica. Tiene un componente social, y sobre todo, emocional, que convierte el acto de comer en un paliativo a la necesidad afectiva. Hay hambre de afectos más que necesidad de alimentos orgánicos. Y siempre desde el plano fisiológico, se puede afirmar que comer no es equiparable a nutrirse bien, pareciera un paralelo en la sociedad actual donde se puede estar con una gran cantidad de personas, pero el sentimiento que prevalece es de soledad, no es la cantidad sino la calidad de las relaciones lo que alimentan nuestra necesidad social.

Siempre hablando de paralelismos, otra peculiaridad de nuestra sociedad que puede reflejarse en el trastorno por atracón —consiste en una ingesta de grandes cantidades de comida en un periodo relativamente corto, acompañada de un sentimiento de culpabilidad y malestar—, puede verse en la vorágine de actividades en la que el individuo se ve inmerso, quiere lograr mucho en poco tiempo, resultando en una indigestión por no darse el tiempo necesario para asimilar las diversas experiencias que va viviendo.

Revisar este trabajo dará pie no solo al tratamiento del trastorno de atracón, sino que podremos obtener información del cómo mejorar nuestra vida en el plano social, emocional y fisiológico, con una lectura más profunda. En el capítulo se explica lo que es el trastorno por atracón y su impacto en la vida de las personas que lo sufren, pone énfasis en la necesidad de explorar sobre los pensamientos, conductas y emociones que rodean la ingesta compulsiva. Se clarifica lo que representa para la persona el uso de la comida y la búsqueda una

manera más apropiada de afrontar las situaciones difíciles o de estrés emocional, de tal forma que se pueda romper el círculo vicioso que conlleva el trastorno. El modelo psicológico de intervención que se propone y evalúa es el modelo cognitivo conductual, reportado en el formato de historia de caso clínico

Hago una cordial invitación a sumergirse en el contenido de estos trabajos, seguro de que será una muy buena inversión de su tiempo. Finalmente, hago un reconocimiento y doy mi felicitación al editor y de quien surgiera la iniciativa de esta obra, Dr. Efraín Duarte Briceño, así como al Comité Técnico Evaluador de la publicación y al apoyo de la Dirección de la Facultad de Psicología por hacer posible ya siete ediciones de la misma. Espero que, así como el siete es un número cabalístico, sea el presagio de muchas ediciones más, que sean setenta veces siete.

Dr. Jorge R. Navarrete Centeno

Facultad de Psicología

Mérida, Yucatán

Abril 2019

Referencias

Buendía, J. (1999). *Psicología clínica, perspectivas actuales*, Madrid: Pirámide.

Compas, B. (2003). *Psicología clínica, ciencia y práctica*. México: Mc. GrawHill.

Paredes, L., Carrillo, D. & Echeverría, R. (2013). *Reflexiones, investigaciones y experiencias en torno al género en la región sur-sureste de México*. Mérida, Yucatán: Ediciones Universidad Autónoma de Yucatán.

CAPÍTULO I

SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE YUCATÁN

Silvia Anaissa Estrella Leal

Estrella Vázquez Vargas

Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

Se denomina cuidador primario a la persona que dedica su tiempo al cuidado de una persona dependiente de manera continua y por un periodo prolongado. Desempeñar este rol repercute en diferentes aspectos de la vida e incrementa el riesgo de padecer otros problemas de salud mental (Crespo y López, 2005b). Este proyecto tuvo como objetivo recopilar información sociodemográfica de los cuidadores primarios y evaluar sus niveles de sobrecarga y depresión, con la finalidad de elaborar un perfil clínico y demográfico de los cuidadores. La muestra estuvo conformada por 24 cuidadores primarios de personas con esquizofrenia que acudían al Hospital Psiquiátrico de Yucatán y los instrumentos empleados fueron una entrevista para cuidadores, la Escala de Sobrecarga de Zarit y el Inventario de Depresión de Beck. El perfil encontrado es: mujer de entre 46 y 60 años de edad, con una media de 56.12 años, residente del interior del estado, madre del paciente, casada, con 1 o 3 hijos, baja escolaridad, sin empleo formal y dedicada la mayor parte del día al cuidado del paciente. Se encontró que de los entrevistados 16.7% tiene sobrecarga leve y 20.8%, sobrecarga intensa; de los pacientes, 21.7% con depresión de leve a moderada y 8.7% con depresión de moderada a severa. Esta investigación logró poner de manifiesto la existencia de un grupo poblacional vulnerable que no ha sido tomado en cuenta y que carece de programas diseñados para mejorar su calidad de vida.

Introducción

La sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia es un tema que, en general, ha sido poco estudiado. Sin embargo, la literatura ofrece datos de gran interés que valen la pena analizar. En la actualidad, alrededor de 450 millones de personas padecen algún tipo de enfermedad mental. Cuando una enfermedad de este tipo aparece, representa un impacto tanto para la persona que la padece como para los familiares. Los profesionales de la salud se refieren a este impacto en términos de carga, ya sea para los familiares o, bien, para quien se hace cargo del paciente (National Institute of Mental Illness, [NIMI], 2012).

Carga del cuidador

La carga se define como la porción de la capacidad limitada del operador que se requiere para realizar una tarea en particular. Es el resultado de la interacción entre un sujeto específico y una tarea específica, respondiendo a la diferencia entre la cantidad de recursos que se dedican a la realización de esta tarea y la capacidad total del organismo que la realiza (O'Donnell y Eggemeier, como se citó en González, Moreno y Garrosa, 2005) y solamente en las situaciones en las que los requerimientos de la tarea exceden las capacidades de quien las realiza, se habla de carga como un costo relacionado con los aspectos cognitivos o de procesamiento para el operador de la misma. Asimismo, se define la carga como la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio y su relación con su rol como cuidador, así como con los recursos con los que cuenta para desempeñar su función (Zarit *et al.*, como se citó en Alpuche *et al.*, 2008).

Una vez definido el concepto de carga, vale la pena mencionar que este se compone de dos aspectos, la carga objetiva hace referencia al conjunto de demandas y actividades a las que tienen que atender los cuidadores y se define como cualquier alteración de la vida del cuidador que sea observable, verificable y que sea causada por la enfermedad del paciente (Martínez, Nadal, Beperet & Mendióroz, 2000). Este componente de la carga se encuentra relacionado con el desempeño del rol de cuidador, el tiempo que le dedica, la carga física que representa, las actividades que desempeña el cuidador y su exposición a

situaciones estresantes (García, Mateo & Maroto como se citó en Alpuche *et al.*, 2008).

Mientras que el otro componente, la carga subjetiva, es la sensación de que la situación sobrepasa las capacidades del cuidador y de que se tiene una obligación pesada en cuanto a tareas originadas por la enfermedad de la persona que se cuida (Martínez *et al.*, 2000). También puede definirse como la percepción que los cuidadores tienen de sentirse desconcertados, desbordados y superados e incluye las interpretaciones que los cuidadores hacen con respecto a las demandas de la situación y de sus propias capacidades para afrontar tal situación (Crespo y López, 2007b).

Además de estos aspectos, la carga mental se ve influenciada por la carga de la tarea, la cual hace referencia a la dificultad que una tarea representa para la persona que la lleva a cabo (Gopher & Donchin, como se citó en González *et al.*, 2005). Actualmente, no existe un modelo unánimemente aceptado que especifique las características de la tarea que deben tenerse en cuenta para detallar la carga impuesta por esta; sin embargo, existen dimensiones que son consideradas de gran utilidad para establecer los niveles de carga de tarea (González *et al.*, 2005).

a) Demanda temporal: cantidad de tiempo que se requiere para llevar a cabo una tarea o una serie de tareas en función del tiempo real que se tiene disponible y el número de tareas impuestas a una persona, son las fuentes más importantes de la carga mental (González *et al.*, 2005).

b) Complejidad: en la medida en que una tarea requiera del individuo procesos como calcular, tomar decisiones, atender a diversas fuentes de información, recuperar información, etc., la tarea será más compleja y requerirá de un mayor esfuerzo por parte del operador (Wickens, como se citó en Moray, 1979).

c) Ambigüedad: esta dimensión se encuentra relacionada con la cantidad y calidad de información que se le ofrece al operador de la tarea (González *et al.*, 2005).

d) Criterios de ejecución de la tarea: hacen referencia al nivel de calidad que debe alcanzar la tarea, pues los criterios de realización que percibe el operador pueden influir en su carga mental. Las personas pueden valorar la

situación de ejecución de la tarea como estresante cuando consideran que los criterios para la realización de esta se encuentran por encima de sus capacidades (González *et al.*, 2005).

Sobrecarga del cuidador

Una vez definido el concepto de carga, vale la pena tomar en cuenta el concepto de sobrecarga, pues se trata de un concepto ambiguo y multidimensional que se ha estudiado desde ya hace algunos años y que se presenta cuando la carga del cuidado de un paciente sobrepasa las capacidades y recursos de los cuidadores primarios (Mendoza Romo *et al.*, 2013). Se define la sobrecarga del cuidador como el estado que resulta de cuidar a una persona dependiente, con la dificultad física que implica desempeñar esta labor y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que puede experimentar quien cuida de una persona. También menciona que es un estado que pone en riesgo la salud física y mental de quien desempeña el rol de cuidador (Zarit, como se citó en Martin *et al.*, 1996).

Otros autores la han definido como un estado físico y psicológico que resulta de una combinación del esfuerzo físico, restricciones sociales, presión emocional y demandas económicas que surgen al cuidar de una persona dependiente (Durán Quintal, 2015).

Modelos de sobrecarga

Uno de los principales temas en la literatura relacionada con el estrés y la sobrecarga de los cuidadores es el entender por qué los cuidadores que se exponen a circunstancias similares muestran gran variabilidad de adaptación a la situación. En la actualidad, existen diferentes modelos explicativos al respecto (Cuéllar-Flores & Sánchez-López, 2014)

Modelo multidimensional de agentes estresantes. Este modelo representa el modelo teórico dominante en el terreno de los cuidadores y fue desarrollado por Pearlin, Mullan, Semple & Skaff en 1990. Concibe el estrés del cuidador como el resultado de la interacción de cinco elementos interrelacionados entre sí, los cuales son los antecedentes y el contexto, los estresores (primarios y

secundarios), las variables mediadoras y los resultados o las consecuencias del cuidado (figura 1) (Crespo & López, 2007a).

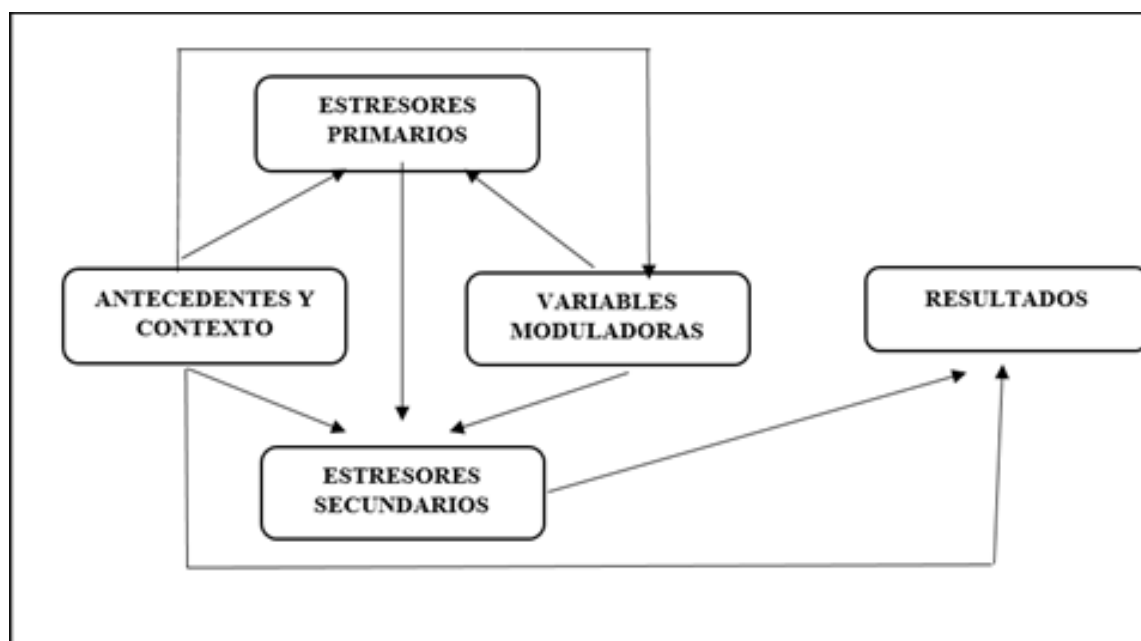


Figura 1. Elementos que conforman el Modelo multidimensional de agentes estresantes (1990).

Modelo multidireccional del estrés. Este modelo fue desarrollado por Schulz, Gallagher-Thompson, Haley y Czaja en 2000, se enmarca en la conceptualización del estrés hecha por Lazarus y Folkman en 1984 y señala que el estrés presente en los cuidadores depende de la evaluación sobre la situación ante la que se encuentran, así como de sus propias capacidades al cuidar de su familiar. Dicha evaluación puede producir sensaciones positivas (satisfacción en la relación con el enfermo) o negativas (sobrecarga o estrés percibido) (Crespo & López, 2007a).

Cuando se presentan limitaciones funcionales, conductas problemáticas de los mayores o cualquier tipo de estresor, los cuidadores evalúan si estos eventos son potencialmente amenazadores y si tienen las suficientes capacidades para afrontarlos. Es decir, el cuidador se pregunta si puede o no afrontar esos problemas (figura 2) (Crespo & López, 2007a).

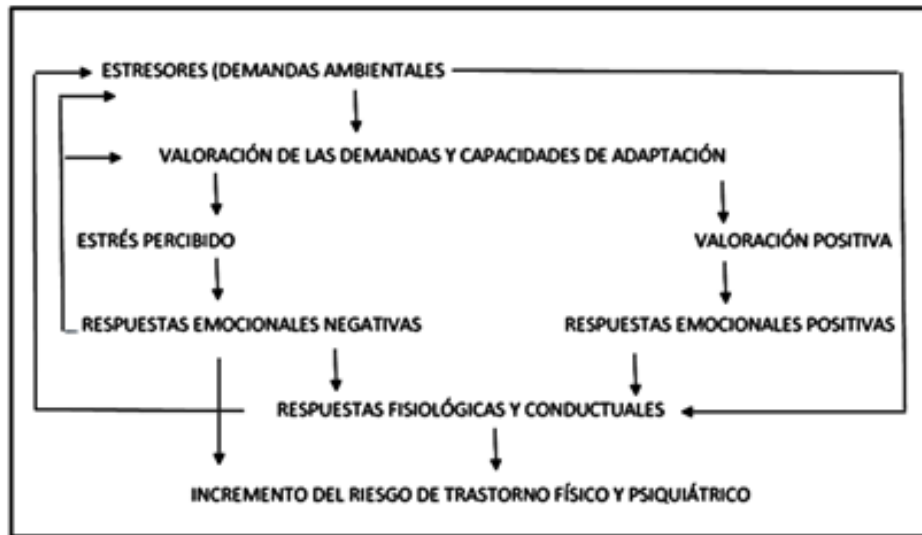


Figura 2. Modelo multidireccional del estrés

Cuando las situaciones se evalúan como amenazadoras y el cuidador se ve sin capacidades para afrontarlas, entonces se percibe sometido a estrés, desarrolla respuestas emocionales negativas (síntomas de ansiedad, síntomas depresivos, etc.) las cuales pueden disparar respuestas fisiológicas o conductuales como no descansar lo suficiente, no tener una alimentación adecuada, descuidar el propio estado de salud al no acudir al médico para atender sus propios problemas de salud, etc. Por otro lado, si las situaciones se evalúan como benignas o si el cuidador siente que tiene la capacidad para afrontarlas, se producen respuestas emocionales positivas que conducen a respuestas psicológicas y físicas saludables (Crespo & López, 2007a).

En este modelo se constata la existencia de una influencia bidireccional, donde las respuestas obtenidas en una determinada situación influyen en las evaluaciones y en las demandas posteriores, de tal forma que una respuesta emocional negativa ante un estresor puede, en situaciones posteriores, incrementar el potencial del estresor y su valoración negativa (Crespo & López, 2007a).

Cuidadores Primarios

Las enfermedades, independientemente de su clasificación, pueden aparecer en cualquier momento en nuestras vidas o, bien, en la de alguno de nuestros seres queridos. Lamentablemente pocas veces nos encontramos

preparados para ellas, en especial si estas son de condición crónica, limitante o si representan un cambio en nuestra rutina de vida. Cuando dentro del sistema familiar alguien se enferma o presenta algún tipo de dependencia, suele haber una persona que asume las tareas básicas de cuidado, con las responsabilidades que esto implica y que es vista por el resto de los integrantes de la familia como el responsable del cuidado total del enfermo. A esta persona que realiza estas tareas de cuidado de forma continua y por un periodo prolongado se le denomina Cuidador Primario (Crespo & López, 2007).

El concepto de cuidador hace referencia a la persona que atiende, en primer lugar, las necesidades físicas y emocionales de una persona con cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Durán Quintal, 2015). Cuidar es una tarea que implica que el cuidador conozca las necesidades de la persona y sepa cómo satisfacerlas. De acuerdo con la naturaleza del problema, la labor de cuidar puede requerir desde una pequeña cantidad de trabajo hasta un gran esfuerzo, y se dice que mientras más grandes sean las tareas y más se prolonguen, existe una mayor probabilidad de que consuma más recursos y energías del cuidador (Crespo & López, 2007a).

Al cuestionar a los cuidadores principales acerca de sus motivaciones para llevar a cabo su labor, se encuentran respuestas que, en muchas ocasiones, se relacionan con el deber moral, la importancia de mantener el bienestar de la persona cuidada, el ponerse en el lugar del otro o la necesidad de evitar sentimientos de culpa que pudieran aparecer (Crespo & López, 2007b).

El proceso de convertirse en un cuidador primario, a diferencia de otro tipo de ocupaciones, no es dirigido por las metas del propio cuidador, sino por otras circunstancias en las que se encuentran tanto él como su familiar, por lo que tiende a ser un proceso largo con diferentes etapas, las cuales suelen tener características particulares (Crespo & López, 2007b).

La primera etapa es la Preparación y adquisición del rol, en ella se incrementa la comprensión del problema. Por lo general se relaciona con la aparición de la enfermedad, empeoramiento del estado de salud o la hospitalización, y puede aparecer de manera paulatina o brusca. La segunda etapa es la Promulgación o Actuación, en esta etapa los cuidados son sostenidos

y prolongados en el tiempo, se caracteriza por el cumplimiento del rol del cuidador con tareas que suelen ser progresivas, multidimensionales y complejas. También tienden a aparecer problemas en otras áreas. Por último, se encuentra la etapa del Abandono, la cual suele presentarse con el fallecimiento del familiar y en la que, contrariamente a las suposiciones, no representa un cese del estrés del cuidador, ya que existe en él un malestar emocional (Crespo & López, 2007). Estas fases, son las que a lo largo del tiempo que se asume el rol de cuidador, tienden a experimentarse, y todas presentan momentos de transición claves para la proliferación del estrés o, bien, para la adaptación. Estos momentos claves son el comienzo de la enfermedad, la institucionalización y el fallecimiento del familiar (Crespo & López, 2007b).

Características de los cuidadores. Se han realizado diversos estudios para conocer los datos sociodemográficos de los cuidadores primarios. Un ejemplo de ellos es el llevado a cabo en la ciudad de México, en el que se detectó que el género predominante en los cuidadores es el femenino, y que el estado civil que predomina es el soltero(a) (Compean, Silerio, Castillo & Parra, 2008). De igual manera se encontró que la mayoría cuenta con educación primaria y que, al igual que en otro estudio realizado en la ciudad de Bogotá, Colombia, las edades de los cuidadores oscilan entre los 41 y los 60 años. Ambos estudios reportaron que los cuidadores son principalmente mujeres, por lo general madres, esposas, hijas, abuelas y nueras del paciente (Torres & Pinilla, 2003).

Otro estudio hecho en India, con cuidadores primarios de personas con esquizofrenia, arrojó que 60% de los cuidadores eran mujeres y 40% hombres, y que de la población estudiada un 50% eran padres o madres de la persona con el padecimiento, lo que muestra coincidencias con estudios efectuados en Centroamérica (Mandal, Prakash & Sagar, 2014).

Implicaciones de cuidar. Las tareas de los cuidadores exigen esfuerzo, disciplina y amor por parte del que ofrece los servicios, pues son actividades muy variadas que van desde la vigilancia, acompañamiento para que todo esté bien, administración de medicamentos, prestación de cuidados de higiene y muchas otras más que varían según la condición de cada padecimiento (Crespo & López, 2007b).

Ser un cuidador primario y hacerse responsable de una persona con algún tipo de padecimiento, repercute en varios aspectos de la vida de quien tiene estas tareas (Crespo & López, 2007b). Se dice que aproximadamente 65% de las personas que cuidan a alguna persona enferma sufrirá cambios sustanciales en la mayoría de los aspectos de su vida, así como una disminución de la salud tanto física como psíquica, lo cual favorece el desarrollo de un cuadro de sobrecarga (Durán Quintal, 2015).

Repercusiones en el estado de salud. El estado físico de los cuidadores puede verse afectado debido al estrés causado por los cuidados, el cual puede traer problemas de insomnio, pérdida de apetito, dificultad para relajarse y llanto constante, además de que el manejo de una persona dependiente es una labor pesada que requiere de un gran esfuerzo (Mendoza Romo *et al.*, 2013).

Repercusiones en el aspecto emocional. Se cree que este aspecto es uno de los más afectados, ya que cuidar a una persona dependiente afecta la estabilidad psicológica. Los cuidadores suelen presentar elevados niveles de ansiedad y depresión, con frecuencia consumen psicofármacos y parecen vulnerables a un sinnúmero de problemas emocionales e inclusive a trastornos psicopatológicos (Crespo & López, 2007b). Asimismo, se produce en ellos un gran estrés, experimentan ansiedad, angustia y sentimientos fuertes como miedo a perder el control, a requerir de otros o a perder la dignidad, lo que trae consigo una disminución en el gusto por la vida y provoca en el cuidador un factor más hacia la depresión (Mendoza & Rodríguez, 2014). Hay estudios que indican que la calidad de vida es moderadamente baja en los cuidadores primarios y señalan que es necesario ocuparse de los cuidadores para incrementar esta calidad (Panigrahi, Kumar, Patel & V Chandrani, 2014).

Repercusiones en el aspecto social. El cuidado de un familiar requiere de mucha dedicación, lo que provoca que el cuidador tenga menos tiempo de ocio, menos tiempo para descansar del cuidado y le queda menos tiempo para dedicar a otros familiares, amigos e incluso para sí mismo. Todo esto desencadena sentimientos de soledad, estrés, falta de control y un estado de ánimo bajo, sentimientos muy comunes en la depresión (Instituto Provincial de Bienestar Social, 2009). Otro factor que produce un efecto negativo en el ámbito social es la segregación de la familia debido al estigma, pues esta propicia que se rompan

las principales redes de apoyo, además puede aumentar la vulnerabilidad del familiar a padecer un trastorno mental menor, como trastorno de ansiedad o depresión (Cruz-Ortiz, *et al.*, 2013).

Se han llevado a cabo estudios con cuidadores primarios de personas con diferentes padecimientos, a lo largo de todo el mundo. En un estudio acerca de la sobrecarga en dicha población, se encontró que alrededor del 40% muestra una sobrecarga intensa, mientras que otro 60% presenta sobrecarga moderada (Mandal *et al.*, 2014). En 2012, en Yucatán hizo una investigación con cuidadores primarios, en ella se encontró que 56% presentaba sobrecarga leve y 25% presentaba sobrecarga intensa. La muestra estuvo compuesta principalmente de mujeres (Pérez Espadas, 2011).

Esquizofrenia

El CIE-10 (2003) denomina a la esquizofrenia como un conjunto de trastornos mentales, caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las padecen y también la de sus familiares y amigos. Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-V, 2013) define tanto a la esquizofrenia como a otros trastornos psicóticos como anormalidades en cualquiera de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, movimientos desorganizados, catatonia o síntomas negativos. Dicho Manual establece para la esquizofrenia una serie de criterios diagnósticos (tabla 1) como síntomas obligatorios: los delirios, las alucinaciones o el pensamiento desorganizado (Royal College of Psychiatrists, 2009).

1. Delirios. Se mantienen creencias que no solo no son ciertas, sino que pueden parecer incluso bastante extrañas. Si intentas discutir estas creencias, encontrarás que el que las tiene las mantendrá a pesar de que exista mucha evidencia en su contra.
2. Alucinaciones. Las alucinaciones consisten en ver, oír, oler o sentir algo que no está presente. Por ejemplo, la alucinación más común que la gente

experimenta es la de oír voces. Estas voces parecen absolutamente reales, pueden asustar y hacer creer a quien las escucha que alguien le está observando, escuchando o molestando.

3. Trastorno del pensamiento. Dificultad para pensar con claridad. Las personas con este síntoma son difíciles de entender ya que sus frases parecen no tener sentido. Pueden saltar de una idea a otra, perdiendo el tema del que están intentando hablar.

Tabla 1
Criterios Diagnósticos de la Esquizofrenia (DSM-V)

Criterios de Esquizofrenia:

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
 1. Delirios
 2. Alucinaciones
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente)
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno Esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) No se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

De igual manera, dentro de este trastorno pueden encontrarse síntomas negativos; son los síntomas asociados con la interrupción del comportamiento normal y las emociones del paciente. Son síntomas difíciles de reconocer y por su naturaleza suelen ser confundidos con depresión, pereza, apatía, etc. Estos síntomas incluyen afectividad aplanada (la persona no mueve el rostro o habla con una voz desanimada y monótona), falta de satisfacción en la vida diaria, falta de habilidad para iniciar y mantener actividades planificadas y falta de comunicación, incluso cuando la persona se ve forzada a interactuar (Instituto Nacional de Salud Mental, [INSM], 2011).

La esquizofrenia es una enfermedad grave, caracterizada por distorsiones en los procesos de percepción, procesos de pensamiento y alteraciones en la afectividad de la persona que la padece. Esta enfermedad afecta más o menos por igual a hombres y a mujeres, tiene inicio en la adolescencia o principios de edad adulta y sigue un curso clínico variable con una recuperación sintomática y social en un tercio de los casos (OMS, 2001).

Tratamiento de la esquizofrenia. Al no tenerse una causa exacta de esta enfermedad, su tratamiento tiende a dirigirse a eliminar los síntomas que aparecen en ella. Actualmente los medicamentos antipsicóticos son el tratamiento principal (INSM, 2011). Sin embargo, este debe complementarse con servicios médicos, psicoterapéuticos, rehabilitadores y familiares. El abordaje de la esquizofrenia con una amplia variedad de recursos es de gran importancia, ya que a pesar de que la medicación antipsicótica es el acto terapéutico básico, ninguno de los recursos por sí mismo será considerado como una respuesta suficiente. Se ha observado que la atención a los problemas psicológicos, la autoestima, la educación para la adherencia al tratamiento y la orientación para la convivencia, junto con el tratamiento farmacológico, traen a los pacientes muchos beneficios (Rebolledo & Lobato, 2005).

Antipsicóticos. Los antipsicóticos son fármacos que tienen la propiedad de influir en los efectos de los neurotransmisores, los cuales son sustancias químicas que se encuentran en el cerebro y median la relación que hay entre las neuronas. Estos medicamentos bloquean los receptores de dopamina para reducir la sobreestimulación y eliminar de esta manera síntomas como alucinaciones y delirios (Rebolledo & Lobato, 2005).

Los antipsicóticos tienen tres presentaciones: en tabletas, líquida o en inyecciones que se aplican una o dos veces por mes. Al inicio del consumo, las alucinaciones suelen desaparecer a los pocos días, mientras que los delirios pueden tardar en desaparecer de una a dos semanas. Por otro lado, si se dejan de consumir o se toman esporádicamente, aparecen recaídas (INSM, 2011). En la actualidad existen muchos antipsicóticos, pues el tratamiento de la esquizofrenia es un gran negocio para los laboratorios, quienes obtienen cada año ganancias millonarias. Dentro de los utilizados se encuentran la Quetiapina, Olanzapina, y Risperidona (Torrey, 2013). Así como Clorpromazina, Haloperidol, Perfenazina y Flufenazina (INSM, 2011).

Es importante subrayar que muchos medicamentos antipsicóticos pueden traer consigo una serie de efectos secundarios que, por lo general, desaparecen al poco tiempo y pueden ser tratados con éxito. Con frecuencia aparecen mareos, somnolencia, taquicardia, temblores y rigidez muscular. Además de aumento de peso considerable y mayor riesgo de padecimientos como diabetes o colesterol (INSM, 2011), debido a que propician aumento de glucosa en la sangre.

Programas Psicoeducativos. Uno de los factores que dificultan la mejoría es que es muy común en estos pacientes el desconocimiento de la enfermedad, lo que incrementa la dificultad de adherencia al tratamiento y aumentan los índices de recaída (DSM-V). Por lo que las actividades psicoeducativas son un aspecto importante en el tratamiento de esta enfermedad, pues hay actividades orientadas a informar y promover el conocimiento de la enfermedad tanto en los que la padecen como en sus familiares, teniendo como principal objetivo la adherencia al tratamiento y el desarrollo de actitudes que prevengan las recaídas (Rebolledo & Lobato, 2005).

Psicoterapia. La terapia cognitivo conductual es un tipo de terapia que se centra en el pensamiento y en la conducta (INSM, 2011). Se plantea como una intervención prometedora que le brinda al terapeuta un modelo para entender al paciente con esquizofrenia y su manera de enfrentarse al mundo. Asimismo, funciona como una herramienta diferente al tratamiento farmacológico que potencia los resultados positivos (Muñoz & Ruiz, 2007).

Apoyo familiar. Hay constancia de que integrar a la familia al equipo multidisciplinario de tratamiento es un factor clave en la rehabilitación de las personas con esta enfermedad. Los cuidadores de personas con esquizofrenia funcionan como un agente terapéutico y son una fuente fundamental de apoyo práctico y emocional para quienes tienen este padecimiento, ya que de su atención y cuidado depende en muchas ocasiones la evolución de la enfermedad, como el número de recaídas, ingresos, estabilizaciones y mejoras (Ribé, 2014).

Curso y Pronóstico de la esquizofrenia

El curso y pronóstico de la enfermedad varía de persona a persona, pues hay reportes de casos en los que si las personas son tratadas de manera precoz —al inicio de la enfermedad—, pueden tener una vida normal; y por otro lado, se reportan casos en los que la enfermedad ha tenido un impacto más devastador, lo que ocasiona que se requieran todos los recursos del sistema para alcanzar la normalización (Rebolledo & Lobato, 2005). Aproximadamente una tercera parte de los casos consigue una recuperación sintomática y social total; sin embargo, el paciente puede tener una evolución crónica o recurrente, con síntomas residuales y una recuperación social incompleta (OMS, 2001).

El pronóstico de la enfermedad a los 10 años del diagnóstico muestra que 25% de la población se recupera totalmente, esto ocurre en los dos primeros años de la enfermedad, con no más de dos episodios discretos. Otro 25% de la población mejora bastante; dentro de este grupo se encuentran los pacientes que responden de forma positiva a los medicamentos antipsicóticos y se mantienen en buenas condiciones mientras los toman. Este grupo puede vivir relativamente independiente, hacer vida social y es posible que puedan trabajar ya sea de tiempo parcial o completo (Torrey, 2013).

Por otro lado, 25% presenta una escasa mejoría, se trata de pacientes que no responden bien a los medicamentos, con frecuencia presentan síntomas negativos y tienen historial de desajuste. Estas personas requieren de una inmensa red de apoyo para llevar una vida satisfactoria.

Un 15% de la población total no presenta mejora, para estos pacientes resistentes a los medicamentos, lo único que se les puede ofrecer es apoyo y cariño. El último 10% de la población es el grupo de personas que mueren, en su mayoría por suicidio.

Sin embargo, estas estadísticas cambian a los 30 años del diagnóstico, pues 25% de la población se recupera completamente, 35% mejora considerablemente, 15% presenta una escasa mejoría, 10% permanece hospitalizado y 15% muere, principalmente por suicidio (Torrey, 2013).

Problemas asociados a la esquizofrenia

El padecimiento de esta enfermedad mental trae consigo ciertos problemas que vale la pena mencionar, debido a que son muy comunes y persistentes. Estos son consumo de drogas legales e ilegales, embarazo, sida, falta de adherencia al tratamiento, conducta agresiva, problemas con la justicia y suicidio.

Falta de adherencia al tratamiento. La falta de adherencia al tratamiento es un problema en muchas enfermedades como diabetes o hipertensión; sin embargo, parece ser un problema más grande en la esquizofrenia. Hay razones por las que las personas no logran adherirse al tratamiento, la primera de ellas es anosagnosia, o no saber que están enfermos, tiene un origen biológico y se debe al daño en el lóbulo frontal. La segunda es la negación, que suele ser temporal y, a diferencia de la anosagnosia, tiene un origen psicológico. Otras razones son los efectos secundarios que les producen, la mala relación con el doctor, los propios delirios y confusión o pensamiento desorganizado (Torrey, 2013).

Consumo de tabaco. Estudios demuestran que entre 80% y 90% de las personas con esquizofrenia fuman. La nicotina reduce la ansiedad e incrementa la relajación, por lo que se cree que los pacientes con este padecimiento la usan como automedicación, además se ha demostrado que se reducen los temblores que pueden aparecer como efectos secundarios de algunos medicamentos, pero el cese repentino del consumo de tabaco agudiza los síntomas de la esquizofrenia. Uno de los efectos de la nicotina es que disminuye la concentración de los antipsicóticos en la sangre y facilita su excreción a través de los riñones.

Algunos medicamentos como Clozapina, Olanzapina y Asenapina, son un caso especial debido a que se metabolizan en el hígado mediante una enzima que también se activa con el tabaquismo, lo que hace que las concentraciones de estos medicamentos en la sangre se reduzcan en un 40%, lo que hace que se requiera una mayor cantidad de fármacos (Torrey, 2013).

Consumo de alcohol y drogas. Muchas razones llevan a las personas con esquizofrenia a consumir alcohol y otras sustancias; una muy importante es que les ofrece algo que hacer y un espacio de socialización a personas que no conviven con muchas personas y que generalmente se encuentran aburridos. Otra razón es que los hace sentir bien y reducen la ansiedad.

Además de las consecuencias que le acarrea a cualquier otra persona, en quienes padecen esquizofrenia el consumo de estas sustancias incrementa los síntomas, la conducta violenta, las crisis y favorece que no se consuma el medicamento.

En las personas que consumen alcohol y otras sustancias, el tratamiento para esquizofrenia no suele tener resultados. La falta de adherencia al tratamiento suele ser una fuente de frustración constante para la familia y resulta cara para los servicios públicos de salud (Torrey, 2013).

Suicidio. El suicidio es el principal contribuyente al alto porcentaje de muertes de personas con esquizofrenia. Las personas con esta enfermedad tienen de 5 a 10 veces más probabilidades de cometerlo que cualquier individuo de la población en general, se cree que se debe a la frecuencia de depresión en las personas con esquizofrenia. El suicidio suele cometerse en los primeros 10 años de la enfermedad, se da mayormente en hombres y en episodios de remisión, justo después de una crisis. De igual forma, se habla de suicidios accidentales durante estados de psicosis, por lo general a causa de delirios. El estado de alerta de quienes rodean al individuo, en especial cuando tiene depresión o acaba de salir de una crisis, podría ser fundamental para prevenir el suicidio y disminuir estas tasas (Torrey, 2013).

Sobrecarga en Cuidadores del paciente con esquizofrenia

Los estudios realizados en los últimos años sobre los responsables de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia reportan que los miembros de la familia son, en la mayoría de los casos, los que ocupan el papel de cuidador informal (Torres & Pinilla, 2003). Al igual que las familias en general, las que tienen a una persona con alguna enfermedad mental son un grupo muy diverso, pues encontramos familias de diferentes clases sociales, religiones, tipos de educación, etc. Y cada una de ellas valorará y afrontará la enfermedad mental de diferente manera, con necesidades y experiencias únicas (NIMI, 2012).

La esquizofrenia encabeza la lista de enfermedades mentales que causan sobrecarga en los miembros de la familia, pues provoca inevitablemente un impacto en todos sus integrantes (Mandal *et al.*, 2014). El rol de cuidador de una persona con algún tipo de enfermedad mental suele requerir de una preparación especial de la que carecen los familiares (Torres & Pinilla, 2003); sin embargo, estos llevan a cabo dichas actividades motivados por la solidaridad hacia el enfermo, pese a que en la mayoría de las ocasiones cuentan con poca información acerca de la enfermedad, lo que provoca que la capacidad de ayudar efectivamente al paciente disminuya y se generen problemas (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986).

De igual forma, es común observar que los cuidadores tomen las demandas del paciente como demasiado exigentes o como una agresión, lo que hace que el proceso se vuelva una carga (Mendoza Romo *et al.*, 2013). En un estudio (Algora, 2007) se evaluaron los niveles de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia y se encontró que 20% de los participantes tenía un nivel medio de sobrecarga mientras que 50% de los mismos presentaba un nivel elevado. De igual forma, otro estudio (Leal, Sales, Ibáñez, Giner, & Leal, 2008) arrojó que 91.1% de la muestra presentaba algún nivel de sobrecarga. Finalmente, otro estudio encontró que solamente 21% de la muestra tenía sobrecarga leve y 11% sobrecarga intensa (Ribé, 2014).

Los cuidadores primarios de personas presentan también, un alto riesgo de padecer otros problemas de salud mental como ansiedad o depresión. Un estudio arrojó que los cuidadores de personas con esquizofrenia tenían porcentajes altos de síntomas depresivos y que la mayoría de ellos cumplió los criterios diagnósticos de depresión del DSM IV. Asimismo, indicó que los predictores más consistentes de depresión fueron la sobrecarga y el estigma percibido (El-Tantawy, Raya & Kamal, 2010).

Factores que influyen en la sobrecarga del cuidador. Cada familia tiene maneras diferentes de comportarse ante el diagnóstico de esquizofrenia, pues consideran la enfermedad como algo temporal o como algo permanente, pueden tener diferentes concepciones de la misma, o pueden ver el suceso como un reto (NIMI, 2012). Sin embargo, se ha observado que existen algunos factores que influyen en los niveles de sobrecarga de los cuidadores primarios. Dentro de los más estudiados se encuentran las características propias del paciente, las respuestas emocionales de los cuidadores y el estigma.

Características del paciente con esquizofrenia. Los niveles de sobrecarga también se han relacionado con variables del propio paciente, por ejemplo, en un estudio se encontró que a mayor edad de aparición de la enfermedad, menor era la carga del familiar, que a medida que pasan los años con la enfermedad, la carga del cuidador disminuye y que existe una mayor sobrecarga en cuidadores mujeres que en hombres (Ribé, 2014).

Respuestas emocionales de la familia y entorno social. Otro de los factores que influyen en la sobrecarga son las emociones y sentimientos de los cuidadores, pues se ha observado que algunas respuestas emocionales, como la angustia y el miedo, se relacionan con el incremento de la sobrecarga en los cuidadores primarios (Anderson et al., 1986). Sin embargo, al ser una enfermedad que afecta a toda la familia, es común que también se encuentren estas emociones en otros miembros un poco más distantes, como los niños, los sobrinos o hermanos (Torrey, 2013).

El primero de estos sentimientos es el miedo, este puede aparecer incluso antes del diagnóstico, pues en el familiar se producen cambios tanto cognitivos como de comportamiento (Anderson *et al.*, 1986). Asimismo, existe un miedo de padecer la enfermedad, más común en familiares distantes. Otra respuesta común es la vergüenza, pues los miembros de la familia se pueden sentir profundamente apenados por los comportamientos psicóticos, siendo una de las reacciones más comunes alejarse lo más posible. Otras respuestas pueden ser celos, enojo o resentimiento, ya que los pacientes con esquizofrenia suelen demandar mucho tiempo y energía de la familia, dejando muy poca para los demás integrantes. El enojo tiende a aparecer muy ligado a los problemas económicos, ya que en muchas familias tienen que hacerse sacrificios para poder pagar los tratamientos (Torrey, 2013).

La depresión y la culpa también aparecen, especialmente porque con la enfermedad, algunos miembros de la familia pierden una relación importante. Existe la sensación de que se convive con alguien que no es la persona querida, a pesar de que se vea como ella. En los hermanos es frecuente encontrar una presión por destacar y de esta forma compensar a la familia, tratando de ser lo mejor posible (Torrey, 2013).

Estigma Social. El estigma social y cultural que tienen que afrontar es otro de los factores que incrementa la carga de estos cuidadores (Caqueo-Urízara, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García & Darrigrande-Molina, 2012). Desgraciadamente, las enfermedades mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, por lo que el simple hecho de tener un diagnóstico de este tipo representa una lucha constante en contra de las ideas adoptadas por la sociedad (Anderson *et al.*, 1986).

Una de las razones principales por las que es complicado lidiar con la esquizofrenia es porque las personas no comprenden la enfermedad.

Cuando la sociedad ve a alguien con un problema físico o discapacidad, ofrece apoyo por todos lados y las personas que las padecen sienten que los familiares, amigos y la sociedad en general participan para hacer su vida mejor; en cambio, una persona con esquizofrenia es completamente incomprendida, ya que se ve como sana y fuerte, por lo que lo ignoran o desean que se vaya (Torrey, 2013).

Las investigaciones sobre el estigma en enfermedades mentales, muestran que en las sociedades occidentales los estereotipos incluyen información relacionada con su peligrosidad, su relación con actos violentos, su responsabilidad sobre el padecimiento, debilidad de carácter, incapacidad para algunas tareas, carácter impredecible y falta de control, lo que ocasiona en la sociedad sensaciones de temor, desconfianza y miedo, que traen consigo diversas formas de discriminación, complicándoles a los que padecen esta enfermedad el acceso a un trabajo, una vida independiente y las relaciones sociales o de pareja (Muñoz, Pérez, Crespo & Guillén, 2009).

Es muy común encontrar en familiares de personas con enfermedad mental el autoestigma, que es el tipo de estigma que aparece cuando se interiorizan los mensajes transmitidos por los miembros de la sociedad, lo que suele generar sentimientos de culpa, vergüenza y negación de la enfermedad, lo que los lleva al aislamiento. Las conductas estigmatizantes, en general, ponen a las personas con enfermedad mental y a sus familiares en situaciones de exclusión, que les dificultan la integración social y que pueden asociarse con otros comportamientos riesgosos como la conducta autoexcluyente, los problemas cognitivos, conductas autopunitivas, entre otras (Muñoz *et al.*, 2009).

Necesidades de los cuidadores. Las familias funcionan como un agente terapéutico más, pero a pesar de esto, muchas son dejadas a su suerte para afrontar la enfermedad, lo que genera un desgaste que aparece en forma de sobrecarga del cuidador y una menor eficiencia para tratar con quien padece la enfermedad (Ribé, 2014). Los cuidadores requieren apoyos variados, dirigidos a resolver diferentes necesidades, como lo son el apoyo físico, el apoyo emocional (orientación, atención, apoyo emocional), el apoyo social y el apoyo económico, mismos que demuestran haber tenido mucho éxito en el tratamiento de trastornos mentales (Cruz-Ortiz *et al.*, 2013).

Programas psicoeducativos para familiares.

Los programas psicoeducativos son de gran importancia, puesto que el estrés de los miembros de la familia y la necesidad de asumir el cuidado suele provocar tensiones entre los familiares y el paciente (Navarro, García-Heras, Carrasco & Casas, 2008). No es raro ver surgir conflictos conyugales entre los padres, actuaciones entre los hermanos, depresión o síntomas físicos en toda la familia (Anderson *et al.*, 1986). Por eso diversos estudios sugieren este tipo de intervenciones para reducir el estrés, la carga familiar y estimular el aprendizaje de habilidades de resolución de problemas que permitan manejar las situaciones de la vida diaria (Navarro *et al.*, 2008). Así como mejorar la comunicación y brindar estrategias a la familia para la resolución de problemas (Cruz-Ortiz *et al.*, 2013).

Grupos de autoayuda. Este tipo de intervención se encuentra dirigida a ofrecer apoyo, protección, consejos y acompañamiento a los cuidadores de personas con algún tipo de enfermedad mental durante el proceso de ajuste a su problemática. En estos grupos, los cuidadores suelen sentirse comprendidos y apoyados, especialmente porque tienen la oportunidad de convivir con personas con problemas comunes, logrando así empatía entre los participantes para que puedan discutir sus preocupaciones, dificultades y sentimientos respecto al cuidado de su paciente. Además, se brindan estrategias e información que les han sido útiles a otros miembros del grupo (Crespo & López, 2007a).

Método

Objetivos

- Obtener información sociodemográfica de los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia que conformen la muestra.
- Evaluar los niveles de sobrecarga y depresión de los cuidadores primarios que participen en el estudio.

- Elaborar un perfil clínico y sociodemográfico de los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de Yucatán.

Pregunta(s) y variables de investigación

¿Cuáles son los niveles de sobrecarga de los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia?

¿Cuáles son los niveles de depresión de los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia?

Las variables de la investigación fueron sobrecarga, depresión y características de los cuidadores, las cuales se definen a continuación:

Sobrecarga. Conceptualmente se considerará como la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio, relacionadas con su rol como cuidador y con los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas (Zarit, Reever & Bach-Peterson, como se citó en Alpuche *et al.*, 2008). Operacionalmente se tomarán en cuenta las puntuaciones iguales o mayores a 47 en la Escala del Cuidador (CBI). Esta es una variable dependiente, activa, continua y politómica.

Depresión. Conceptualmente, la depresión es definida por el DSM V (2013) como un trastorno mental caracterizado por sentimiento de tristeza, irritabilidad, sensación de vacío y cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad de funcionamiento de quien la padece. Operacionalmente serán indicadores de depresión las puntuaciones iguales o mayores a 18 puntos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Esta es una variable dependiente, activa, continua y politómica.

Características de los cuidadores. Conceptualmente se definen como las cualidades que dan carácter o distinguen a alguien de sus semejantes (Real Academia Española, 2001). Operacionalmente se tomarán en cuenta las respuestas a los reactivos de edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, tiempo que lleva cuidando al paciente, horas de cuidado diario y otros puntos contenidos dentro de la entrevista para cuidadores, ya que a lo largo de la

literatura se ha demostrado que esta información suele ser de gran utilidad para programas posteriores (Crespo & López, 2007b). También se tomarán en cuenta las respuestas a los reactivos relacionados con el padecimiento de su familiar, como el tiempo que llevan cuidando a un paciente con esquizofrenia, conocimiento del trastorno, actividades que implica ser un cuidador, etc. Esta es una variable dependiente, atributiva, categórica y politómica.

Participantes y tipo de estudio

La muestra estuvo conformada por 24 cuidadores primarios de personas con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de Yucatán que accedieron a participar en el estudio. La selección de la muestra fue no probabilística de tipo intencional (Monje, 2011).

La investigación fue un estudio de carácter cuantitativo de tipo descriptivo, ya que se buscaba obtener información con respecto a una variable determinada. Se trató de un estudio no experimental, básico de acuerdo con su utilidad y transversal en cuanto a temporalidad.

Instrumentos y materiales

Entrevista para cuidadores. Entrevista semiestructurada, diseñada para obtener información de los cuidadores primarios y de su relación con el paciente esquizofrénico. Consta de 25 puntos a abordar y tiene una duración aproximada de 25 minutos.

Escala de carga del cuidador. Escala elaborada por Zarit en 1980 la cual se compone de 22 ítems que miden la carga percibida por el cuidador, a través una escala Likert, en la que el entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado con las afirmaciones que se le presentan. Este instrumento arroja un índice único de la carga con un rango de puntuación de 0-88. Esta escala se encuentra validada en población mexicana con una confiabilidad de .90 (Alpuche *et al.*, 2008).

Inventario de Depresión de Beck. El Inventario de Depresión de Beck es un autoinforme estandarizado en población mexicana ($\alpha = .87$), conformado por 21 ítems, los cuales refieren a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes van de 0 a 63, siendo

63 el más alto (Jurado, como se citó en Beltrán, Freyre & Hernández-Guzmán, 2011).

Resultados

Características sociodemográficas del paciente

Se identificaron 23 pacientes, de los cuales 15 eran hombres y 8 mujeres, todos ellos diagnosticados con esquizofrenia. La media de edad general, al igual que la de los hombres, era de 39 años, mientras que la media de edad de mujeres fue de 41 años. El grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 31 a 40 años, con un 34.8% del total (ver figura 3).

En cuanto a la edad de aparición del trastorno, el grupo mayoritario fue el de 15 a 20 años con 43.5%, seguido del grupo de edad de 21 a 30 años con un 39.1%. Con respecto al tiempo de diagnóstico, se encontró que a la mayoría de estos pacientes se le realizó entre 11 y 20 años atrás (43.5%), mientras que al 30.2% de la muestra se le realizó hace menos de 10 años. De igual manera, se encontró que 62.5% de los pacientes no cuentan con ninguna ocupación, y solamente 12.5% del total tiene un empleo (tabla 2).

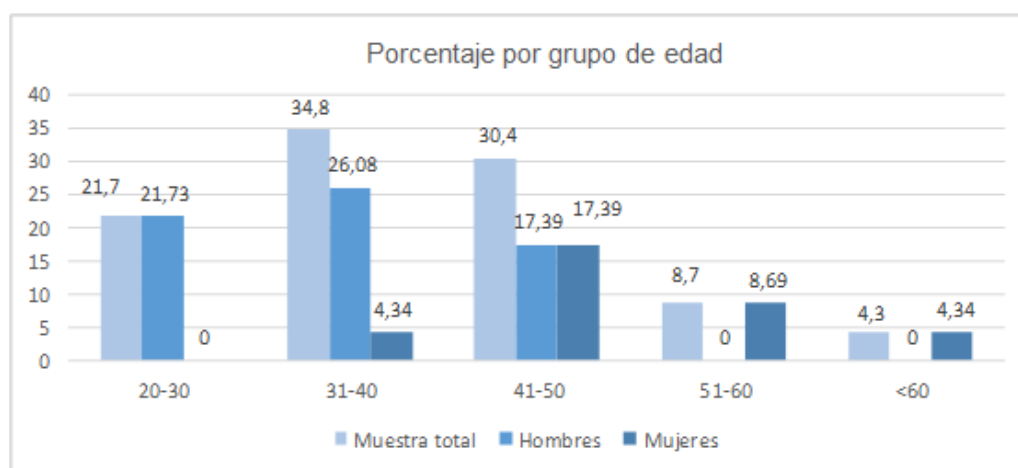


Figura 3. Frecuencia por grupo de edad en pacientes con esquizofrenia.

Tabla 2
Edad de aparición de enfermedad, tiempo de diagnóstico y ocupación de pacientes con esquizofrenia

Variables	N	%	X
<i>Edad de aparición de enfermedad</i>			24.56
15-20	10	43.5	
21-30	9	39.1	
31-40	2	8.7	
41-50	2	8.7	
<i>Años transcurridos desde diagnóstico</i>			14.56
0-10	7	30.4	
11-20	10	43.5	
21-30	6	26.1	
<i>Ocupación</i>			
Actividades temporales	5	20.8	
Ninguna	15	62.5	
Obrero /Albañil	2	8.3	
Vigilante	1	4.2	

Se encontró que los principales síntomas de los pacientes fueron los delirios —13 pacientes (59.1%) los presentaron—, seguidos de alucinaciones (57.1%) y de conducta agresiva (47.6%). Los síntomas negativos solo se presentaron en tres personas (14.3%) (figura 4).

Respecto al tratamiento, se halló que la mayor parte de los pacientes utilizan únicamente el tratamiento farmacológico (66.7%); un 27.2% el farmacológico con ámpulas y solamente 4.2% no llevaba ningún tratamiento al momento de participar en el estudio. Asimismo, se observó que la mayoría de los cuidadores (45.8%) reportó haber observado bastante mejoría en su paciente, mientras que otro gran porcentaje (20.8%) no percibió mejoría alguna (figura 5).

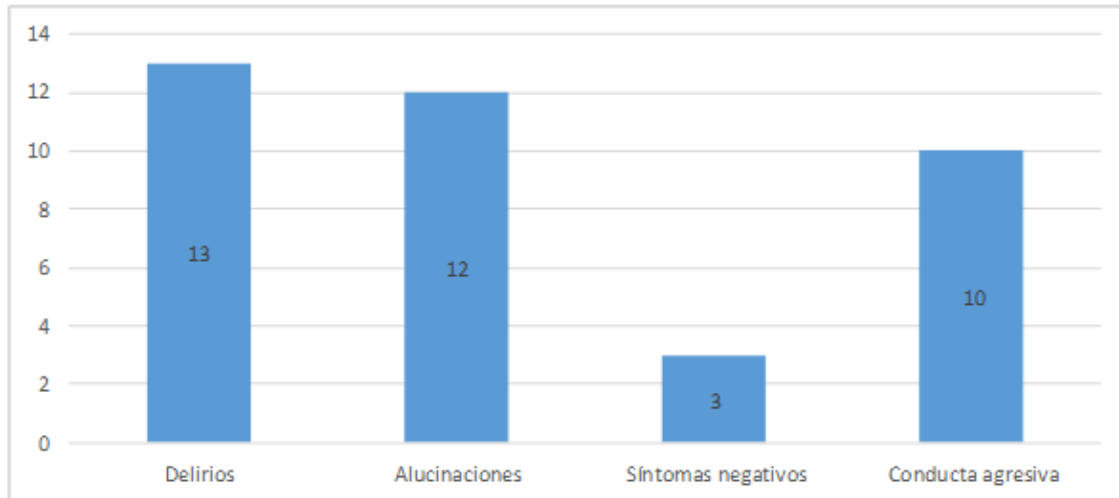


Figura 4. Síntomas de los pacientes con esquizofrenia.

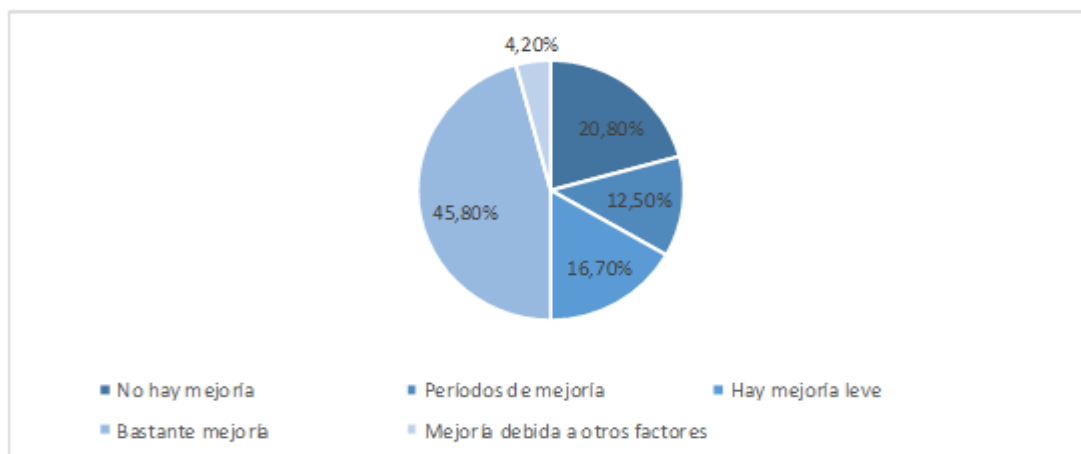


Figura 5. Grado de mejoría que los cuidadores observan en los pacientes con esquizofrenia.

Características sociodemográficas de los cuidadores

La muestra de cuidadores, objetivo principal de esta investigación, estuvo representada por 24 cuidadores primarios de personas con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de Yucatán, de los cuales 20 fueron mujeres y 4 fueron hombres, con una edad media de 56 años. De estos cuidadores que formaron la

muestra, solamente 29.2% habita en la ciudad de Mérida, y 66.55% en zonas rurales del interior del estado, o bien de la península de Yucatán (tabla 3).

Tabla 3

Características sociodemográficas de cuidadores de pacientes con esquizofrenia

Variables	N	%
<i>Edad</i>		
30-45	5	20.83
46-60	11	45.83
61-75	8	33.33
<i>Ciudad</i>		
Mérida	7	29.2
Interior del estado	16	66.55
Interior de la península	1	4.16
<i>Escolaridad</i>		
Sin Escolaridad	10	41.7
Primaria	6	25.0
Secundaria	4	16.7
Preparatoria	2	8.3
Carrera comercial o trunca	2	8.3
<i>Ocupación</i>		
Albañil	1	4.2
Ama de Casa	13	54.2
Campesino	1	4.2
Comerciante	3	12.5
Jubilado o pensionado	2	8.3
Servicio Doméstico	4	16.7
<i>Edo. Civil</i>		
Soltero	4	16.7
Casado o Unión libre	17	70.8
Divorciado o Separado	2	8.3
Viudo	1	4.2
<i>Parentesco</i>		
Madre	15	62.5
Padre	2	8.3
Hermana (o)	7	29.2
<i>No. De Hijos</i>		
0	5	20.83
1-3	9	37.5
4-6	6	25.0
7-9	4	16.7

Como se puede observar, la mayor parte de los cuidadores vive en el interior del estado (66.55%), son personas sin escolaridad (41.7%), son amas de casa (54.2%), están casadas o en unión libre (70.8%), son la madre del paciente esquizofrénico, y tienen entre 1 y 3 hijos (37.5%).

De igual manera, se encontró que la mayoría de los cuidadores (79.2%) padece de alguna enfermedad crónica, siendo la más común la hipertensión (45.8%), seguida por diabetes y problemas en la columna con 8.3% cada una (figura 6). Únicamente dos (8.3%) reportó utilizar algún psicofármaco.

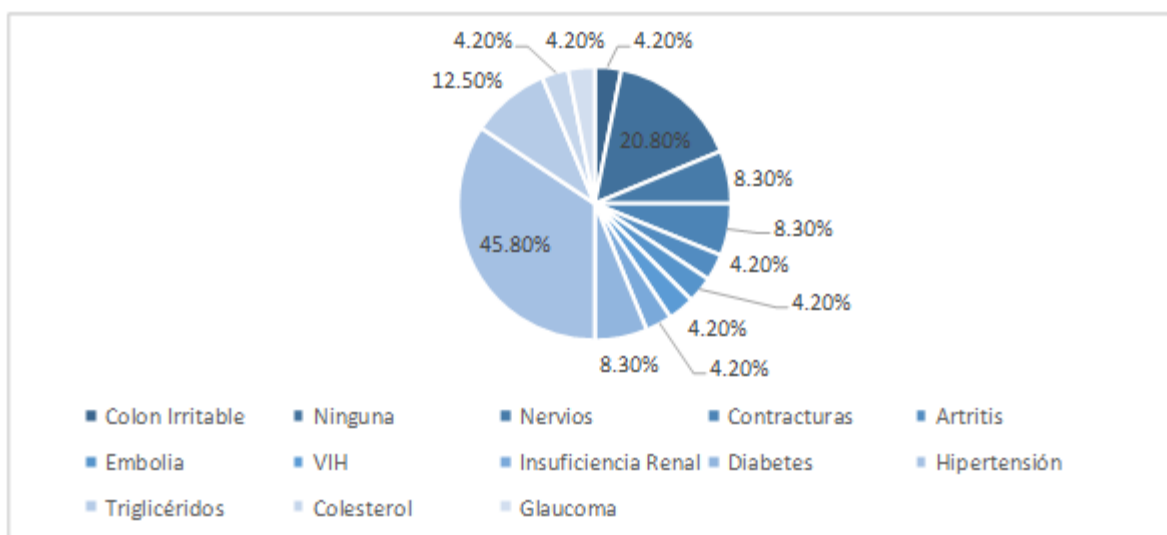


Figura 6. Porcentaje de enfermedades crónicas o degenerativas en cuidadores.

El cuanto el tiempo que llevan como cuidadores, se encontró que el grupo principal es el de 1 a 10 años (47.8%), seguido del grupo de 10 a 20 años con un 43.5% y, finalmente, el grupo de 21 a 30 años, con 8.7%. La gran mayoría de los cuidadores (95.5%) señala que se dedica a cuidar a su paciente los siete días de la semana; solo una persona (4.5%) refiere que se hace cargo de él por menos tiempo. De igual manera, se encontró que los cuidadores, en su mayoría (86.4%), dedican las 24 horas del día a los cuidados de su paciente, mientras que el resto (13.6%) ocupa 12 horas.

Dentro de las actividades que implica cuidar se encontró que las más frecuentes fueron: estar al pendiente de los medicamentos (52.40%) y cuidar o vigilar al paciente (47.60%). Asimismo, se encontraron frecuencias importantes

en otras actividades como acudir y ser responsable de las citas del hospital y realizar las labores de la casa (23.80%). (figura 7).

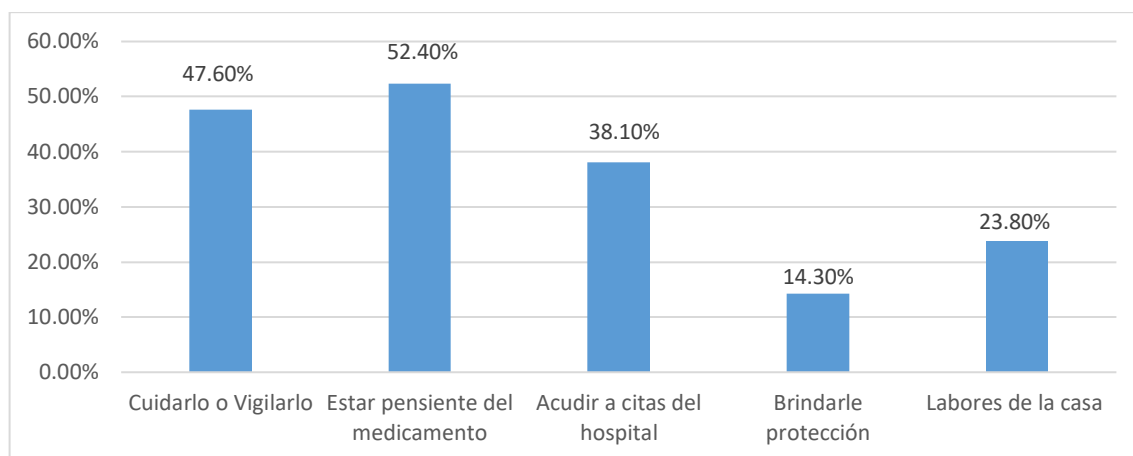


Figura 7. Actividades que implican cuidar a un paciente con esquizofrenia.

Referente a las actividades recreativas que realizan, 41.7% indicó que no tienen ninguna actividad recreativa. Dentro de las más comunes se encontraron asistir a grupos religiosos o visitar a familiares (figura 8).

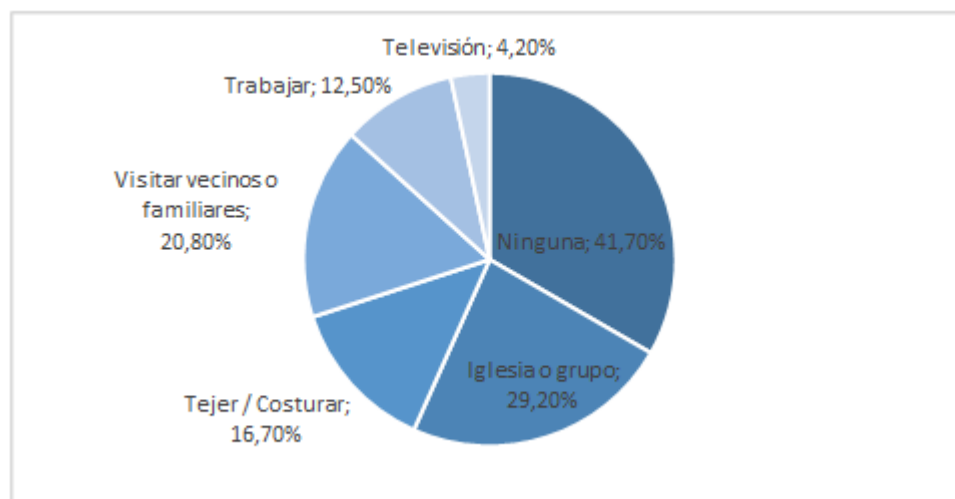


Figura 8. Actividades recreativas de los cuidadores primarios.

Niveles de sobrecarga en cuidadores de pacientes con esquizofrenia

Al efectuar el análisis de los niveles de sobrecarga arrojados por la escala de Zarit, se encontró que 62.5% (15) de los cuidadores no presenta sobrecarga, únicamente 37.5% (9) padecen algún tipo de sobrecarga, ya sea leve (20.8%) o sobrecarga intensa (16.7). De igual manera, se encontró que, del grupo que padece sobrecarga intensa, 75% eran mujeres y 25% hombres. Por otro lado, el grupo con sobrecarga leve era exclusivamente de mujeres (figura 9).

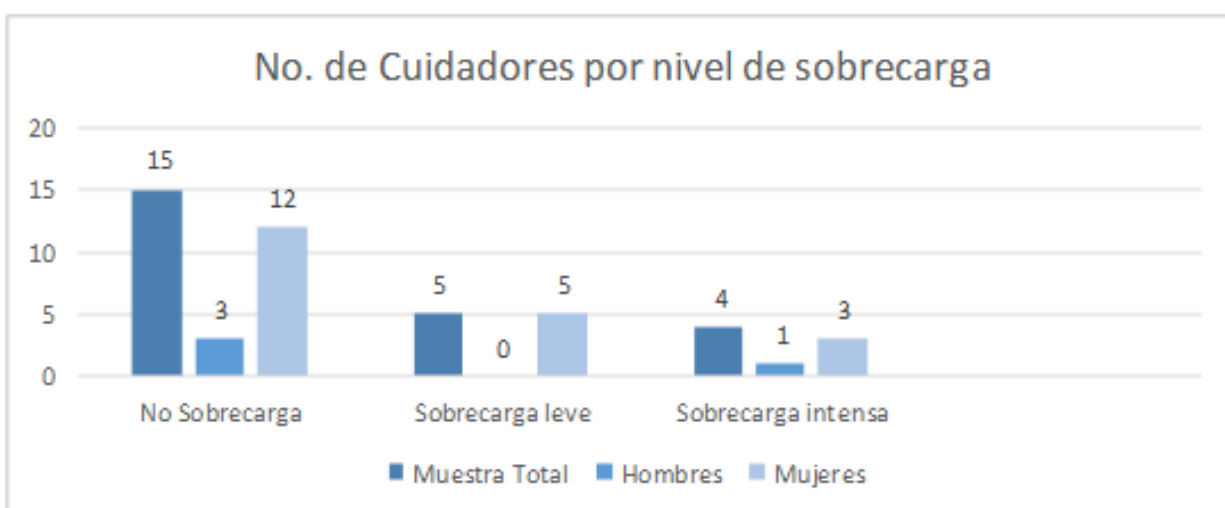


Figura 9. Número y sexo de cuidadores en cada grupo de niveles de sobrecarga.

Niveles de depresión en cuidadores de pacientes con esquizofrenia

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck, se encontró que 26.1% (6) presenta Posible negación de la depresión; 43.5% (10), Altibajos considerados normales; 21.7% (5), Depresión leve a moderada y solo 8.7% (2) Depresión moderada a severa. Asimismo, se encontró que el grupo de Depresión leve a moderada en su mayoría eran hombres (figura 10).

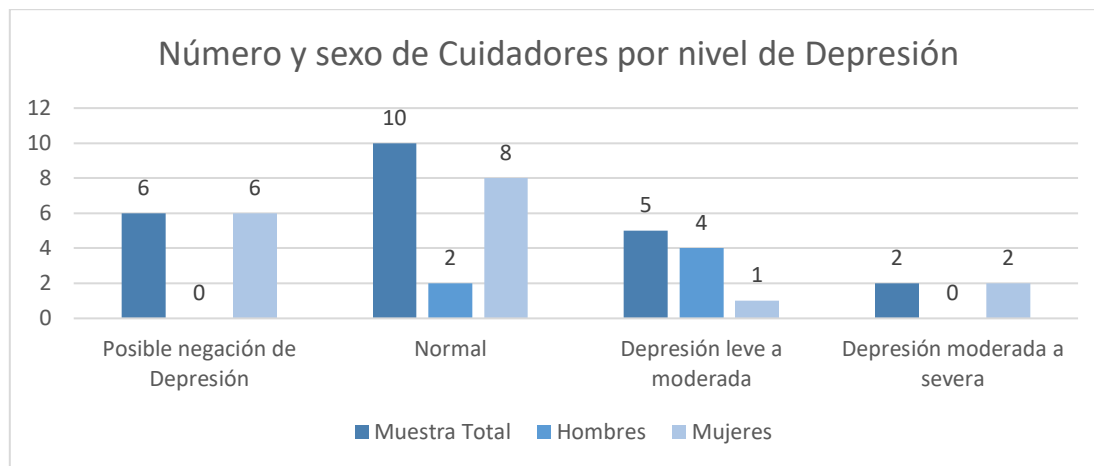


Figura 10. Número y sexo de cuidadores en cada grupo de niveles de Depresión.

Información complementaria

Además de la información clínica y sociodemográfica, los cuidadores de personas con esquizofrenia brindaron información relevante. Se encontró que la razón principal por la que son cuidadores es que no hay nadie más que cumpla ese rol (41.7%), seguido de los que adquieren el rol por ser padres o madres de los pacientes, este grupo representa 37.5%.

De igual manera, se encontró que la mitad de los cuidadores reciben apoyo físico o emocional, mientras que únicamente 41.7% recibe algún tipo de apoyo económico. Asimismo, se encontró que gran parte de los cuidadores se cuidan a sí mismos, llevan el control de su salud o intentan hacerlo (tabla 4).

Tabla 4
Información complementaria encontrada en la investigación

Variables	N	%
Razón de ser el cuidador		
Fallece cuidador anterior	2	8.3
Mejor candidato	2	8.3
No hay nadie más	10	41.7
Soy la madre o el padre	9	37.5
Me favorezco del cuidado	1	4.2
Recibe apoyo físico o emocional		
Si	12	50
No	12	50
Persona de la que reciben apoyo		
Nadie	12	50.0
Esposo e hijos	2	8.3
Esposo	5	20.8

Otros familiares	4	16.7
Hijos	1	4.2
<i>Recibe apoyo económico</i>		
Si	10	41.7
No	14	58.3
<i>Persona de la que recibe apoyo económico</i>		
Ninguno	14	58.3
Esposos e hijos	2	8.3
Esposo	4	16.7
Otros familiares	1	4.2
Gobierno	3	12.5
<i>Se cuida a si mismo</i>		
Nada	1	4.3
Poco, casi nada	3	13.0
Si me cuido	8	34.8
Me cuido mucho	3	13.0
No lo necesito	2	8.7
Llevo el control de mi salud	4	17.4
No sé	1	4.3
Intento cuidarme	1	4.3

Conclusiones

Este proyecto de investigación tuvo como objetivo obtener información acerca de los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia, conocer los niveles de sobrecarga y depresión en dicha población y elaborar un perfil sociodemográfico de los cuidadores primarios del Hospital Psiquiátrico de Yucatán. Para ello se realizaron los procedimientos necesarios y se encontró información de gran interés con respecto a este tema.

Los cuidadores primarios son un grupo que se ha investigado desde hace ya algunos años. En Yucatán se hizo un perfil de cuidadores primarios de personas con insuficiencia renal (Durán Quintal, 2015) y uno de cuidadores primarios de personas con deterioro cognitivo leve (Pérez Espadas, 2011) y se encontró que los resultados son similares a los obtenidos en esta investigación; sin embargo, se encuentran mayores coincidencias con los perfiles de cuidadores de personas con esquizofrenia realizados en otros países, donde el perfil le pertenecía a una mujer de alrededor de 60 años, progenitora, sin estudios secundarios y sin un empleo formal (Ribé, 2014).

En nuestra investigación se encontró que el perfil del cuidador del paciente con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico de Yucatán es de una mujer de entre 46 y 60 años con una media de 56.12 años, que reside en el interior del estado,

madre del paciente, casada, con entre 1 y 3 hijos, baja escolaridad, sin un empleo formal, y que dedica la mayor parte del día al cuidado del paciente.

El perfil de los pacientes con esquizofrenia que participaron en esta investigación también concuerda, en su mayoría, con lo que reporta la literatura revisada, pues se encontró que los pacientes eran en su mayoría hombres, con una media de edad de 39 años, y con una edad de aparición de la enfermedad de entre 15 y 21 años en más de la mitad de la población.

Respecto a la variable de sobrecarga, no se cuenta con registro alguno de investigaciones en donde participen cuidadores primarios de personas con esquizofrenia; sin embargo, investigaciones en otros países arrojan que los niveles de sobrecarga en las familias de los pacientes con este trastorno suelen ser muy altas e influir por diversos factores (Caqueo-Uribe *et al.*, 2012). De acuerdo con Gonzáles, Moreno y Garrosa (2005), existen algunas dimensiones que influyen en la carga mental que trae consigo determinada labor.

La primera de las dimensiones es la demanda temporal, es decir, la cantidad de tiempo que se requiere para desempeñar la o las tareas, pues afirma que, a mayor tiempo requerido, mayor es la carga mental. El 80.4% de la muestra estudiada, reporta que dedica las 24 horas del día al cuidado de su paciente y 95.5% lo hace los siete días de la semana, indicando como sus actividades principales vigilar que el paciente ingiera el medicamento y cuidar del mismo. Estas actividades sin duda requieren de tiempo y esfuerzo permanente por parte de los cuidadores y bien podría ser una de las principales causas de estrés.

De igual manera, la literatura revisada indica que los cuidadores tienden a dedicar todo el tiempo posible a su familiar y a descuidar sus necesidades personales (Marín Cerqueira, s. f.), en coincidencia con esto se encontró que las actividades recreativas de este grupo son muy pocas, ya que 41.7% indicó que no lleva a cabo ninguna, en tanto que el resto ejecuta actividades sencillas como visitar a vecinos o familiares, ver televisión o costurar.

Otra de las dimensiones que influye en la carga mental de una tarea es la complejidad de esta, pues en la medida en que una tarea requiera del individuo procesos como calcular, tomar decisiones o recuperar información, la tarea será más compleja y necesitará de un mayor esfuerzo por parte de quien la cumple. En esta población, al preguntarles a las personas qué clases de síntomas tienen

sus familiares, se encontró que cerca del 60% tiene o ha tenido delirios y alucinaciones. La aparición de estos síntomas, así como cualquiera de los otros de la enfermedad, exige del cuidador ciertas actitudes como empatía, identificación de emociones, labores de convencimiento hacia el paciente y muchas otras que encajan dentro de esta dimensión (Rebolledo & Lobato, 2005).

Dentro de las dimensiones también se encuentra la ambigüedad, la cual se relaciona con la cantidad y calidad de información que se le ofrece al operador de la tarea. Mientras se realizó esta investigación, no se hallaron registros de programas dirigidos a informar a los familiares ni actividades para la sensibilización de los mismos, lo que puede influir en el nivel de carga mental.

También se habla de la dimensión denominada criterio de ejecución de la tarea, la cual se refiere al nivel de calidad que debe de alcanzar la tarea, pues la tarea tiende a verse como estresante cuando consideran que los criterios para hacerla se encuentran por encima de sus capacidades. Vale la pena mencionar que, en la muestra estudiada, alrededor del 30% mencionó que podría cuidar mejor de su paciente y que muchas de las personas que realizan esta función lo hacen debido a que no existe nadie más que desempeñe ese rol, seguido de quienes lo realizan por ser los padres o madres.

Otro aspecto que se considera negativo para la carga es el aspecto económico, pues a pesar de que los cuidadores requieren de una gran cantidad de apoyo, dentro de los que se encuentra el económico (Crespo & López, 2005b), únicamente 10 de las 24 personas estudiadas reportaron tener este apoyo. Aunado a esto, en el análisis de la información obtenida, se encontró que los pacientes no cuentan con una actividad que les genere un ingreso seguro, puesto que muchos indican que solo ayudan ocasionalmente en su casa y muy pocos tienen trabajos esporádicos. El impacto económico que una enfermedad mental produce en la familia y en el cuidador es uno de los aspectos que tienden a incrementar la carga.

De igual manera, dentro de la información complementaria, se encontró en un gran porcentaje de los cuidadores el padecimiento de hipertensión, la cual es una condición que tiene como causa, la interacción de factores genéticos y ambientales, como la dieta, la actividad física y el estrés de quien la padece (Bellido, Fernández, Alcalá, Hernández & Rodríguez, 2003), por lo que no puede

descartarse que su condición de cuidador y sus niveles de sobrecarga puedan relacionarse con dicho mal.

A pesar de haber encontrado en nuestra población varias de las dimensiones mencionadas con anterioridad, llama la atención que, de un total de 24 participantes, únicamente cinco personas presentan sobrecarga leve y cuatro muestran sobrecarga intensa, esto puede ser por muchas razones, ya que observamos en los cuidadores primarios tanto características que aumentan la carga, como características que la disminuyen.

Una característica que probablemente influya en la carga del cuidador es el tiempo que estas personas llevan cuidando del paciente con esquizofrenia, ya que poco menos del 40% lleva de 1 a 5 años desempeñado el rol de cuidador y otra gran parte lleva más de 15 años; esto se considera una causa que disminuye la carga, de acuerdo con el hallazgo de Ribé (2014) en su investigación, en la que indica que a mayor tiempo de cuidado, menores pueden ser los niveles de sobrecarga.

Como información complementaria se encontró que 29.20% asiste a la iglesia o participa en algún grupo religioso, algo que, como actividad social y recreativa, puede considerarse un factor reductivo de la carga del cuidador. Asimismo, se encontró que la mayoría de los cuidadores primarios ha observado una mejoría en sus pacientes, esto los ubica dentro del porcentaje de personas que pueden realizar algunas actividades e incluso tener una buena vida social (Torrey, 2013), convirtiéndose en un factor que disminuye el estrés y mejora la calidad de vida tanto del paciente como de su familiar.

Respecto a la variable depresión, se sabe que es un trastorno grave que se encuentra con frecuencia en los seres humanos (OMS, 2001) y es aún más frecuente en los cuidadores primarios. Un estudio en Medio Oriente encontró grandes porcentajes de depresión en cuidadores primarios (El-Tantawy *et al.*, 2010), contrario a esto, en nuestra muestra únicamente se detectó que cerca del 30% de los participantes padece algún grado de depresión.

Esta investigación demuestra la existencia de un grupo vulnerable que, a pesar de su importancia, no ha sido tomado en cuenta. Los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia son un grupo poblacional con características clínicas y sociodemográficas que aumentan la carga de la tarea que realizan, pues

hablamos de personas de edad avanzada que llevan mucho tiempo desempeñando ese rol, personas de escasos recursos, con baja escolaridad, con un inminente desconocimiento del trastorno y sin apoyos suficientes para llevar a cabo su labor.

Tanto la sobrecarga como la depresión son padecimientos que afectan la calidad de vida de las personas, limitan la calidad de vida de quienes la padecen, pues son padecimientos que envuelven al cuidador en un estado en el que tienen la sensación de que ya no pueden desempeñar dicha labor, con consecuencias tanto para el cuidador como para el paciente. Esto, convierte a los cuidadores primarios en una población en riesgo que, en muchas ocasiones, ya sea por desconocer las consecuencias o no tener los medios necesarios, carece de atención.

Afortunadamente, en esta investigación no se encontraron grandes porcentajes de personas con sobrecarga y se encontraron índices menores de personas con depresión; sin embargo, el hecho de que haya algún porcentaje de personas que las padece, es un aspecto por considerar, pues este porcentaje se encuentra en peligro. Se cree que el transmitir esta información a los organismos necesarios es de gran utilidad para desarrollar acciones dirigidas a disminuir los niveles de sobrecarga y depresión, así como prevenir que aparezcan en otras personas.

Asimismo, se cree que el haber diseñado un perfil de cuidadores primarios, es de gran ayuda para comprender de mejor manera algunas conductas, actitudes y problemáticas que presentan los cuidadores primarios del Hospital Psiquiátrico de Yucatán, pues hasta el momento de la realización de este protocolo, no se contaba con un registro de esta población, lo que era un obstáculo para llevar a cabo programas de atención para esta población.

La principal limitación fue la dificultad de acceso a la población, ya que no se encontraron bases de datos de los cuidadores y estos debieron ser abordados al momento de acompañar a los pacientes a sus consultas, teniendo como resultado una muestra pequeña, que no permite generalizar los resultados.

La población invitada a participar fue elegida en la sala de espera del Hospital Psiquiátrico de Yucatán, por lo que hubo poca privacidad para responder a los instrumentos, además de contar con espacios físicos muy

reducidos. Por otro lado, la escolaridad de los participantes y el desconocimiento del trastorno requería de una explicación individual de las preguntas contenidas en los instrumentos, lo que pudo haber sesgado de alguna manera algunas respuestas, especialmente por deseabilidad social que pudiera presentarse.

Referencias

- Alpuche Ramírez, V., Ramos del Río, B., Rojas Russell, M. & Figueroa López, C. (julio, 2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245.
- American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales* (DSM-V). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Anderson. C., Reiss. D. & Hogartty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia*. Guía Práctica de Psicoeducación. Amorrortu Editores: Argentina.
- Beltrán, M. C., Freyre, M. A. & Hernández-Guzmán, L. (2011). El Inventario de Depresión de Beck. Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13.
- Caqueo-Urízara, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M. & Darrigrande-Molina, P. (2012) Sobrecarga en cuidadores Aymaras de pacientes con Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 191-196. doi:10.1016/j.rpsm.2011.07.001
- Compean, J. M., Silerio, J., Castillo, R. & Parra, M. (2008). Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. *Conamed*, 13(1), 17-21.
- Crespo, M. & López, J. (2007a). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Crespo, M. & López, J. (2007b). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes*. Cuidarse para cuidar. Madrid: Pirámide.
- Cruz-Ortiz, M., Pérez-Rodríguez, M., Villegas-Moreno, E., Flores-Robaina, N., Hernández-Ibarra, E. & Reyes-Laris, P. (2013). Carga objetiva y subjetiva en personas con enfermedad mental: evidencias empíricas. *Pensando psicología*, 9(16), 77-88.
- Cuéllar-Flores, I. & Sánchez López, M. P. (2014). El Efecto mediador de la Personalidad en el proceso de afrontamiento del estrés en personas cuidadoras familiares. *Revista Mexicana de Psicología*, 3(1), 33-40.

- Durán Quintal, D. (2015). *Sobrecarga en el cuidador primario de pacientes con diálisis peritoneal del HGR # 12 Lic. Benito Juárez García de Mérida*. (Tesis de Especialidad en medicina familiar inédita). Mérida, México. Universidad Autónoma de Yucatán.
- El-Tantawy, A., Raya, Y., Kamal, A. (2010) Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Current Psychiatry*, 17(3), 15-24.
- González, J. L., Moreno, B., & Garrosa. E. (2005). *Carga mental y fatiga laboral*. Teoría y evaluación. Madrid: Pirámide.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2011). *Esquizofrenia*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Instituto Provincial de Bienestar Social. (2009). *Guía de intervención psicosocial y asesoramiento a cuidadores de personas en situación de dependencia*. IPBS. España.
- Leal, I., Sales, M., Ibáñez, E., Giner, J. & Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Españolas en Psiquiatría*, 36(2), 63-69.
- Mandal, P., Prakash, S., & Sagar, R. (2014). Primary Caregivers of schizophrenia outpatients: burden and its correlates. *Delhi Psychiatry Journal*, 17(2), 343-348.
- Marín Cerqueira, M. D. (s. f.). Cuidadores de ELA. Cuidarse y cuidar mejor. Recuperado de <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/Cuidadores-de-ELA-Cuidarse-para-cuidar-mejor.pdf>
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P. & Taussing, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M. & Mendióroz, P. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con Esquizofrenia: factores determinantes. *Anales de Psiquiatría*, 23(1), 101-110.

- Mendoza, L. & Rodríguez, R. (2000). Colapso del cuidador. En R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo y C. D'hyver (Eds.), *Geriatría* (pp. 224-229). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa. Neiva: Universidad Surcolombiana. Recuperado de <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>
- Moray, N. (Ed.). (1979). *Mental Workload: Its Theory and Measurement* (pp. 79-99). New York: Plenum Press.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. & Guillén, I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Muñoz, F., & Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la Esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1). 98-110.
- National Institute of Mental Illnesses. (2012). *Families and Mental Illnesses. California*. Recuperado de <http://www.namigc.org/documents/familiesandMI.pdf>
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O. & Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Social*, 17(3). 321-336.
- OMS. (2001). *Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (Clasificación NLM: WA 540.1). Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE 10) 10a. revisión. Washington, D.C OPS.
- Panigrahi, S., Kumar, R., Patel, M. & V Chandrani, K. (2014). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia and its correlation with severity of illness. *The International Journal of Engineering and Science*, 3(6), 55-60.
- Pérez Espadas, A. (2011). *Nivel de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con deterioro cognoscitivo en la ciudad de Mérida, Yucatán*. (Tesis de

- Médico Cirujano inédita) Mérida, México. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Ribé, J. (2014). *El cuidador principal del paciente con esquizofrenia. Calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional*. (Tesis de doctor en Psicología inédita). Barcelona, España. Universidad Ramon Llull.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Recuperado de: <http://www.rae.es/rae.html>
- Rebolledo, S., & Lobato, M. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia*. Madrid: Aula Médica.
- Royal Collage of Psychiatrists. (2009). *Esquizofrenia*. Londres: Consejo Editorial de Educación Pública del Royal Collage of Psychiatrists. Recuperado de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>
- Torres, A., & Pinilla, A. (enero, 2003). Perfil de los cuidadores primarios. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 5(1 y 2), 11-17.
- Torrey, E. F. (2013). *Surviving schizophrenia*. A family manual. Harper Collis Ebooks.

CAPÍTULO II

ESTIMULACIÓN COGNITIVA DE LA MEMORIA, ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS EN ADULTOS MAYORES SANOS

José Benjamín Herrera Aranda

Jesús Moo Estrella

Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

Durante el envejecimiento se presentan cambios neurobiológicos que impactan sobre la cognición. Evidencia funcional y fisiológica de la neuroplasticidad permite el surgimiento de programas enfocados en potenciar la cognición mediante su estimulación sistemática por medio de tareas específicas, con el fin de mantener una adecuada capacidad funcional durante el envejecimiento. El objetivo de esta investigación fue conocer los efectos de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores. La muestra fue de 16 participantes de la tercera edad, divididos en un grupo que recibió estimulación cognitiva y un grupo control. Ambos grupos fueron pareados por edad, sexo, y escolaridad. Para la evaluación se utilizaron nueve subpruebas relacionadas con los dominios de atención, memoria y funcionamiento ejecutivo. Para el análisis intragrupal se utilizó una W de Wilcoxon, mientras que para el análisis intergrupar se utilizó una U de Mann Whitney. Los resultados mostraron que el grupo control no presentó diferencias significativas entre las aplicaciones previa y posterior a la intervención. Mientras el grupo experimental presentó mejoría estadísticamente significativa en cinco subpruebas: dígitos en regresión ($p = .005$), lista de palabras ($p = .023$), memoria visual diferida por reproducción ($p = .041$), detección visual ($p = .027$) y recuerdo espontáneo ($p = .040$). En la comparación intergrupar se encontraron diferencias estadísticamente

significativas en las subpruebas de dígitos en regresión ($p = .028$), lista de palabras ($p = .021$) y detección visual ($p = .050$). Se concluye que el programa de estimulación cognitiva se relacionó con un mejor rendimiento en tareas relacionadas con los procesos de codificación de la memoria, la atención selectiva visual y la memoria de trabajo.

Introducción

El envejecimiento es un proceso biológico por el que atraviesan todas las especies. Es inevitable, aún en las mejores condiciones ambientales y genéticas. El envejecimiento se puede definir como todas las causas irreversibles dependientes del tiempo, que conducen a una pérdida progresiva de la capacidad funcional tanto física como cognitiva (Mayán & Fernández, 2008). Asimismo, es un fenómeno universal que afecta a todos los seres vivos. Se asocia a una declinación general de las funciones fisiológicas, entre las que se encuentran las funciones cerebrales. Lo anterior tiene como consecuencia un conjunto de déficits conductuales, cognitivos y emocionales (Bentonsela & Mustaca, 2006).

En la medida que los adultos entran a la vejez se enfrentan con una serie de tareas del desarrollo. La tarea de mantenerse físicamente sano se hace más difícil conforme la gente envejece (Speare, Avery & Lawton, 1991). La gente teme a los problemas físicos que disminuyen su capacidad de cuidar de sí misma (Longino, Jackson, Zimmerman & Bradsher, 1993). Como consecuencia, mantenerse en buena salud es uno de los predictores más importantes de la satisfacción con la vida durante la vejez (Clarck & Madox, 1992).

Envejecimiento primario y secundario

Existen dos tipos de envejecimiento: el envejecimiento primario y el secundario. El primero se refiere a aquellos cambios de la edad que todas las personas mayores experimentan, es universal, inevitable e irreversible. Por otro lado, el envejecimiento secundario está asociado a cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento, pero que no son inherentes a él, debido a que son producidos por factores relacionados al estilo de vida como el consumo de alcohol o drogas, malos hábitos alimenticios, poca actividad física, etc. Por lo tanto, es posible evitarlos (Hamilton, 2000). Entonces, podríamos afirmar que

una vida rodeada de factores positivos para el mantenimiento de los aspectos físico y mental favorecería un proceso de envejecimiento más saludable.

Envejecimiento normal y patológico

Una de las mayores dificultades en el diagnóstico diferencial de las demencias es la distinción entre envejecimiento normal y patológico. La mayor parte de la población de edad avanzada presenta cambios en el funcionamiento cognitivo, es por esto que el diagnóstico diferencial entre envejecimiento normal y los cambios relacionados con las demencias representa una problemática para la neuropsicología. A continuación, se describen las diferencias entre el envejecimiento normal y el patológico (Corsi, 2004):

En teoría, el envejecimiento normal tendría un inicio insidioso, sería lentamente progresivo y se asume que el proceso ocurre a nivel subcelular, sin dar lugar a signos o síntomas inmediatos. Sin embargo, a pesar de que los cambios suceden de manera gradual, cuando las capacidades de reserva se consumen, sus efectos inminentes provocarían diversos síntomas de insuficiencia. Por otra parte, las enfermedades o el envejecimiento patológico generalmente tendrían un inicio más abrupto y un progreso maligno; en la práctica clínica, esto se observa sobre todo en la fase inicial de un cuadro demencial.

Factores ambientales y sociales en el envejecimiento

La tercera edad es una etapa del ciclo vital que comprende varios cambios sociales y fisiológicos. Estos dos aspectos pueden ser determinantes en la funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor. A continuación, se describirán los cambios psicosociales y ambientales que suelen suceder en la tercera edad.

Erickson define esta etapa como "integridad frente a desesperación", y la describe como un periodo en el que los adultos mayores buscan integrar sus experiencias singulares con la visión de la comunidad. Muchos desarrollan orgullo y satisfacción de la mano de su historia personal, como también de su comunidad, pero otros, desesperación, es decir, sienten que el tiempo ahora es corto, demasiado corto para intentar otra vida o probar caminos alternativos

para su recuperación (Berger, 2009). Las siguientes son algunas de las tareas que se dan en esta etapa de la vida (Rice, 1997):

- Permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- Mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento.
- Ajustarse a nuevos roles de trabajo.
- Establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida.
- Mantener identidad y estatus social.
- Encontrar compañía y amistad.
- Aprender a usar el tiempo libre de manera placentera.
- Establecer nuevos roles en la familia.
- Lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida.

A continuación, se tratarán los cambios anteriores de forma más detallada.

Jubilación. Uno de los cambios más importantes en la vida de las personas es la jubilación, en la cual las personas dejan su trabajo profesional para formar parte de la población que constituye la "clase pasiva" (Gonzalo, 2002). El retiro obligado ha sido calificado entre las 10 principales crisis, en relación con el estrés que ocasionan al individuo (Bosse, Aldwin, Levenson & Workman, 1991). Los consejos de mayor interés después de la jubilación, avalados por los resultados de numerosas personas que los han llevado a la práctica, de acuerdo con Gonzalo (2002), son los siguientes:

- Mantener actividad física y mental la mayor parte del día.
- Las ocupaciones deben ser tanto en el campo físico como en el intelectual.
- Es recomendable que elijan actividades que reporten un servicio a los demás.
- Se debe reducir en lo posible el tiempo de ocio o inactividad.

Cambios familiares. Diez o 20 años antes de la jubilación suelen producirse ciertos cambios familiares, principalmente como consecuencia al hecho de que los hijos ya son mayores, y suelen salirse del hogar de sus padres (Gonzalo, 2002). Existe evidencia que demuestra que los adultos mayores son más felices en el periodo posparental (Rice, 1997).

El declive hacia la muerte. Según Gonzalo (2002), generalmente, los adultos mayores piensan en la muerte con una frecuencia no mayor que en

etapas de vida anteriores. Pero sí piensan en mayor medida en las enfermedades que pueden sufrir y que les provocarán la muerte. En este sentido, las cosas que normalmente les producen más ansiedad son:

- Disminución de las capacidades cognitivas como consecuencia de alguno de los tipos de demencia senil.
- Deterioro de su capacidad de independencia.
- El dolor y el sufrimiento prolongados, como consecuencia de alguna enfermedad.

En general existe una relación positiva entre la salud mental y la capacidad cognitiva, al envejecer las personas emocionalmente sanas muestran un menor deterioro (Rice, 1997). Los individuos que están en contacto con un medio intelectualmente estimulante mantienen al envejecer un nivel de habilidad cognitiva superior al de quienes no han tenido acceso a un ambiente similar. La teoría de la actividad sugiere que la continuación de un estilo de vida activo tiene un efecto positivo sobre la sensación de bienestar y satisfacción en los ancianos (Rice, 1997).

Cambios físicos en el envejecimiento. Con la edad ocurren varios cambios en el corazón, se forman depósitos de grasa a su alrededor y en los puntos de entrada de los vasos sanguíneos; disminuye el número y tamaño de los músculos del corazón; hay un incremento característico de la presión sanguínea sistólica; la eficiencia del cerebro depende principalmente de la cantidad de sangre y de oxígeno que reciba, si se presenta un proceso de arteriosclerosis o si la irrigación sanguínea disminuye por algún otro problema del corazón o el sistema vascular, el cerebro no funcionará adecuadamente. Por otro lado, La tasa respiratoria permanece constante mientras que disminuye la capacidad respiratoria, esto significa que el volumen inhalado en cada respiración disminuye considerablemente. Por esta razón, los adultos mayores no tienen tanta resistencia como los jóvenes al ejercicio (Rice, 1997).

Cambios en el sistema nervioso central. Los cambios en el envejecimiento suceden tanto a nivel psicosocial como cognitivo y fisiológico. En este apartado nos referiremos a aquellos cambios a nivel encefálico que suceden en la tercera edad. Uno de los cambios en el envejecimiento es el engrosamiento de las paredes arteriales (aterosclerosis), lo cual reduce el flujo sanguíneo de los órganos del

cuerpo en general y del cerebro de manera particular. Esto tiene como consecuencia una reducción en el aporte de nutrientes y oxígeno, lo cual determina una reducción en el trofismo neuronal y en la actividad bioeléctrica del cerebro. Como consecuencia de los procesos de aterosclerosis se produce una disminución aproximada de un 10% del peso cerebral, desde que este alcanza la edad adulta. Con el envejecimiento, el sistema nervioso central comienza a manifestar pérdida neuronal en su parénquima, mientras que otras regiones no sufren cambios de tipo cuantitativo; sin embargo, puede producirse cierta atrofia celular. En el caso de los neurotransmisores, se produce una alteración de los receptores específicos para cada uno de ellos, y también en las moléculas encargadas de su destrucción y reciclaje, una vez que han ejercido sus funciones biológicas (Crespo, 2006).

Cambios en el funcionamiento cognitivo en la vejez. Los humanos, con el envejecimiento, tienen varios cambios en el sistema cognitivo, por ejemplo: la velocidad con la que la información es procesada. El proceso inhibitorio y la memoria episódica (Baltes & Lindernberger, 1997) muestran disminuciones debidas a la edad. En contraste, la memoria implícita (Sebastián & Ballesteros, 2012) y las habilidades verbales (Craik & Salthouse, 2000) no muestran variaciones. La declinación en la memoria episódica igualmente presenta mayores variaciones en las tareas de recuerdo libre, en comparación con las tareas de reconocimiento (Gutches & Park, 2009).

Memoria

Fernández (2002) menciona que el aprendizaje y la memoria forman parte de un complejo sistema de procesamiento de la información, encargado de codificar, almacenar, construir, reconstruir y recuperar percepciones, conocimientos, hechos, habilidades, emociones, planes, entre otras (Polonio & Romero, 2010).

Durante el proceso de codificación, la memoria permite mantener en nuestra mente distintos elementos de información mientras se integran entre sí, y se obtienen las representaciones internas que constituyen el contenido de la memoria; este proceso se ha vinculado a la memoria operativa. La información que llega a la memoria operativa puede proceder de un almacén sensorial o de la

memoria a largo plazo. El almacén sensorial conserva la información procedente de las distintas modalidades sensoriales durante un breve intervalo (al menos un segundo), para que pueda ser procesada adecuadamente y transferida al resto de los sistemas de memoria.

Transcurrido este intervalo, la información se pierde por decaimiento o por desplazamiento (se sustituye por otros elementos de información). Se encuentra localizado en la corteza visual primaria, auditiva y somatosensorial y en la corteza de asociación unimodal. Fernández (2002) clasificó la memoria de acuerdo con distintos criterios como la temporalidad, sistema involucrado y modalidad de los estímulos, etc. Tal como se observa en la tabla 1 (Polonio & Romero, 2010).

Tabla 1
Criterios de clasificación de la memoria (Fernández, 2002)

Criterio de clasificación	Tipos de memoria
Tiempo de almacenamiento de la información	• Inmediata • Reciente • Remota
Funcional	• Sensorial • Operativa (corto plazo) • Largo Plazo
En relación con la vivencia de un suceso general traumático	• Anterógrada • Retrógrada
En relación con la memoria a largo plazo	• Declarativa: - Episódica - Semántica • Procedimental
Modalidad de los estímulos	• Explícita Versus implícita • Verbal • Visual
Memoria cotidiana	• Criterio temporal - Prospectiva - Retrospectiva • Otros tipos - Espacial - De caras - De nombres

Respecto a los niveles en el procesamiento de información existen tres niveles en la adquisición de nueva información, estos niveles son similares a los de las tareas de memoria (fase de aprendizaje, fase de retención y fase de prueba). La primera fase recibe el nombre de codificación, involucrada en el procesamiento de la información entrante para que pueda ser almacenada; esta fase tiene dos procesos separados, la adquisición que implica registrar las entradas de las memorias sensoriales y someter esta información a análisis, mientras que la consolidación consiste en un proceso de creación de representaciones cada vez más fuertes; el almacenamiento es el resultado de la codificación, este consiste en retener a través de un tiempo los registros de la información obtenida en la fase de codificación; y en última instancia, la recuperación, esta fase se refiere al proceso que permite extraer la información almacenada para utilizarla en el momento que sea requerida (Ruiz, 2014).

En relación con la clasificación de la memoria por el tipo de información que se procesa, Schacter y Tulving (1994), dos representantes del enfoque neurocognitivo, a partir de numerosos y exhaustivos estudios sobre disociaciones entre memoria explícita y memoria implícita, han distinguido cinco grandes sistemas de memoria humana: memoria procedimental, memoria episódica, memoria semántica y sistema de representación perceptiva, en referencia a los sistemas de memoria a largo plazo; y memoria operativa, con respecto a la memoria a corto plazo (Ruiz, 2014). Los sistemas de memoria que presentan mayores variaciones durante el envejecimiento normal son la memoria operativa en sus tres componentes (Rodríguez, 2010); y la memoria episódica, específicamente, en la adquisición de nueva información (Park & Schwarz, 1999).

Memoria a corto plazo, el concepto de memoria operativa. La memoria operativa es propuesta por Baddeley (1986) (figura 1) y es definida por Rodríguez (2010) de la siguiente forma: un sistema de memoria a corto plazo, el cual permite mantener activada una cantidad limitada de información durante un corto espacio de tiempo, a la vez que se manipula simultáneamente esa u otra información.

El concepto de memoria operativa incluye tres subsistemas: el ejecutivo central, que tiene funciones de control, el lazo fonológico y la agenda visoespacial, estos dos últimos contienen tanto funciones de almacenamiento como de repaso. Los procesos de almacenamiento y de repaso verbal pueden disociarse, a su vez, de los procesos inhibitorios del ejecutivo central, y tales procesos inhibitorios dependerán de la región prefrontal del hemisferio izquierdo.

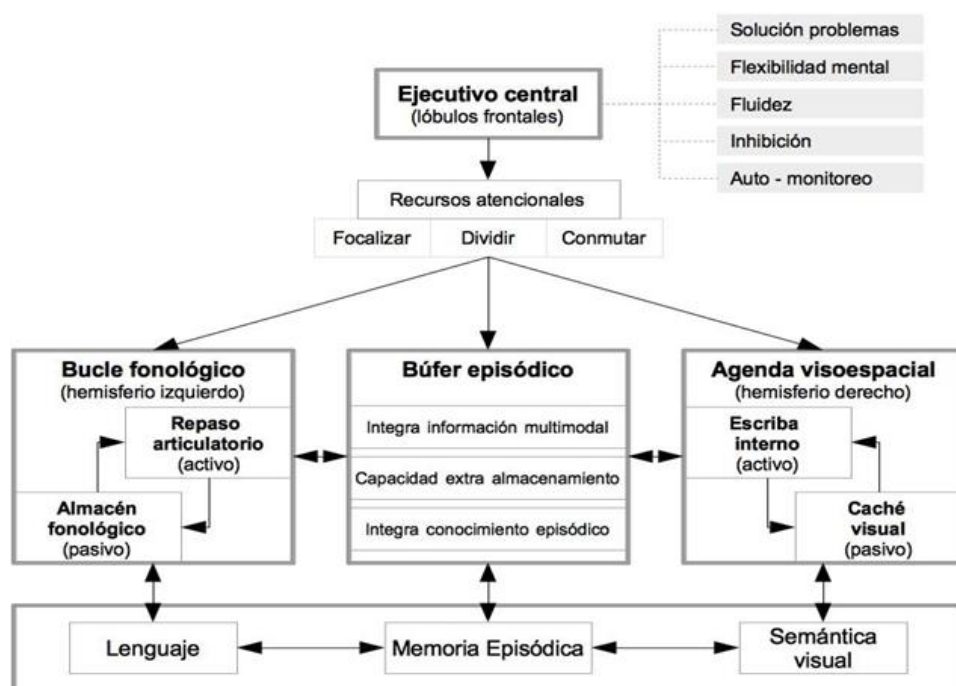


Figura 1. Modelo de memoria operativa (Baddeley, 1986).

El bucle fonológico. El bucle fonológico (figura 2), descrito por Baddeley (1986), es el encargado de la conservación transitoria del material que se codifica verbalmente, está compuesto por un almacén fonológico que procesa y retiene la información oral durante uno o dos segundos, y por un mecanismo de repetición subvocálico que fortalece la huella de la información contenida en el almacén.

Además, el proceso de repaso articulatorio participa en la transformación de los códigos no fonológicos en fonológicos, lo que es necesario para su registro en el bucle (Baddeley, Lewis & Vallar, 1984). Incluye un proceso de almacenamiento, relacionado con áreas del córtex parietal posterior izquierdo, y un proceso de repaso subvocal, localizado en las áreas de broca y las áreas motoras y premotoras del hemisferio izquierdo. Estos dos procesos se encuentran disociados (Rodríguez, 2010).

Para el estudio del bucle fonológico, generalmente, se presenta un conjunto de números, letras o palabras no relacionadas y se instruye a los sujetos para un recuerdo serial inmediato, esto es conocido como amplitud de memoria (Ruiz, 2014). En el caso de la tarea de amplitud de palabras, utilizada para el estudio del bucle fonológico, se han encontrado diferencias significativas entre mayores y jóvenes, que se han relacionado con el funcionamiento de los procesos de repaso articulatorio, lo cual significaría que el ritmo de articulación declina con la edad (Tríado & Villar, 2014).

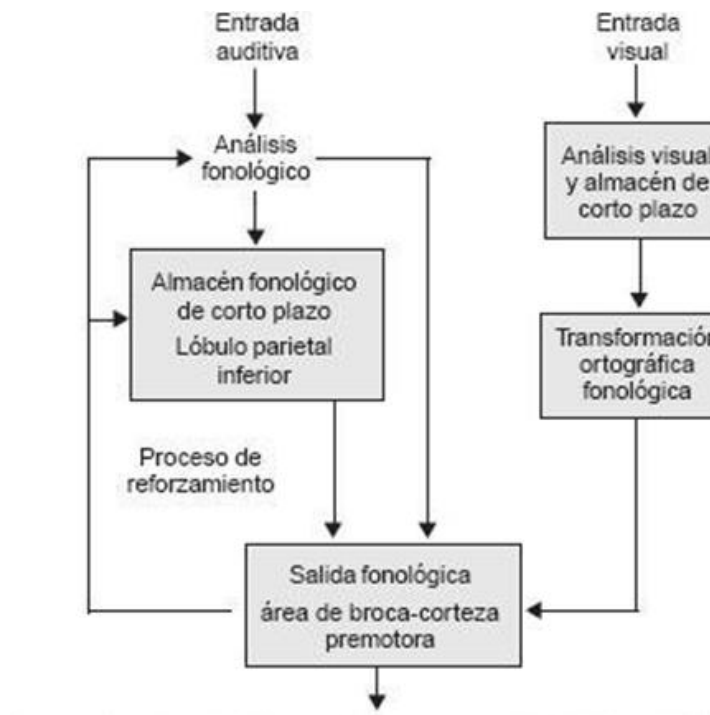


Figura 2. Bucle fonológico (Baddeley, 1986).

La agenda visoespacial. La agenda visoespacial forma parte del modelo de memoria operativa y es la responsable del mantenimiento y manipulación de las imágenes visoespaciales y de la información verbal codificada en forma icónica (Ruiz, 2014). Está bajo el control del ejecutivo central y especializada en la producción y manejo de imágenes mentales. Logie (1995) ha propuesto un fraccionamiento de la agenda visoespacial análogo al bucle fonológico. En concreto, distingue un componente pasivo de almacenamiento visual, llamado almacén visual, y un proceso dinámico de recuperación y repaso espacial, llamado escriba interno. La función del almacén visual sería la retención de la información visual que no ha sido modificada por la codificación, mientras que la de escriba interno es el procesamiento activo que permite la transformación, manipulación o integración de la información espacial almacenada. La existencia de estos dos subcomponentes separados se apoya en el establecimiento de disociaciones funcionales y disociaciones dobles con pacientes neuropsicológicos (Ruiz, 2014).

Los procesos de almacenamiento se encuentran relacionados con áreas parietales posteriores y occipitales anteriores derechas, y los procesos de repaso, asociados a regiones del parietal posterior y premotora del hemisferio derecho. Los procesos de almacenamiento y de repaso se encuentran disociados

(Rodríguez, 2010) (figura 3). Gran cantidad de investigaciones han analizado la retención de estímulos visuales durante breves segundos, como dibujos geométricos o en forma de mosaico. Se han analizado tanto tareas de reproducción como de reconocimiento y en ambos tipos se han encontrado diferencias claramente significativas entre jóvenes y adultos mayores, teniendo los últimos un menor rendimiento (Tríado & Villar, 2014).

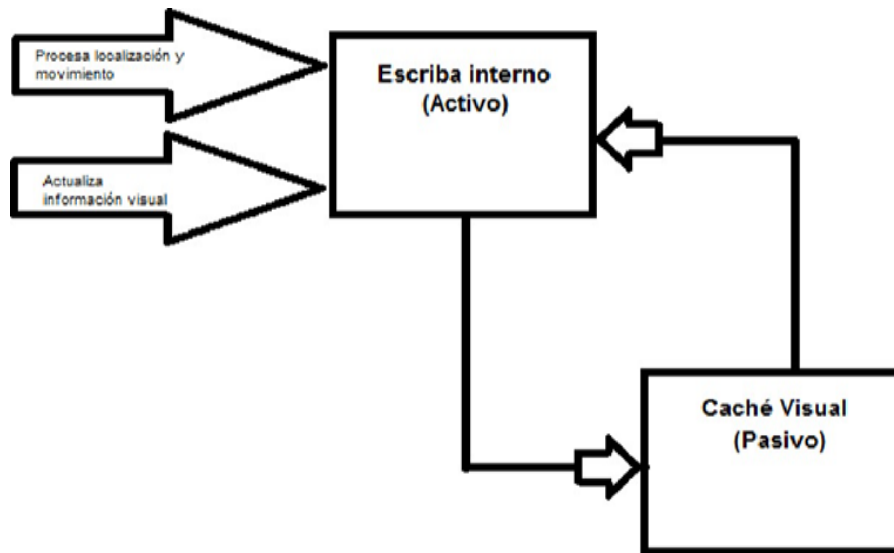


Figura 3. Agenda visoespacial (Baddeley, 1986).

Ejecutivo central. Propiamente, el ejecutivo central no es un subsistema de memoria, más bien se ocuparía de los aspectos atencionales y estratégicos, su misión es controlar, coordinar y supervisar las actividades realizadas por el sistema cognitivo. Baddeley (como se citó en Manso & Ballesteros, 2003) postuló cuatro capacidades básicas del ejecutivo central:

1. capacidad para focalizar la atención.
2. capacidad para dividir la atención.
3. capacidad para cambiar la atención.
4. capacidad para vincular la memoria operativa con la MLP.

Al no ser propiamente un subsistema de memoria, detallaremos más adelante algunos procesos relacionados con él, en los apartados de "atención" y de "funciones ejecutivas".

Memoria a largo plazo (MLP). La información codificada puede ser almacenada y estar disponible permanentemente. Dentro de la MLP, de capacidad ilimitada, se retiene la información que emplearemos el resto de nuestra vida. En ella puede diferenciarse: la memoria procedimental y la memoria declarativa. La memoria procedimental está implicada en el aprendizaje de habilidades

conductuales y cognitivas; mientras que la declarativa está relacionada con aquella información que puede ser verbalizada (Schacter & Tulving, 1994).

La memoria episódica permite conservar la información sobre acontecimientos que ocurrieron en un momento temporal concreto (Tulving, 1972). En general, se puede hablar de tres tipos de contenidos en la memoria episódica, información personal, información autobiográfica e información sobre eventos (Tulving, 1995). La información está organizada temporalmente y su recuperación suele ser deliberada y requiere un esfuerzo consciente. La memoria episódica se localiza en el hipocampo, parahipocampo, corteza de asociación heteromodal y prosencéfalo basal (Ruiz, 2014).

Existe evidencia de un declive sistemático que ocurre a lo largo de la vida, en relación con el rendimiento en tareas de recuerdo libre y recuerdo con claves. Tanto el recuerdo libre como el recuerdo por claves son buenas estimaciones para el funcionamiento de la memoria a largo plazo (Park & Schwarz, 1999). En las tareas de recuerdo libre se presentan, a los participantes, palabras para su estudio, de las cuales, posteriormente, tendrán que recordar tantas como les sea posible en cualquier orden (Park & Schwarz, 1999). Myers *et al.* (como se citó en Crespo, 2006) encontraron una importante correlación entre el tamaño de la formación hipocampal y las actuaciones en tareas memorísticas en personas mayores con un estado cognitivo normal.

Atención

La atención está relacionada con el ejecutivo central en el modelo de memoria operativa de Baddeley (1986), esta es definida por Ríos y Periañez (2009) como la habilidad mental de generar y mantener un estado de activación tal, que permita un adecuado procesamiento de la información. La atención permite la selección de información específica entre múltiples fuentes disponibles. Ellas incluyen estimulación interna y externa, memorias, pensamientos e incluso acciones motoras. En este sentido, la atención debe ser considerada como un complejo sistema de subprocesos especializados que proporcionan precisión, velocidad y continuidad a la conducta.

Regiones prefrontales están relacionadas sobre todo en la disminución de aspectos de la atención, asociadas al ejecutivo central; tal como la realización de

un conjunto de tareas, el monitoreo sensoriomotriz, y funciones inhibitorias (Cabeza, Nyberg & Park, 2005). Desde hace tiempo se sabe que las tareas que implican atención son particularmente difíciles para los adultos mayores, pues, aunque varios aspectos de la atención parecen mantenerse durante la adultez, existen algunas excepciones que presentan una disminución relacionada con la edad, sobre todo, en tareas relacionadas con la velocidad de procesamiento. Otro de los deterioros del control ejecutivo que ha sido muy estudiado es la función inhibitoria. Hasher et al. (como se citó en Cabeza et al., 2005) han propuesto que uno de los deterioros relacionados con la edad es la habilidad de inhibir información irrelevante, la cual es una causa de las diferencias en el rendimiento en varias tareas cognitivas. Sobre todo, en las relacionadas con la atención selectiva, pues se ha propuesto que la disminución de la capacidad de este tipo de atención está ligada a la alteración en la capacidad de inhibición del control del comportamiento de las personas, con esto disminuye la capacidad de evitar distractores, e información no relevante en la tarea (Crespo, 2006).

Funciones ejecutivas

Memoria de trabajo verbal. La memoria de trabajo verbal se refiere a la capacidad de mantener la información mentalmente mientras trabajamos con ella o la actualizamos. Está conformada por dos etapas, el almacenamiento de la información verbal, relacionada con el bucle fonológico y la capacidad de ordenar o manipular esta información, posee una capacidad limitada, al realizar la doble función de almacenamiento y procesamiento (Flores & Ostrosky, 2012b). Esta habilidad nos permite recordar nuestros planes, así como instrucciones, considerar alternativas y seleccionar ideas y datos, incluyendo relacionar el presente con el futuro y el pasado. Es crucial para nuestra habilidad de ver conexiones entre ítems que aparentemente no se encuentran relacionados y separar elementos de un todo (Diamond, Kirkham & Amso, 2002). Esta habilidad hace referencia específicamente al proceso activo de la manipulación de la información verbal, proveniente del input auditivo, y está relacionado con el ejecutivo central del modelo de Baddeley.

Flexibilidad cognitiva. La flexibilidad cognitiva se refiere a cuando un individuo es consciente del hecho de que existen opciones y alternativas accesibles a una determinada situación y tiene la habilidad de adaptarse a distintas situaciones (Martin & Anderson, 2001).

Un estudio de Chasseigne, Mullet y Stewart (1997) sugiere que hay efectos asociados a la edad en las tareas de enjuiciamiento y estimación, y que ambos pueden ser interpretados en términos de una reducción de la flexibilidad cognitiva en los adultos mayores (Park & Schwarz, 1999). El Wisconsin Card Sorting Test (WCST) evalúa el razonamiento abstracto y la flexibilidad cognitiva. Esta prueba ha sido considerada como una medida del lóbulo frontal, de la cual son indicadores los errores de perseverancia (Yañez, 2016).

Un decremento en el volumen de materia gris del lóbulo prefrontal durante el envejecimiento está asociado a una mayor perseveración en el WCST (Raz, Rodríguez, & Acker, 2003).

Fluidez verbal. Las pruebas de Fluidez Verbal evalúan la producción espontánea de palabras en un tiempo determinado, y dentro de una categoría particular. Se utilizan categorías fonológicas y categorías semánticas. En las pruebas de fluidez fonológica se pide al paciente que produzca el mayor número de palabras que comiencen por determinada letra, mientras que para la fluidez semántica se le piden palabras que pertenezcan a una categoría semántica (Roselli, 2003). A grandes rasgos, la producción oral consiste en la conversión de un mensaje abstracto o significado en una secuencia de sonidos. Existen tres estadios fundamentales: el nivel semántico, en el que se produce la selección del concepto adecuado; el nivel léxico, en el que se escoge la palabra que le corresponde; y el nivel fonológico, en el que se activan los fonemas necesarios para producirla (Cuetos, 2012).

De acuerdo con el Modelo interactivo de Dell, Chang y Griffin (como se citó en Cuetos, 2012), el proceso de producción oral comienza con la activación de rasgos semánticos en el nivel conceptual, estos rasgos se activan en función del mensaje que se quiere expresar y extienden su activación hacia los nodos léxicos o palabras correspondientes, estos nodos son representaciones no fonológicas que incluyen sus características sintác-

tico-gramaticales. La activación continúa extendiéndose hasta llegar a los nodos fonológicos. El modelo de Dell asume que la propagación de la activación se produce en paralelo, por lo que no es necesario esperar a que haya acabado con el estadio léxico para comenzar con el fonológico.

En una reelaboración de su modelo, Dell *et al.* (como se citó en Cuetos, 2012) intentaron dar cuenta a los errores de producción en tareas de denominación, para ello postularon dos tipos de deficiencias que podrían afectar dos características del sistema. Por un lado, la limitación de la capacidad para transmitir activación o reducción del parámetro "peso". Por otro lado, la incapacidad para mantener la activación de una entrada o incremento del parámetro "caída". El modelo de Dell se puede observar en la Figura 4.

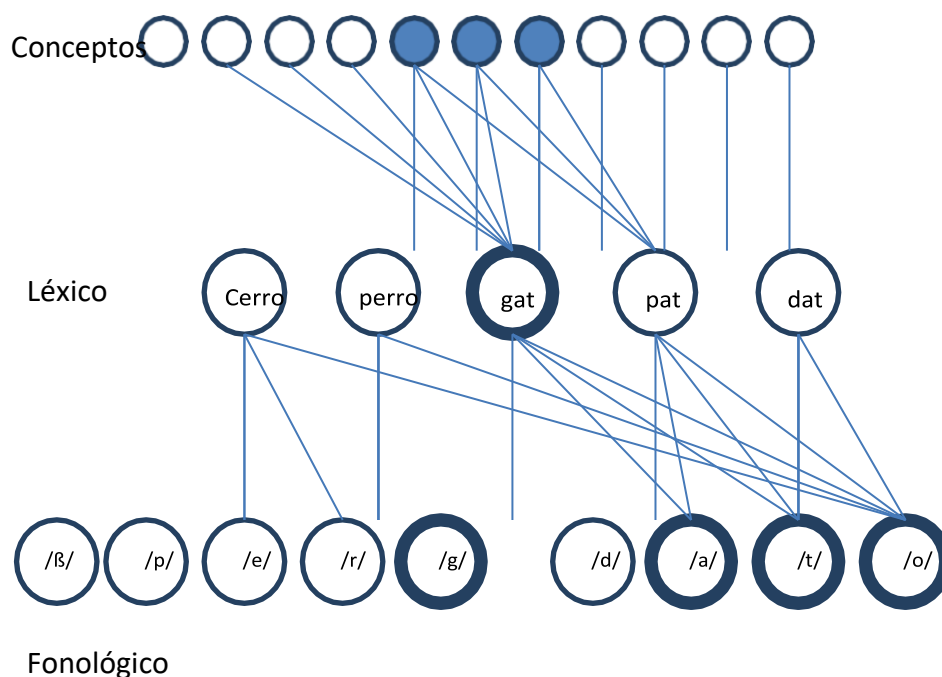


Figura 4. Modelo de producción del lenguaje de Dell (1999).

Durante el proceso de envejecimiento, aunque el conocimiento se mantiene, se observan ciertas dificultades de ejecución y no de competencia, es decir, presentan problemas para acceder a ese conocimiento. Saúl, López, Rubio y Carrasco (2010) realizaron una investigación para conocer la evolución y deterioro de la memoria semántica en ancianos sanos y con demencia tipo Alzheimer y los compararon con adultos jóvenes y niños. Se aplicaron pruebas de fluidez categorial, de seres vivos y no vivos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre jóvenes y ancianos sanos, quienes obtuvieron puntuaciones muy parecidas a las de los niños. Los ancianos con demencia de Alzheimer fueron quienes tuvieron un peor rendimiento. La dificultad para recuperar las palabras al hablar es un déficit que acompaña al proceso normal de envejecimiento y a ciertas enfermedades degenerativas como el Alzheimer. Este fenómeno es conocido como el estado de "tenerlo en la punta de la lengua" (Cuetos, 2003).

Plasticidad neuronal y reserva cognitiva

La plasticidad neuronal o plasticidad sináptica es un proceso que incluye pérdida y sustitución de sinapsis. En este fenómeno se presenta una serie de etapas (Butcher, Pacheco & Tirado, 2002): 1) Desconexión sináptica, 2) Desencadenamiento del crecimiento axónico y diferenciación de nuevos botones presinápticos, 3) Establecimiento de nuevos contactos, y 4) Maduración de estas sinapsis.

Tan importante como el concepto de plasticidad neuronal en los procesos de recuperación de funciones cognitivas, preservación de las no alteradas y, en general, de la desaceleración de los efectos adversos de las enfermedades neurodegenerativas, es la noción de Reserva cognitiva. Con este término, se apela a la hipótesis de la existencia de una capacidad en el individuo para hacer frente a las alteraciones del sistema nervioso ocurridos en la vejez, mediante el uso de estrategias cognitivas compensatorias y el empleo de redes neurales alternativas (Stern, 2002).

La plasticidad neuronal y la reserva cognitiva son dos condiciones en el sistema nervioso del adulto que se han tomado como referencia para el desarrollo de investigaciones y programas para potenciar las funciones cognitivas básicas y complejas mediante intervenciones terapéuticas de alcance global, es decir, sus alcances tienen consecuencias positivas en varios aspectos del funcionamiento cognitivo, pero se trabaja de forma específica sobre la habilidad alterada (Velilla, Soto & Pineda, 2010).

En consecuencia, la plasticidad cerebral puede ser dispuesta como un recurso para afrontar los efectos adversos del envejecimiento patológico, con propósito de enlentecer el progreso del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) hacia diferentes demencias, los programas de estimulación cognitiva constituyen un eficiente dispositivo para potenciar y procurar el mantenimiento de la autonomía e independencia de los adultos con déficits asociados a procesos neurodegenerativos (Velilla, Soto & Pineda, 2010). Los progresos de los pacientes en fases preclínicas de demencia, sometidos a programas de estimulación cognitiva, se relacionan con la evidencia empírica existente sobre la capacidad de las neuronas lesionadas para regenerarse y restablecer nuevas conexiones (Goldman, 1995).

Estimulación cognitiva

La rehabilitación neuropsicológica de las distintas funciones cognitivas puede plantearse desde diversas aproximaciones: restaurativa, compensatoria, ambiental y conductual (Ponsford & Kinsella, 1995). En el caso del entrenamiento de las funciones cognitivas, los programas de estimulación cognitiva han mostrado ser bastante eficaces tanto en el envejecimiento normal, como en pacientes con DCL o demencia tipo Alzheimer (De los Reyes, Arango, Rodríguez, Perea & Ladera 2012).

La estimulación cognitiva se refiere a la activación de las diversas funciones cognitivas a través de la realización de diferentes ejercicios y tareas (Díaz, Martín, Peralta & Adrados, 2013).

Es un proceso adaptado a las necesidades cognitivas, emocionales y físicas de los pacientes, que busca rehabilitar funciones alteradas a través de estímulos generados a partir de la neuropsicología, que permitan procesos de plasticidad neuronal (Arroyo, 2002). Estas intervenciones tienen como objetivo (Butcher, Pacheco & Tirado, 2002):

1. Disminuir la progresión del deterioro en el funcionamiento cognitivo y funcional, con el objetivo de que la persona pueda mantener su nivel de autonomía e independencia durante el mayor tiempo posible.
2. Mantener la función cognitiva durante el mayor tiempo posible, lo que posibilitará al paciente tener una mayor calidad de vida.
3. Disminuir la presencia de problemas emocionales o conductuales.

Estos programas deben llevarse a cabo en tres fases: una etapa de evaluación preintervención, otra segunda de estimulación cognitiva y una última de valoración posterior al entrenamiento, en la que los sujetos son evaluados con el fin de conocer la efectividad del programa (Díaz *et al.*, 2013).

Asimismo, es importante tener en cuenta la *validez ecológica*, entendiendo esta como el grado de relevancia y similitud que un tratamiento proporciona en relación con el mundo real y su valor para mejorar el comportamiento en actividades de la vida cotidiana (Noreña *et al.*, 2010).

Estimulación cognitiva de la atención

En el caso concreto de la atención la aproximación más utilizada es la restauración, en la que se pretende recuperar la función específica que ha quedado alterada. Sohlberg y Mateer (2001) propusieron una taxonomía clínicamente útil que diferencia cinco componentes de la atención susceptibles de rehabilitar: atención focal (respuesta básica a un estímulo), atención sostenida (vigilancia y memoria de trabajo), atención selectiva (libre de distracción), atención alternante (capacidad para la flexibilidad mental) y atención dividida (capacidad para responder a dos tareas simultáneamente) (Mataró, Pueyo & Jurado, 2006).

A pesar de la importancia de diseñar y conocer tareas específicas en función del tipo de atención, en el momento de diseñar un programa de rehabilitación hay que tener en cuenta la interacción entre los distintos tipos de atención (Kinsella, 1998). Sturm, Willmes, Orgaz y Hartje (1997) plantan una jerarquía que considera el modo en el que la rehabilitación de la atención sostenida influye en un mejor rendimiento en los otros tipos de atención (Mataró *et al.*, 2006).

El Attention process training (APT) de Kurtz *et al.* (2001) plantea distintas tareas en función del tipo de atención, en el que se proponen tareas de cancelación para la atención sostenida y selectiva visual. En las tareas de atención sostenida auditiva el sujeto debe atender a ciertas palabras o secuencias y apretar un timbre cada vez que identifica una (Mataró *et al.*, 2006).

Estimulación cognitiva de la memoria

La incapacidad para recordar se puede deber a fallas que ocurren durante alguna de las tres fases de la memoria: codificación, retención y evocación (Ostrosky & Lozano, 2006). Algunas estrategias para mejorar la capacidad de adquirir nueva información son (Muñoz & González, 2009):

- Estrategias de repetición: constituyen las estrategias de elaboración de la información más superficial; mejoran el almacenamiento de información, aunque no son las estrategias más eficaces. Están formadas por tareas como la copia, el repaso de algún tema, la repetición mental y el subrayado, etc.
- Estrategias de centralización: consisten en extraer la información fundamental con el fin de reducir el material a almacenar. Supone sintetizar la información que será almacenada efectivamente.

- Estrategias de organización: se basan en la realización de una modificación o integración de la información que se debe recordar en unidades más pequeñas, pero con significado.
- Estrategias de elaboración: consiste en asociar la nueva información que se pretende almacenar con datos ya conocidos de los que dispone la persona.

Las tareas aplicadas para mejorar la memoria a corto plazo generalmente pueden ser aplicadas para la memoria a largo plazo, simplemente con ampliar el intervalo de retención. Y consisten al igual que la evaluación en una fase de aprendizaje, una fase de retención y una fase de prueba, la diferencia reside en que se proporcionan al paciente las estrategias mencionadas anteriormente (Muñoz & González, 2009).

Estimulación de las funciones ejecutivas

La intervención sobre las funciones ejecutivas implica la mejora de la capacidad para organizar las secuencias de la conducta y orientarla hacia la consecución de los objetivos deseados (Tirapi, 2009). En la rehabilitación de las funciones ejecutivas podemos establecer una declaración de principios generales para la rehabilitación, que emergen de las hipótesis actuales sobre el funcionamiento de los lóbulos frontales:

- Aplicación de una estrategia de resolución de problemas IDEAL (I = identificar, D = definir, E = elegir, A = aplicar, L = logro).
- Intervención sobre las variables cognitivas relacionadas con un buen funcionamiento ejecutivo.
- Utilización de técnicas de modificación de conducta para modificar conductas relacionadas con el síndrome disejecutivo.
- Empleos de técnicas de reforzamiento diferencial.
- Las variables situacionales deben tenerse en cuenta en un buen programa rehabilitador (interés en la actividad, presencia de distractores externos, velocidad de presentación de los estímulos).
- Los programas de rehabilitación deben ser ecológicos por lo que deben contener estrategias específicas de generalización.

Las técnicas de restauración buscan mejorar los aspectos ejecutivos deficitarios mediante la actuación directa sobre ellos. Esta estrategia terapéutica parte de la base de que se estimulan y mejoran las capacidades cognitivas alteradas mediante ejercicio y la práctica repetitiva de tareas cognitivas administradas mediante papel y lápiz o bien de forma informatizada (Tirapi, 2009).

El marco para la planificación y solución de problemas (Evans, 2001) propone una secuencia para llevar a cabo diferentes tareas que pudieran presentar una dificultad relacionadas con el funcionamiento ejecutivo:

1. Identificación del problema.
2. Definir el objetivo.
3. ¿Existe una solución?
4. Identificar posibles soluciones.
5. Decidir una solución.
6. Planificar los pasos a seguir.
7. Llevar a cabo el plan, Valorar progresos y ajustar al plan.
8. Evaluación general.

Apenas existen datos que avalen la generalización de las mejoras logradas en las actividades de la vida diaria. Es por lo que al momento de plantear un programa de intervención es importante que los ejercicios estén relacionados con situaciones de su vida cotidiana (Tirapi, 2009).

Efectividad de la estimulación cognitiva

Diversas investigaciones se han llevado a cabo con el fin de evaluar la efectividad de la estimulación cognitiva, la mayoría se hicieron con personas de la tercera edad diagnosticadas con alguna demencia o con Deterioro Cognitivo Leve. Se encontró que la estimulación cognitiva estaba relacionada con una mejora en las capacidades en adultos mayores institucionalizados (Cadavid, Villada & Klimenko, 2011). Por otra parte, se hallaron efectos positivos en el rendimiento cognitivo en adultos mayores luego de implementar un programa

de estimulación cognitiva, además se reportó una disminución en las capacidades del grupo control (Dolores & Navarro, 2006).

Asimismo, al evaluar un formato individual y uno grupal en un grupo de pacientes con Alzheimer en etapas iniciales, se encontró un mejor rendimiento en quienes recibieron el tratamiento en ambos formatos (Fernández, Contador, Serna, Menezes & Ramos, 2010). En este marco, se plantea diseñar, realizar, aplicar y evaluar un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con la finalidad de brindar estrategias que les permita mantener las funciones mentales en constante activación, en espera de que tengan un impacto positivo en su funcionamiento diario.

Finalmente, existen diversos estudios que indican la efectividad de este tipo de programas de rehabilitación cognitiva, sobre todo en población con deterioro cognitivo leve y con demencia tipo Alzheimer (Fernández *et al.*, 2010), en quienes se han encontrado resultados positivos en áreas como la atención selectiva y sostenida, memoria de trabajo, memoria a largo plazo y funciones ejecutivas.

Por ello, en el presente estudio se propuso elaborar y evaluar un programa de estimulación cognitiva sobre la atención, la memoria y las funciones ejecutivas en adultos mayores. Lo anterior, tomando en cuenta que aquellas personas que viven en un ambiente empobrecido viven solitarios, no tienen interés por los acontecimientos de la vida ordinaria, no les gusta leer ni escribir y para llenar los largos días pasan muchas horas en cama, en consecuencia, el deterioro intelectual es mucho mayor en comparación con los que mantienen un vivo interés por todo. Cuando se compara el declinar de la capacidad cognitiva entre los ancianos, sorprende cómo algunos conservan casi intactas sus facultades superiores hasta una edad avanzada, mientras que en otros ese declinar es rápido, casi siempre una de las diferencias entre ambos grupos es que los primeros han ejercitado su mente (Gonzalo, 2002).

Dentro de este contexto, la estimulación cognitiva es un conjunto de actividades y estrategias dirigidas fundamentalmente a potenciar la plasticidad neuronal, estimulando esencialmente las funciones, capacidades, destrezas y habilidades cognitivas aún preservadas (Iñiguez, 2004); dicha plasticidad implica la propiedad de las neuronas para reorganizar sus conexiones sinápticas y de

modificar los mecanismos bioquímicos y fisiológicos en respuesta a un estímulo externo (lesión cerebral) o a un estímulo interno, como serían los neurotransmisores o medicamentos (Muntané Sánchez, 2005).

Este tipo de intervención se basa en la concepción de que la estimulación de los distintos componentes de los procesos cognitivos traerá consigo una mejora en el procesamiento y una automatización de dichos procesos, conduciendo de esta forma a un mejor rendimiento (Lubrini, Periañez & Ríos, 2009). Con la estimulación cognitiva no solo se mejoran habilidades en el tipo de problemas sobre los que se trabaja, sino que sus efectos se generalizan también en otros problemas relacionados (Fernández, 2002).

La importancia de este estudio se basa en el supuesto de que la estimulación cognitiva favorece los procesos de la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, los cuales presentan alteraciones durante el envejecimiento. Para ello, las intervenciones conductuales son las más efectivas para atenuar los efectos del envejecimiento, incluyen mantenimiento y cuidado general de la salud, una dieta adecuada, ejercicio físico y un entrenamiento específico y continuado de las funciones cognitivas (Bentosela & Mustaca, 2006). Esta investigación implicó el diseño, elaboración y aplicación de un taller de estimulación cognitiva, el cual se sometió a un proceso de evaluación, para conocer su efectividad y promover su aplicación en otros grupos con características similares. Las intervenciones de este tipo en Yucatán, particularmente en Mérida, son escasas, por lo tanto, es poco el conocimiento que se tiene acerca de sus efectos en la población yucateca.

Método

Hipótesis y variables de investigación

La presente investigación se planteó como objetivo general conocer los efectos de un programa de estimulación cognitiva sobre la atención, la memoria y las funciones ejecutivas en personas de la tercera edad. Las hipótesis planteadas fueron las siguientes:

H₁. El grupo que recibió la estimulación cognitiva presentará un mejor rendimiento en la evaluación neuropsicológica posterior al programa de intervención en comparación con el grupo control.

H₂. El grupo que recibió la estimulación cognitiva presentará un mejor rendimiento en la evaluación neuropsicológica posterior en comparación con la realizada previo al programa de intervención.

Las variables incluidas en la investigación fueron las siguientes:

Variable independiente: Programa de estimulación cognitiva.

Variables dependientes: Atención, memoria y funciones ejecutivas.

Participantes y tipos de estudio

Este fue un estudio cuasiexperimental no aleatorio, de corte longitudinal que incluyó 16 adultos mayores de edad, de entre 60 y 80 años. Quienes estuvieron interesados en participar en el programa de estimulación cognitiva fueron 7 mujeres y un hombre para el grupo que recibió el tratamiento y 7 mujeres y un hombre para el grupo experimental. Los grupos fueron pareados por edad, sexo y escolaridad. Además, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación neuropsicológica previa a la aplicación del programa de intervención.

Instrumentos y materiales

Se utilizaron las subpruebas:

Retención de dígitos en progresión, Dígitos en regresión, Curva de memoria volumen promedio, así como las subpruebas de memoria verbal relacionadas a las funciones de evocación y detección visual de la batería Neuropsi Atención y Memoria (Ostrosky *et al.*, 2003).

Memoria visual por elección y memoria visual por reproducción del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (Peña-Cassanova, 2004).

Clasificación de cartas, fluidez verbal semántica y fluidez verbal fonológica de la Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales (Flores & Ostrosky, 2012a).

Resultados

Se realizaron dos análisis de los resultados obtenidos. Un análisis entre los grupos para conocer si existen diferencias significativas en las diferentes pruebas neuropsicológicas entre ambos grupos y un análisis intragrupal para conocer las diferencias entre el rendimiento de cada grupo antes y después de la aplicación.

Análisis intragrupal. Se hizo un análisis estadístico para conocer las diferencias entre los resultados obtenidos antes y después del programa de estimulación cognitiva, en cada grupo, mediante la prueba estadística W de Wilcoxon.

El grupo control no presentó diferencias significativas entre la aplicación previa y posterior a la intervención; sin embargo, el rendimiento en la segunda etapa de aplicación fue menor al de la primera. El grupo experimental, presentó mayores puntuaciones en todas las pruebas en la evaluación posterior, no obstante, solo hubo diferencias estadísticamente significativas en cinco de las once pruebas aplicadas en la evaluación: dígitos en regresión ($p = .005$), relacionada a la memoria de trabajo, lista de palabras ($p = .023$), relacionada a la codificación de información; memoria visual diferida por reproducción ($p = .041$); la prueba de cancelación ($p = .027$), relacionada con la atención selectiva; y recuerdo espontáneo ($p = .040$) (tabla 2).

Tabla 1
Diferencias en las puntuaciones obtenidas en el análisis intragrupal

Prueba			Grupo			
Control			Experimental			
Pretest		Posttest		pretest	posttest	
M(DE)		M(DE)	<i>p</i>	M(DE)	M(DE)	<i>p</i>
Dígitos en progresión	4.8(0.99)	4.7(0.70)	.705	4.8(0.64)	4.8(0.64)	1
Dígitos en regresión	3.1(0.64)	3.0(0.53)	.317	2.7(0.46)	3.7(0.46)	.005*
Lista de palabras	5.7(1.03)	5.1(0.99)	.102	6.0(1.06)	7.0(1.51)	.023*
Clasificación de cartas	28.1(9.65)	28.0(9.75)	.476	28.7(8.48)	31.5(6.43)	.393
Clasificación de cartas	22.0(12.8)	22.5(12.8)	.102	22.6(9.60)	17.5(8.63)	.080
Memoria inmediata	visual 7.8(1.26)	7.6(1.40)	.414	8.1(1.35)	8.7(1.48)	.236
Memoria Visual Diferida	10.5(4.14)	10.6(4.30)	.914	10.2(4.36)	12.0(3.11)	.041*
Recuerdo espontáneo	6.0(1.06)	6.1(1.24)	.785	6.2(1.48)	7.50(2.13)	.040*
Prueba de cancelación	13.3(4.64)	12.7(4.45)	.096	13.6(3.88)	17.2(2.97)	.027*
Fluidez semántica	17.3(5.75)	16.1(7.47)	.343	17.8(5.98)	20.1(4.51)	.234
Fluidez fonológica	12.8(5.98)	10.5(4.81)	.260	11.8(4.94)	13.1(5.27)	.131

Análisis intergrupar. Se realizó un análisis estadístico de los resultados obtenidos en ambos grupos, antes del programa de estimulación cognitiva, para comprobar que no existieran diferencias en su rendimiento, y después de la intervención, para conocer las diferencias entre las puntuaciones de ambos grupos. Ambos análisis se realizaron mediante la prueba estadística U de Mann Whitney.

Tal como se observa en la tabla 3, el grupo experimental tuvo un mejor rendimiento en cada una de las áreas evaluadas; sin embargo, solamente se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de ambos grupos en las pruebas de: dígitos en regresión ($p = .028$), lista de palabras ($p = .021$) y el test de cancelación ($p = .050$).

Tabla 2

Diferencias en las puntuaciones obtenidas en las pruebas neuropsicológicas en los grupos, en las dos etapas de aplicación

Prueba	Etapa de aplicación					
	Pretest			Posttest		
Control	Exp			Control	Exp	
	M(DE)	M(DE)	<i>p</i>	M(DE)	M(DE)	<i>p</i>
Amplitud de memoria	4.8(0.99)	4.8(0.64)	.798	4.7(0.70)	4.8(0.64)	.721
Dígitos en orden inverso	3.1(0.64)	2.7(0.46)	.328	3.0(0.53)	3.7(0.46)	.028*
Lista de palabras	5.7(1.03)	6.0(1.06)	.645	5.1(0.99)	7.0(1.51)	.021*
Clasificación de cartas	28.1(9.65)	28.7(8.48)	.574	28.0(9.75)	31.2(6.43)	.382
Clasificación de cartas	22.0(12.8)	22.6(9.60)	.161	22.5(12.8)	17.5(8.63)	.328
Memoria visual inmediata	7.8(1.26)	8.1(1.35)	.721	7.6(1.40)	8.7(1.48)	.161
Memoria Visual Diferida	10.5(4.14)	10.2(4.36)	.878	10.6(4.30)	12.0(3.11)	.574
Recuerdo espontaneo	6.0(1.06)	6.2(1.48)	.878	6.1(1.24)	7.5(2.13)	.195
Prueba de cancelación	13.3(4.64)	13.6(3.88)	.878	12.7(4.45)	17.2(2.97)	.050*
Fluidez verbal semántica	17.3(5.75)	17.8(5.98)	.798	16.1(7.47)	20.1(4.51)	.234
Fluidez fonológica verbal	12.0(5.98)	11.8(4.94)	.798	10.5(4.81)	13.1(5.27)	.234

Conclusiones

Como se mencionó antes, durante el envejecimiento sucede un ligero deterioro en diferentes procesos cognitivos, incluso en ausencia de alguna demencia o patología, pero gracias a la plasticidad cerebral el rendimiento cognitivo puede conservarse en buen estado si se mantiene una actividad mental y física adecuada. En la vejez, el cerebro muestra cierta plasticidad y sugiere que una intervención adecuada puede prevenir o disminuir los problemas de memoria (Bentosela y Mustaca, 2006). Este es el supuesto bajo el cual se desarrollan los programas de estimulación cognitiva.

Se ha demostrado el efecto preventivo y curativo de la práctica a nivel conductual, lo que derivó en el desarrollo de programas de estimulación cognitiva para la tercera edad, con la finalidad de minimizar el impacto del envejecimiento normal y enfermedades asociadas, como el Alzheimer (Bentosela y Mustaca, 2006).

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar los efectos de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores. Para ello, se comparó el desempeño de dos grupos, uno control y uno sometido a la intervención, evaluando su rendimiento cognitivo en distintas pruebas neuropsicológicas, antes y después del programa. Específicamente se planteó la hipótesis en la cual el grupo experimental presentaría un mejor rendimiento posterior a la intervención, en tareas que evalúan: memoria, atención y funciones ejecutivas.

En el presente estudio se encontraron diferencias significativas en las pruebas de: Dígitos en regresión, Lista de palabras, Memoria Verbal a largo plazo, Memoria visual diferida y en la prueba de Cancelación. Estos resultados demuestran que este programa de entrenamiento es útil para mejorar el rendimiento cognitivo de los adultos mayores, especialmente en atención selectiva y sostenida, memoria de trabajo y codificación, que fueron consistentes tanto en el análisis intragrupal, como en el análisis intergrupar; y en la memoria verbal a largo plazo y memoria visual diferida por reproducción en las cuales solamente se obtuvieron mejoras significativas en el análisis intragrupal.

Existen diversos estudios que han comprobado la eficacia de estos programas en el retraso del deterioro cognitivo durante el envejecimiento normal, por ejemplo, Shaie y Willis (1986), en un estudio longitudinal, demostraron que un programa de entrenamiento de las funciones cognitivas podría revertir la declinación que habían sufrido adultos mayores en los 14 años transcurridos. Otros estudios con ancianos sanos han demostrado resultados satisfactorios, por ejemplo, Cadavid *et al.* (2011), en un estudio preexperimental, encontraron diferencias significativas en un grupo de adultos mayores institucionalizados, es decir, reclusos en una casa de retiro, al aplicar el test minimental previa y posteriormente a la intervención, demostrando una mejora posterior a la implementación del programa.

Calero y Navarro (2005) obtuvieron resultados similares e igualmente evaluaron la eficacia mediante el test minimal.

Un diseño muy similar al presente estudio fue la investigación de Valencia *et al.* (2008), quienes en el análisis intragrupal encontraron diferencias en el test de ejecución continua (atención selectiva y velocidad de procesamiento) y la prueba de Lista de palabras (Memoria inmediata y Memoria Mecánica), no encontraron diferencias en las pruebas de fluidez verbal semántica y fonológica, ni en el número de aciertos y perseveraciones en el test de clasificación de cartas (flexibilidad cognitiva). En la prueba correspondiente a memoria visual por reproducción, en el actual estudio se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y experimental; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas; estas variaciones en los resultados obtenidos podrían ser consecuencia de la diferencia en los intervalos de retención y la estrategia de codificación utilizada en la etapa de aprendizaje; de las pruebas correspondientes en el caso de esta investigación se aplicó la prueba de memoria visual por reproducción diferida del Test Barcelona.

Respecto al análisis intergrupar no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las pruebas previas a la intervención. Posteriormente a la aplicación del programa de estimulación cognitiva se encontraron diferencias significativas en la prueba de Ejecución continua A. Sin embargo, hay dos variaciones entre el presente estudio y el de Valencia *et al.* (2008), quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prueba de lista de palabras; sin embargo, encontraron diferencias en el número de aciertos y perseveraciones del test de clasificación de cartas, mostrando el grupo experimental un mayor número de aciertos y un menor número de perseveraciones. En la presente investigación, a pesar de que se reportaron diferencias de rendimiento en este test, estas no fueron significativas.

En concreto, las diferencias encontradas en el presente estudio son producto del entrenamiento y no se explican mejor por variables demográficas, ya que ambos grupos son de características similares, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el desempeño en las pruebas aplicadas previamente a la intervención. Sin embargo, Yesavage, Rose y Spiegel (1982), encontraron que únicamente con el entrenamiento en relajación se puede mejorar el aprendizaje y la memoria en ancianos que presentan algún tipo de ansiedad o estrés. Por otro lado, Langer, Rodin, Beck, Weinman y Spitzer (1989) encontraron que los reforzadores pueden influir en la mejora del rendimiento cognitivo en adultos mayores, pero se necesitan los reforzadores correctos. Este tipo de situaciones, podrían darse dentro de los formatos individuales de estimulación cognitiva, por ejemplo, dado que estos programas facilitan espacios para la interacción social de los adultos mayores, en consecuencia, promueven el bienestar emocional de los participantes (Tuesca et al., 2003). Estos datos muestran una interacción entre los estados emocionales y las funciones cognitivas que se encuentran en todas las edades, pero que puede ser crucial durante la vejez (Bentosela & Mustaca, 2006).

No obstante, Fernández et al. (2010) realizaron una investigación para comparar la eficacia entre los formatos individual y grupal del entrenamiento cognitivo en el retraso del deterioro en pacientes Alzheimer.

Encontraron que quienes se expusieron a un formato individual presentaron una menor declinación posterior a la intervención, por lo que se podría afirmar que los efectos de los programas de estimulación cognitiva son positivos independientemente de los efectos emocionales y sociales positivos consecuencia del formato grupal.

Brindar estrategias es un factor muy importante en este tipo de intervenciones. Hartley y Anderson (1986) encontraron que los adultos mayores no generan o usan espontáneamente estrategias óptimas para resolver diversos problemas, durante el programa de estimulación cognitiva se brindaron estrategias para la codificación de la información mediante agrupaciones semánticas, en el caso del rastreo visual, se brindaron técnicas para observar sistemáticamente y mantener la atención, además de técnicas de visualización para la manipulación de la información en la memoria de trabajo.

La mejora en el funcionamiento cognitivo de los ancianos entrenados puede basar su argumento en los cambios en el funcionamiento cerebral producidos por la transición de la novedad a la familiaridad (de eventos nuevos a rutinas) de los aprendizajes. Valencia et al., 2004 sustentan que el hemisferio derecho se relaciona con la novedad cognitiva, mientras que el izquierdo lo hace con las rutinas cognitivas. Por lo tanto, en el aprendizaje de una tarea nueva, el hemisferio derecho predomina en la actividad, pero cuando ya existe experiencia en la tarea, el control predominante lo toma el izquierdo (Martin, Wiggs & Weisberg, 1997).

Con este estudio se demuestra que el programa de estimulación cognitiva es efectivo para mejorar el rendimiento cognitivo de los adultos mayores sanos, principalmente en lo que respecta a procesos cognitivos tales como la atención selectiva, la memoria de trabajo, la memoria mecánica, la memoria verbal a largo plazo y la memoria visual diferida. Por tal motivo, es importante emplear este tipo de programas de forma temprana para evitar o retrasar el deterioro cognitivo asociado con la edad o prevenir, además, el desarrollo de demencias en esta población.

Una de las limitaciones fue el escaso interés de la población para participar en el programa, esto tuvo como consecuencia la imposibilidad de tener un estudio más contundente y claro en cuanto a los resultados, debido a que en el programa solamente participaron dos hombres y 14 mujeres, un mayor interés por parte de la población hubiera brindado la posibilidad de seleccionar de forma aleatoria a los participantes.

Una propuesta para futuros estudios similares a este es la consideración de evaluar cómo perciben sus capacidades cognitivas antes y después de la implementación del programa. Por lo que sería fundamental un instrumento que pudiera estimar la autopercepción de los individuos respecto a funcionalidad, previa y posteriormente a la intervención. Estas medidas brindarían una mejor calidad a futuros estudios. Además, es importante tomar en consideración una mayor cantidad de recursos a invertir en la campaña para convocar a los participantes del programa.

Referencias

- Arroyo, E. (2002). *Estimulación psicocognoscitiva en las demencias*. España: Proas Science.
- Baddeley, A. (1986). *Working memory*. New York: Clarendon/Oxford University Print.
- Baddeley, A., Lewis, V. & Vallar. (1984). Exploring the articulatory loop. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 36(1), 233-252.
- Baltes, P. B., & Lindenbergh, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window at the study of cognitive aging? *Psychology and aging*, 12, 12-21.
- Bentosela, M. & Mustaca, A. (2006). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria: revista de psicología y ciencias afines*, 22(2), 211-235.
- Berger, K. (2009). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Médica Panamericana.
- Butcher, E., Pacheco, C. & Tirado. (2002). Plasticidad neural. En Téllez, A. (Ed), *Atención, aprendizaje y memoria: aspectos psicobiológicos* (pp.11-40). México: Trillas.
- Cabeza, R., Nyberg, L. & Park, D. (2005). *Cognitive neuroscience of aging: linking cognitive and cerebral aging*. New York: Oxford University Press.
- Cadavid, A., Villada, V. & Klimenko, O. (2011). Diseño, aplicación y evaluación de un programa de estimulación cognitiva para los adultos mayores institucionalizados en el hogar Santa Isabel del Municipio de Envigado. *Revista virtual de ciencias sociales y humanas*, 5(7), 143-164.
- Calero, D. & Navarro, E. (2006). Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud*, 17(2), 187-202.
- Chasseigne, G., Mullet, E. & Stewart, T. (1997). Aging and multiple probability learning: the case of inverse relationships. *Acta Psychologica*, 97, 235-252.
- Corsi, M. (2004). *Aproximaciones de las neurociencias a la conducta*. México: Manual Moderno.

- Craik, F. & Salthouse, T. (2000). *Handbook of aging and cognition*. New Jersey: Erlbaum.
- Crespo, D. (2006). *Biogerontología*. España: Universidad de Cantabria.
- Cuetos, F. (2003). *Anomia*. España: TEA.
- Cuetos, F. (2012). *Neurociencia del lenguaje: Bases neurológicas e implicaciones clínicas*. España: Médica Panamericana.
- De los Reyes, C., Arango, J., Rodríguez, M., Perea, M. & Ladera, V. (2012). Rehabilitación cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 421-455.
- Diamond, A. Kirkham, N. & Amso, D. (2002). Conditions under which young children can hold two rules in mind and inhibit a prepotent response. *Developmental Psychology*, 38(3), 352-362.
- Díaz, C., Martín, Y., Peralta, H. & Adrados, H. (2013). *Intervención cognitiva en personas sanas de la tercera edad*. España: UNED.
- Dolores, M. & Navarro, E. (2005). Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos sanos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud*, 17(2), 187-202.
- Fernández, B., Contador, I., Serna, A., Menezes, V. & Ramos, V. (2010). El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(2), 115-123.
- Fernández, R. (2002). *Envejecer bien: Qué es y cómo lograrlo*. España: Pirámide.
- Flores, J. & Ostrosky, F. (2012a). BANFE: *batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales*. Argentina: Manual Moderno.
- Flores, J. & Ostrosky, F. (2012b). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas*. México: Manual Moderno.
- Goldman, S. (1995). Neurogenesis and neuronal precursor cells in the adult forebrain. *The Neuroscientists*, 1, 338-350.
- Gonzalo, L. (2002). *Tercera edad y calidad de vida: "aprender a envejecer"*. España: Ariel social.
- Hamilton, S. (2000). *The psychology of ageing, an introduction*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hartley, A. & Anderson, J. (1986). Instruction, induction generation and

- evaluation of strategies for solving search problems. *Journal of Gerontology*, 41, 650-658.
- Iñiguez, J. (2004). *El deterioro cognitivo leve: la importancia de su diagnóstico diferencial para detectar una posible demencia de tipo Alzheimer*. Recuperado de <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-01.pdf>
- Kinsella, G. (1998). Assessment of Attention Following traumatic brain injury. *Neurological Rehabilitation*, 8, 351-357.
- Kurtz, M., Moberg, P., Mozley, L., Swanson, C., Gur, R. & Gur, R. (2001). Effectiveness of an attention and memory training program on neuropsychological deficits in schizophrenia. *Neurorehabilitation y neural repair*, 15, 75-80.
- Langer, E., Rodin, J., Beck, P., Weinman, C. & Spitzer, L. (1989). Environmental determinants of memory improvement in late adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*. 37: 2003-2013.
- Logie, R. (1995). *Visuo-spatial working memory*. United Kingdom: Lawrence Earlbaum Associates.
- Longino, C., Jackson, D., Zimmerman, R. & Bradsher, J. (1993). Interpersonal and economic resources as mediators of effects of health decline on the geographic mobility of the elderly. *Journal of aging and Health*, 5, 37-57.
- Lubrin, G., Periañez, A. & Ríos, M. (2009). Introducción a la estimulación cognitiva y la rehabilitación neuropsicológica. En Muñoz, E. *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. España: Editorial UOC.
- Manso, A., & Ballesteros, S. (2003). El papel de la agenda visoespacial en la adquisición del vocabulario ortográfico. *Psicothema*, 15(3), 389-394.
- Martin, M. & Anderson, C. (2001). The relationship between cognitive flexibility and affinity seeking strategies. *Advances in Psychological Research*, 4, 69-76.
- Martin, A., Wiggs, C. & Weisberg, J. (1997). Modulation of human medial temporal lobe activity by form, meaning, and experience. *Hippocampus*, 7, 587-593.
- Mataró, M., Pueyo, R. & Jurado, M. (2006). Rehabilitación de la atención. En Arango, J. (Ed), *Rehabilitación Neuropsicológica* (pp. 27-37). México: Manual Moderno.
- Mayán, S. & Fernández, M. (2008). *Mente activa: ejercicios para la estimulación cognitiva gerontológica*. Madrid: editorial Pirámide.

- Muntané Sánchez, A. (2005). *La mente y el cerebro, visión orgánica, funcional y metafísica*. Libros en red. Recuperado de <http://www.librosenred.com/libros/lamenteyelcerebrovisionorganicafuncionalymetafisica.html>
- Muñoz, E. & González, B. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de la memoria. En E. Muñoz, *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. España: UOC.
- Noreña, D., Sánchez, I., García, M., Tirapu, J., Bombín-González, I. & Ríos-Lago, M. (2010). Efectividad de la rehabilitación en el daño cerebral adquirido (II): funciones ejecutivas, modificación de conducta y psicoterapia, y uso de nuevas tecnologías. *Revista de neurología*, 51(12), 733-744.
- Ostrosky, F., Gómez, E., Matute, E., Roselli, M., Ardila, A. & Pineda, D. (2003). *NEUROPSI Atención y Memoria*. México: Manual Moderno.
- Ostrosky, F. & Lozano, A. (2006). Rehabilitación de la memoria en condiciones normales y patológicas. En J. Arango, *Rehabilitación neuropsicológica*. México: Manual Moderno.
- Park, D. & Schwarz, N. (1999). *Cognition, aging and self-report*. United States of America: Psychology Press.
- Peña-Casanova, J. (2005). *Test Barcelona: Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica*. España: Masson.
- Polonio, B. & Romero, D. (2010). *Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ponsford, J. & Kinsella, G. (1995). Evaluation of a remedial programme for attentional deficits following closed-head injury. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 10, 693-708.
- Raz, N. Rodríguez, K. & Acker, J. (2003). Hypertension and the brain: vulnerability of the prefrontal regions and executive functions. *Behavioral Neuroscience*, 117, 1169-1180.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital*. México: Prentice Hall.
- Rodríguez, R. (2010). *Cambios en la memoria de trabajo asociadas al envejecimiento*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/10634/1/T31915.pdf>

- Ruiz, M. (2014). *Manual de psicología de la memoria*. Madrid: Síntesis.
- Roselli, M. (2003). Etapas diagnósticas de la demencia. En J. Arango, S. Fernández, & A. Ardila, (Ed), *Las demencias, aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento* (pp. 91-105). México: Manual Moderno.
- Saúl, L., López, A., Rubio, F. & Carrasco, M. (2010) Evaluación de la memoria semántica: estudio transversal en personas sanas y en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 193-203.
- Schacter, D. & Tulving, E. (1994). *Memory systems*. London: The MIT Press.
- Sebastián, M. & Ballesteros, S. (2012). Effects of normal aging on event related potentials and oscillatory brain activity during a haptic repetition priming task. *NeuroImage*, 60, 7-20.
- Sohlberg, M. & Mateer, C. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York: The Guilford Press.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal International of neuropsychological society*, 8(3), 448-4460.
- Sturm, W., Willmes, K., Orgaz, N. & Hartje, W. (1997). Do Specific Attention effects need specific training? *Neurological Rehabilitation*, 1, 259-280.
- Tirapi, J. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación de las funciones ejecutivas. En E. Muñoz, *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. España: UOC.
- Tuesca, R. Fierro, N., Molinares, A., Oviedo, F., Arjona, Y. Polo, J. & Sierra, I. (2003). *Revista Española de Salud Pública*, 77(5), 595-604.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. En E. Tulving, & W. Donaldson, *Organization of memory*. New York: Academic Press.
- Tulving, E. (1995). Organization of memory: Quo vadis? En M. Gazzaniga (Ed), *The Cognitive Neurosciences* (753-847). Cambridge: The MIT Press.
- Valencia, C., López, E., Tirado, V., Zea, M. D., Lopera, F., Rupprecht, R. & Oswald, W. D. (2008). Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Revista de Neurología*, 46(8), 465-471. Recuperado de <http://web.intercom.es/jorgemas/cognicion1.pdf>

Velilla, L., Soto, E. & Pineda, D. (2010). Efectos de un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico. *Revista chilena de neuropsicología*, 5(3), 185-198.

Yañez, G. (2016). *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: Diagnóstico, evaluación e intervención*. México: Manual Moderno.

Yesavage, J., Rose, T., & Spiegel, D. (1982). Relaxation training and memory improvement in elderly normal: Correlation of anxiety ratings and recall improvement. *Experimental aging research*, 8(4), 195-198.
<https://doi.org/10.1080/03610738208260365>

CAPÍTULO III

PSICOTERAPIA NARRATIVA: INTERVENCIÓN GRUPAL CON ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I

Argelia Lizandra López Osorio

Elia María Escoffié Aguilar

Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo promover la adaptación emocional de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I. Las conversaciones giraron en torno a la integración grupal, el cuidado y control excesivo de los padres hacia sus hijos con diabetes, autocontrol, autoestima, relaciones interpersonales y vida cotidiana sin diabetes. Temáticas que surgieron de las voces de los adolescentes durante la contextualización. Participaron 16 jóvenes con diabetes mellitus tipo I, de una asociación civil, en Yucatán; de ellos 9 son hombres y 7 son mujeres, cuyas edades se encuentran entre los 13 y 17 años. La intervención se llevó a cabo desde la psicoterapia narrativa, bajo una metodología cualitativa. Durante el proceso se utilizaron diversas técnicas, como son los documentos terapéuticos, contradocumentos y la externalización, propias de la terapia narrativa. También se emplearon otras técnicas como el juego, role playing y la pregunta del milagro, que a pesar de no pertenecer a la terapia narrativa, dieron pie a las conversaciones con los participantes. Al inicio de la intervención fue posible observar historias saturadas del problema y con una carga de poder inclinada hacia las personas encargadas de su cuidado. Al finalizar la intervención, surgieron historias alternativas, con discursos ricos que reflejan adolescentes con diabetes mellitus mejor adaptados a su condición de vida, o como ellos prefieren llamarlo: acompañados de su amiga la diabetes.

Introducción

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables de 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica (OMS, 2015). La diabetes —en particular— es una enfermedad que ha aumentado su prevalencia en los últimos años.

La Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013) calcula que alrededor de 366 millones de personas de todo el mundo, lo que representa 8.3% de los adultos, presentaba diabetes en el 2011. Alrededor de 80% de estas personas, vive en países de ingresos medios y bajos. Refiere también que, de continuar estas tendencias, para el año 2030 serán alrededor de 552 millones de personas las que presenten diabetes, es decir, un adulto de cada 10. Esto equivale a aproximadamente tres nuevos casos cada 10 segundos, o casi 10 millones al año. Señala que los mayores aumentos se producirán en las regiones dominadas por las economías en desarrollo. La Asociación Mexicana de Diabetes del Sureste (AMDS, 2015) refiere que se gastan 378 millones de dólares cada año en la atención de la diabetes y que, a partir del 2030, el gasto aumentará a 490 millones de dólares.

La OMS (2015) menciona que en 2012 fallecieron 1.5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas. Coincide con la FID, en que un alto porcentaje de muertes por diabetes (80%) se presenta en los países de ingresos medios y bajos como México, el cual presenta una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Menos de 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales y 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardiovasculares y el cáncer (Secretaría de Salud, [SS], 2007).

La diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte en México y la proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes es de 9.2%: poco más

de un 80% recibe tratamiento, 25% presenta evidencia de un adecuado control metabólico, 13% reciben insulina sola o insulina combinada con pastillas, 16% no cuenta con protección en salud, 24.7% está en riesgo alto (HbA1c entre 7% y 9%) y 49.8% está en riesgo muy alto (HbA1c > 9%) de padecer las complicaciones, 47% han recibido también diagnóstico de hipertensión arterial, así como que son bajos los porcentajes de la población que se realizan mediciones de hemoglobina glucosilada, microalbuminuria y revisión de pies (OMS, 2015).

Es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%). Asimismo, incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal. Además, es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera (SS, 2007).

Yucatán, a su vez, presenta fuertes retos en materia de enfermedades crónicas, especialmente relacionados con la diabetes. Por ello, el Plan Estatal de Desarrollo 2012-2018 continúa apostando en la línea del gobierno federal por el derecho de todo habitante a la salud. Por esto menciona que se debe cumplir con dos condiciones: (1) se debe proporcionar una cobertura efectiva y (2) debe responder con calidad y eficiencia a los retos de salud pública de nuestra región. Señala que en materia de salud el principal objetivo de las intervenciones públicas radica en realizar un esfuerzo conjunto para el desarrollo de acciones de prevención para atender los retos de enfermedades transmitidas por vector, infectocontagiosas y crónico degenerativas, con énfasis en la obesidad y la diabetes.

Diabetes

La diabetes Mellitus (DM) constituye un grupo genética y clínicamente heterogéneo de alteraciones, que tienen en común la intolerancia a los hidratos de carbono, debido a un deterioro de la secreción y de la efectividad de la insulina

para metabolizar la glucosa (Villalobos Pérez, Brenes Saenz, Quirós Morales & León Sanabria, 2006). Es una enfermedad crónica que aparece cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede usar la insulina eficazmente.

Es una hormona producida en el páncreas que permite que la glucosa de los alimentos entre en las células del cuerpo, donde se convierte en la energía necesaria para que funcionen los músculos y los tejidos. Una persona con diabetes no absorbe adecuadamente la glucosa, la cual sigue circulando por la sangre (una afección conocida como hiperglucemia), lo que daña —con el tiempo— los tejidos del cuerpo, este daño puede conducir a una discapacidad y a complicaciones de salud que pueden llegar a ser mortales (FDI, 2013). Existen cuatro tipos de diabetes:

1. La diabetes tipo 1. Se caracteriza por la destrucción paulatina de las células pancreáticas, por un proceso inmune mediado en un huésped susceptible que ha sido expuesto a un disparador ambiental, lo que conduce a un déficit absoluto de insulina. Como resultado, el cuerpo ya no puede producir la insulina que necesita (Asenjo, Muzzo, Pérez, Ugarte y Willshaw, 2007). Puede afectar a personas de cualquier edad, pero es más comunes en la niñez y la adolescencia. Se estima que afecta entre 1 y 2 niños por cada 1,000 (Brink, como se citó en Salvador Ortiz, 2004). Las personas con este tipo de diabetes necesitan insulina todos los días para controlar los niveles de glucosa en sangre. Sin insulina, una persona con diabetes tipo 1 muere (FDI, 2013). Entre los síntomas más comunes se encuentran orinarse con frecuencia, sentir sed constantemente y la pérdida de peso. Se cree que existen tres cosas que causan este tipo de diabetes: la herencia, la autoalergia o algún virus que cause daño a las células del islote (Chase, 2008).
2. Diabetes de tipo 2. Se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una

reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos (FDI, 2013).

3. Diabetes gestacional. La diabetes gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo. A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación (Almirón, Gamarra y González, 2005). Las mujeres que desarrollan una resistencia a la insulina y, por tanto, una alta glucosa en sangre durante el embarazo se dice que tienen diabetes gestacional (también conocida como diabetes mellitus gestacional o DMG). En las mujeres normalmente desaparece después del parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollarla en embarazos posteriores y de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida (FDI, 2013).
4. Otros tipos de diabetes. Solo corresponden de 1% a 2% de los casos y sus causas pueden ser diversas: defectos genéticos en la función de las células productoras de insulina, enfermedades del páncreas, o diabetes inducida por medicamentos (SS; Federación Mexicana de Diabetes, A.C., 2008).

La DM se entiende como un proceso de etiologías variadas que comparten manifestaciones clínicas comunes. La posibilidad de identificar la etapa en la que se encuentra la persona con DM facilita las estrategias de manejo. Estas etapas son:

1. Normoglucemia. Cuando los niveles de glucemia son normales, pero los procesos fisiopatológicos que conducen a DM ya han comenzado e inclusive pueden ser reconocidos en algunos casos. Incluye a aquellas personas con alteración potencial o previa de la tolerancia a la glucosa.
2. Hiperglucemia. Cuando los niveles de glucemia superan el límite normal. Esta etapa se subdivide en:

- A. Regulación alterada de la glucosa (incluye la glucemia de ayuno alterada y la intolerancia a la glucosa) y
- B. Diabetes mellitus, que a su vez se subdivide en:
 - a. DM no insulino-requiriente
 - b. DM insulino-requiriente para lograr control metabólico
 - c. DM insulino-requiriente para sobrevivir (verdadera DM insulino-dependiente) (Asociación Latinoamericana de Diabetes, [ALAD], 2013).

Aspectos psicológicos en adolescentes con diabetes mellitus

La diabetes mellitus tipo I (DM1) es una de las afecciones más comunes en la infancia y el número de niños que la presentan aumenta cada vez más rápido. Asimismo, este organismo refiere que “dos proyectos de colaboración internacionales, el estudio Diabetes Mondiale (DIAMOND)¹ y el estudio Europa and Diabetes (EURODIAB)², y, más recientemente en EE. UU., el estudio SEARCH for Diabetes in Youth ³, demuestran que la incidencia en menores de 15 años es cada vez más alta” (FID, 2013, p. 42).

Los adolescentes con diabetes, especialmente, resultan ser focos rojos entre la población con diabetes, ya que además de trabajar en su adaptación y aceptación de la enfermedad, también es necesario trabajar con los cambios que se les presentan debido a la etapa de desarrollo que viven.

La administración frecuente de insulina, la revisión de los niveles de glucemia y el tratamiento de los niveles altos y bajos de azúcar, son parte de la vida diaria con diabetes. Los niños y adolescentes con esta afección y sus familias también deben coordinar estas tareas con la ingesta alimentaria y la actividad física. Otros aspectos del control diabético incluyen acudir con regularidad a citas concertadas de diabetes en clínicas y hospitales, monitorear el riesgo y el tratamiento de las complicaciones médicas y dar apoyo activo al sistema inmunológico a fin de evitar infecciones. Estas tareas son exigentes y pueden resultar perturbadoras y estresantes, ya que demuestran cómo los niños y adolescentes con diabetes y sus familiares tienen una serie de momentos de estrés que otros niños sin la afección no experimentan (Naranjo & Hood, 2013). A esto se suma que cada adolescente diabético debe efectuar controles diarios

de glucemia, registrar los resultados de estos controles, ajustar dosis de insulina con base en los resultados de las glicemias, reconocer síntomas de hipoglicemia e hiperglicemia y saber cómo manejarlos (Kyngäs, Hentinen & Barlow, como se citó en Salvador Ortiz, 2004).

La diabetes, a diferencia de otras enfermedades crónicas, requiere un extraordinario esfuerzo para el autocontrol, lo que puede producir un estrés psicosocial y psicológico añadido que afectaría de manera desfavorable al enfermo con esta patología. Por ello, la diabetes es una enfermedad que requiere grandes ajustes en el estilo de vida y una amplia educación del paciente (Martínez, Lastra & Luzuriaga, 2002). En la población que presenta diabetes mellitus tipo I o II, los índices de estrés tienden a estar presentes desde los inicios de la enfermedad y a lo largo de todo su curso, puesto que se considera estresante el solo hecho de padecer una enfermedad metabólica crónica incapacitante (Gálvez, como se citó en Ortiz Parada, 2006).

Además, al crecer los niños (en la adolescencia), podría haber funciones sociales en las que, o no pueden participar o tan solo participan de manera limitada a causa de su afección (Naranjo & Hood, 2013). La persona con diabetes es en general poco aceptada socialmente y son muchos los casos en que el joven diabético evita hablar a otros de su enfermedad, y se excluye de la práctica de deportes o de los viajes organizados. La autoimagen es típicamente inestable en la adolescencia temprana, pero el adolescente diabético puede tener una autoimagen especialmente mala, pues se ve a sí mismo como defectuoso o más débil que sus compañeros, lo que intensifica los sentimientos de inferioridad y el miedo al rechazo de sus compañeros (Martínez Chamorro, Lastra Martínez & Luzuriaga Tomás, 2002).

Asimismo, existen otras dificultades más sutiles que suelen incluir el estrés familiar. También se pueden producir tensiones entre los hermanos por el sentimiento de que las preocupaciones de los padres se centran en el niño con diabetes. Por todas estas razones, no sorprende que los niños y adolescentes con diabetes corran un mayor riesgo de desarrollar depresión, ansiedad y problemas psicológicos que los niños sin la afección. Concretamente, entre un 15% y un 25% de los adolescentes con diabetes tipo 1 experimenta depresión en comparación

con 14.3% de los niños que no tienen una enfermedad crónica (Naranjo & Hood, 2013).

De la misma manera, ser diagnosticado de diabetes en la adolescencia se asocia frecuentemente con un mayor conflicto parental. Cuando el adolescente comienza a afirmarse en sí mismo y a asumir nuevas responsabilidades, se encuentra con el control de sus padres dominando sobre todos ellos. Como resultado, puede afirmar su independencia negando la enfermedad, no acudiendo a las citas médicas o rehusando cumplir las pautas de la dieta o de la insulina. Puede haber períodos de depresión y de retraimiento, comportamiento hostil de “paso-al-acto”, que puede conducir a conductas delincuentes (Martínez Chamorro et al., 2002).

Por todo esto, es indiscutible señalar que el contemplar la atención psicológica en el tratamiento de adolescentes con diabetes mellitus es indispensable. Es necesario crear programas de atención integrales que beneficien y mejoren la calidad de vida de estos usuarios de los sistemas de salud.

Los problemas emocionales pueden ser tan importantes que indiquen la necesidad de asistencia psicológica, en particular si estos son responsables de incumplimiento terapéutico o de un mal control metabólico. La evaluación terapéutica debe incluir la revisión de posibles problemas psicológicos y sociales que impidan el autocuidado, como preocupaciones o miedos relacionados con la diabetes, alteraciones psiquiátricas, fuentes de estrés en la vida personal, escolar o social o conflictos familiares subyacentes. El contacto temprano con profesionales de la salud mental hará más fáciles las consultas posteriores y disminuirá el estigma asociado con ser referido a los mismos.

Asimismo, es importante mencionar que por el control que requiere la diabetes y a la dificultad de todo proceso de enfermedad, el apoyo familiar y social que requieren las personas con diabetes son fundamentales (SS, 2007). En algunos casos, las familias podrían necesitar apoyo psicológico, que les ayude a desarrollar estrategias positivas de afrontamiento.

Sin embargo, y tristemente, el presupuesto asignado a salud en México es mínimo, y de ese presupuesto solamente 2% está orientado a la salud mental; de este monto, se destina 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos. El

número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental asciende a 10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. Estos recursos son insuficientes, mal distribuidos y la mayoría de ellos están concentrados en hospitales psiquiátricos. Esto demuestra la falta de personal y de una calidad de atención a los niños con diabetes (Organización Panamericana de Salud y OMS, 2011).

La labor psicológica está subestimada y no se mira en el ámbito de salud como un apoyo a la parte médica, a pesar de conocer la influencia que tienen los factores psicológicos en las enfermedades, así como en su rehabilitación y tratamiento. Es por ello y por todo lo expuesto a lo largo de este escrito, que el presente proyecto se centra en la intervención psicológica con niños con diabetes. Las cifras de nuestro país, y especialmente de nuestro estado, demuestran la necesidad de dicho proyecto.

Supuestos básicos de la terapia narrativa

Michael White y David Epston son coautores de lo que actualmente se conoce en psicoterapia como “Narrativa” (Campillo Rodríguez, 1996). El término narrativa implica escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de sus vidas. Ante problemas graves o potencialmente extremos la idea de escuchar puede parecer trivial, pero las conversaciones crean realidades nuevas. La terapia narrativa asume que los factores sociales, políticos y culturales afectan las vidas de las personas y sobre todo que las situaciones de poder son endémicas tanto personalmente como globalmente. Se reconoce que la terapia misma puede ser nociva si se basa en relaciones de poder tácitas: los terapeutas narrativos intentan minimizar esto a través de retroalimentaciones constantes (Payne, 2002).

El contar y contarse historias es, tal vez, una de las prácticas más antiguas del pensamiento humano. Todos narramos historias. Cuando alguien nos pregunta por lo que hemos hecho o por algún episodio de nuestras vidas, le relatamos una historia. Una historia hilada, con sentido, organizada sobre la base de conectores “lógicos” y de secuencias temporales. La vida de cada uno de

nosotros es una historia construida, en donde el actor principal del relato es la persona que nos está relatando los acontecimientos (Zlachevsky Ojeda, 2003). Los puentes de significado que se crean hacen que se produzcan resultados curativos (Freeman, Epston & Lobovits, 2010).

Todas las terapias desarrollan un léxico que refleja sus ideas y presupuestos, pero White y Epston (Campillo Rodríguez, 1996) prestan especial interés a la precisión lingüística, porque el lenguaje puede emborronar o distorsionar una experiencia que se está contando, condicionar las formas en las que actuamos o sentimos o, por el contrario, formularse conscientemente como herramienta terapéutica. En la psicoterapia, donde por excelencia continuamente se negocian significados, lo importante, desde una postura posestructuralista, no es descubrir “lo real” de lo que pasa, sino analizar cómo la historia personal capturada en un discurso crea una visión de la realidad, saturada por el problema, que excluye o descarta otras experiencias, que de ser tomadas en cuenta, aportarían elementos para una historia alternativa, no saturada del problema. Esta es la tarea que la Narrativa, como alternativa psicoterapéutica, propone: la construcción de historias diferentes.

White (como se citó en Tarragona, 2006) propone que en la terapia no es muy útil pensar en términos de profundo y superficial. Prefiere pensar siguiendo la metáfora propuesta por Gilbert Ryle y Clifford Geertz de descripciones ricas, densas o gruesas y descripciones frágiles, simples o delgadas. Una historia densa está llena de detalles, se conecta con otras y, sobre todo, proviene de las personas para quienes esa historia es relevante. Una historia “delgada” generalmente proviene de observadores de fuera, no de las personas que la están viviendo y difícilmente tiene lugar para la complejidad y las contradicciones de su experiencia. Cuanto más “densa” sea una historia, más posibilidades abrirá para la persona que la vive. Algunas características de “una terapia situada en modo narrativo de pensamiento” son (Campillo, 2001; Tarragona, 2008; Martínez-Taboas, 2012):

1. Utiliza la inspiración transdisciplinaria. Lo que implica que el terapeuta narrativo puede usar conocimientos de varias disciplinas, entre ellas la semiótica, la antropología, lingüística y la filosofía.

2. Tiene una visión social del conocimiento y la identidad. Se plantea que la interpretación que le damos a nuestras experiencias es construida a través del intercambio social y que una misma experiencia puede ser construida de manera diferente de acuerdo con el contexto cultural y relacional del momento.
3. Atención particular al contexto. La problemática del cliente es analizada desde el ángulo del contexto de su cultura, religión, sociedad y relacional, ya que es el contexto el que configura el significado lingüístico que se le da a una experiencia.
4. Da la máxima importancia a las vivencias de la persona. El cliente es la estrella del encuentro terapéutico. Se parte de la premisa de que el cliente es el experto en su vida y de que las metas terapéuticas las identifica él o ella. Por lo tanto, el terapeuta ahora no es el experto, sino más bien un colaborador curioso que desea ser informado por el cliente.
5. Favorece la percepción de un modo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.
6. Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples.
7. Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos; a través del lenguaje le damos significado a nuestro mundo circundante. Es a través de la construcción lingüística que toma apariencia y forma el problema del cliente.
8. Mira la terapia como un viaje común. La terapia es una travesía de exploración, conversación, buscar soluciones y desarrollar múltiples historias alternas que realiza la persona con acompañamiento del terapeuta.
9. Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos.
10. Fomenta el sentido de la autoría y la reautoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia, reconociendo que el cliente debe controlar sus decisiones y el curso de su vida.
11. Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el “objeto” se convierte en autor privilegiado.
12. Introduce consistentemente los pronombres “yo” y “tú” en la descripción de los eventos (White & Epston, 1993).

13. Valora la multiplicidad de voces. En la terapia narrativa se entiende que la multiplicidad de perspectivas favorece el trabajo terapéutico.
14. Incorpora el conocimiento local. Inspirado en el concepto de conocimiento local, aquí se cuestionan los discursos universales o metanarrativas. En vez, se trabaja en terapia desde el punto de vista del cliente y no desde una postura teórica universal.
15. Utiliza la transparencia. El terapeuta ahora no es un observador objetivo del cliente. Por lo tanto, los prejuicios, opiniones o posturas del terapeuta deben ser transparentes al cliente y ser compartidos con este si fuera necesario.
16. Presenta interés en lo que funciona. En el lenguaje terapéutico narrativo se hace énfasis en un discurso de resiliencia y de explorar posibilidades de cambio a través de la creación lingüística de nuevas opciones liberadoras. El terapeuta se aleja del discurso tradicional que veía al cliente con deficiencias y patologías.

Existen diversas técnicas utilizadas en la psicoterapia narrativa, algunas se enlistan a continuación:

Las conversaciones de reautoría tienen lugar entre el terapeuta y la(s) persona(s) que le han venido a ver e involucra la identificación y cocreación de argumentos de identidad alternos. La práctica de reautoría está basada en la suposición de que no es posible que ninguna historia pueda englobar la totalidad de la experiencia de una persona, pues siempre habrá inconsistencias y contradicciones. Siempre habrá otros argumentos que puedan ser creados para los eventos de nuestras vidas. Como tales, nuestras identidades no están hechas de una sola historia. La historia de nadie puede sumarnos (Russell & Carey, 2004).

Las conversaciones de remembranza evocan la vida como en un “club de miembros”, “identidad” como una “asociación” de vida, abren posibilidades para la revisión de la membresía propia a nuestra vida: para la mejoría de algunas membresías y la degradación de otras; para honrar algunas membresías y para la revocación de otras; para otorgarle autoridad a algunas voces en ciertos temas de la identidad personal y para la descalificación de otras voces en esos temas (White, 2005).

Los documentos terapéuticos. White y Epston (1993) usan una gran variedad de documentos en la terapia, ellos creen que la mayoría de los documentos escritos sobre los clientes, por ejemplo, expedientes y reportes psicológicos,

contienen descripciones negativas basadas en un lenguaje de déficit y patología (Tarragona, 2006). Es por lo que el terapeuta narrativo utiliza documentos que puedan apoyar las historias alternativas de los clientes. El terapeuta puede emplear documentos escritos, de su propia autoría, o creados por la persona que consulta. Estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten describir su propio progreso (Payne, 2002).

Los contradocumentos. White y Epston (como se citó en Tarragona, 2006) piensan que los documentos comúnmente utilizados en la terapia, como los expedientes, pueden contribuir a fortalecer la historia dominante, cargada de problemas, que tiene efectos negativos sobre la identidad de las personas. Proponen que los terapeutas pueden ofrecer un contrapeso al escribir contradocumentos que ofrezcan descripciones diferentes de los clientes.

Asociación Mexicana de Diabetes del Sureste

La investigación se llevó a cabo en una Asociación civil de Yucatán que se encarga del trabajo con niños y adolescentes con diabetes mellitus de tipo I. Dicha Asociación abarca a una gran población con diabetes en el sureste de México. Entre sus funciones está brindar información médica y nutricional a los padres, niños y adolescentes que asisten a sus instalaciones. Asimismo, les proporcionan un glucómetro y lancetas para monitorear sus niveles de glucosa, así como consultas endocrinológicas y nutricionales. La organización está consciente de que existen otras causas que merman la calidad de vida y salud mental de los pacientes con diabetes y sus familiares, como lo son las emocionales y psicológicas; sin embargo, no cuentan con un área de atención psicológica para sus usuarios.

Como se mencionó anteriormente, la atención psicológica tiene un papel primordial en el tratamiento de la diabetes. En este sentido, en los últimos años ha crecido enormemente el interés acerca de los aspectos psicosociales y de la calidad de vida en las enfermedades crónicas, en particular la diabetes. Por lo tanto, la aproximación terapéutica debe incluir la comprensión de las ramificaciones sociales, psicológicas y psiquiátricas de la diabetes mellitus tipo I si se desea alcanzar la meta de lograr el bienestar del paciente a la vez que la prevención de las complicaciones (Martínez Chamorro *et al.*, 2002).

El adolescente con diabetes, por lo tanto, debe recibir atención psicológica que le ayude en el doble proceso que vive: la adaptación a la adolescencia y la diabetes mellitus. Asimismo, las familias y personal de salud de la asociación deben recibir orientación psicológica que les permita brindar el apoyo necesario a los adolescentes, para que su calidad de vida mejore.

Todo lo anterior marca la pauta para decidir responder ante la urgente necesidad de incluir —en el esquema de salud integral— la atención de las necesidades emocionales y aspectos psicológicos de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I. Con ello, se pretende aportar a la comunidad científica un modelo de intervención efectivo en materia psicológica para trabajar con adolescentes que se encuentran en una condición de vida relacionada con la diabetes. De igual forma, se pretende contribuir, de cierta forma, a la reducción en el costo de atención de las personas con diabetes y, principalmente, beneficiar directamente a los usuarios de la asociación con la mejora en su calidad de vida y salud mental.

Método

La metodología utilizada es la cualitativa, a fin de desarrollar un programa de intervención psicoterapéutica grupal, mediante el uso de la psicoterapia narrativa para adolescentes que viven con diabetes mellitus tipo I.

Los objetivos son:

- Identificar las necesidades psicológicas de adolescentes que viven con diabetes mellitus.
- Diseñar un programa de intervención, desde la psicoterapia narrativa, para dar respuesta a las necesidades identificadas.
- Implementar el programa de intervención.
- Evaluar el programa de intervención.

Es importante mencionar que la investigación se llevó a cabo en dos momentos. El primero hace referencia a una contextualización, con un enfoque fenomenológico, con el objetivo de identificar las necesidades psicológicas de adolescentes con diabetes mellitus; el segundo momento hace alusión a la intervención con los adolescentes mediante un proceso terapéutico narrativo.

Aclarado lo anterior, se ahondará acerca de la metodología de la contextualización.

Contextualización. Como ya se hizo mención, por considerarlo más adecuado, se empleó el método de la fenomenología para la contextualización, ya que permite tener un acercamiento poco invasivo con la población con la que se trabajará. Busca entender los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor, la realidad que importa es la que las personas perciben como relevante (Galeano, 2004).

Específicamente se ha observado que, al buscar la conciencia y los significados a través de la fenomenología, las necesidades y potencialidades de los individuos se dan a conocer mejor y se abren vías significativas para cambiar los procesos de cuidados de los pacientes, en este caso adolescentes con diabetes mellitus tipo I (Pavan, Barbosa & Fernández, 2011). Esto permite investigar tanto los comportamientos individuales como grupos sociales que viven una situación típica o, como Alfred Schutz diría (como se citó en Dreher, 2012), el mundo de la vida cotidiana.

Con este método se pretendió un acercamiento con los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, para conocer su experiencia con esta condición de vida, sin que ellos se sientan cuestionados o estudiados; se buscó que esta aproximación fuera lo más natural posible, ya que, al estar expuestos a diferentes profesionales de la salud, chequeos y hospitales, se sienten saturados y cansados. Se utilizó este método porque también permite conocer ampliamente el contexto de los jóvenes y la Asociación, así como el de todos los actores participantes en la misma, lo que brinda una perspectiva general de la situación y sus usuarios.

De igual forma va de la mano con la terapia narrativa —enfoque elegido para la intervención—, ya que ambas miran a las personas desde una perspectiva más igualitaria y equitativa, dándole mayor relevancia a las experiencias e historias de las propias personas, sin buscar una única realidad objetiva, sino la riqueza de la propia realidad personal, desde un nivel profundo y dándole mayor énfasis a la comprensión de los significados de las personas. La terapia narrativa, además de un proceso fluido y anclado en la tendencia actualizante del ser humano, se constituye como una de las formas de facilitar el desarrollo de la

agencia o del “poder personal”, entendido este como “la capacidad de cada uno de los seres humanos de hacerse forjadores de su propio destino, de asumir su propia vida y sus propias decisiones” (Segrera & Mancillas, como se citó en Armenta Mejía, 2002).

Participantes. Se hizo una contextualización con diversos actores directamente relacionados con una Asociación civil encargada del trabajo de niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo I en Yucatán. En dicha contextualización participaron 16 jóvenes, de los cuales 8 son hombres y 8 son mujeres, cuyas edades se encuentran entre los 13 y 17 años. Estos jóvenes son usuarios regulares de los servicios que brinda dicha Asociación; la mayoría radica en la ciudad de Mérida, aunque cinco de ellos viven en comunidades del interior del estado o comisarías de Mérida. En general, el nivel socioeconómico del grupo es de medio a medio bajo. De igual forma participaron en esta aproximación 6 padres de familia de los jóvenes antes mencionados, 3 son hombres y 3 mujeres; la coordinadora general de la asociación, nutrióloga de profesión, y lleva 5 años al frente de la misma; la pasante de nutrición en turno, encargada del trabajo de educación en diabetes con los jóvenes; una nutrióloga y una psicóloga. Estas últimas, aunque no pertenecen a la Asociación, funcionan como consultoras externas de ella y han atendido en varias ocasiones a jóvenes referidos por esta.

Objetivos de la contextualización

Describir, desde una perspectiva fenomenológica, las experiencias de vida de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, de una Asociación civil de Yucatán.

Conocer las necesidades que los adolescentes con diabetes mellitus identifican en ellos mismos, por su condición de vida, a través de la narración de sus historias.

Conocer las necesidades en materia psicológica que los padres y madres identifican en sus hijos e hijas con diabetes mellitus tipo I, así como sus experiencias de vida a través de sus historias.

Conocer las necesidades en materia psicológica que los profesionales de la Asociación y de la salud identifican en sus usuarios y usuarias adolescentes con diabetes mellitus tipo I.

Técnicas de la contextualización. Las técnicas que se utilizaron para elaborar la contextualización son entrevista grupal no estructurada, entrevistas individuales semiestructuradas y taller participativo.

La entrevista grupal no estructurada se llevó a cabo con los padres y madres de familia. Esta técnica se eligió porque le da gran libertad a los entrevistados para hablar sin límites acerca de un tema determinado. Ander Egg (2003) refiere que la persona interrogada responde de forma exhaustiva, con sus propios términos y dentro de su cuadro de referencia a la cuestión general que le ha sido formulada. De esta forma los padres y madres de familia tuvieron oportunidad de hablar de sus experiencias, de contar y narrar sus historias sin sentirse atados en sus relatos y expandirse hasta donde consideraran necesario.

Las entrevistas individuales semiestructuradas se llevaron a cabo con los profesionales de la salud, tanto de la asociación como con los consultores externos. Se eligió este tipo de entrevista, pues también es de carácter flexible y ayuda a los entrevistados a hablar acerca de los temas específicos, en este caso la diabetes y la situación de vida de los adolescentes con los que trabajan, todo de una manera flexible. Las narrativas presentes en la entrevista representan descripciones de la organización de las actividades de las personas, y en ese carácter descriptivo está la potencialidad de captar fuentes de significado (Merlisnky, 2006).

Finalmente, se utilizó un taller participativo con los adolescentes, el cual constó de dos sesiones de dos horas cada una. International HIV/AIDS Alliance (2002) menciona que se usan metodologías participativas en situaciones donde un grupo de personas deben trabajar juntas para resolver un problema común, para lo que se requieren las experiencias y conocimientos de una serie de individuos. En este caso le llamaremos tema en común “su situación de vida (diabetes)”. Con esta técnica se facilita compartir experiencias y conocimientos; así, se demuestra que la contribución de cada persona es importante. Durante el taller se efectuaron actividades de juego que ayudaron a los chicos a sentirse más en confianza y disminuir el estrés durante el trabajo en grupo. Asimismo,

las técnicas de juego permitieron a los participantes contar sus historias de una forma menos amenazante y más extensa. Al respecto, Schaefer (2012) menciona que la persona es el autor de la historia, solo hay que proporcionarle el espacio de reescribirla, y el taller participativo fue un buen espacio conductor para comenzar con la narración de sus propias historias.

Procedimiento de la contextualización. La entrevista grupal no estructurada se llevó a cabo con los padres y madres de familia de los adolescentes con diabetes mellitus de la Asociación. Se convocó de manera abierta a los padres y madres que quisieran asistir y participar en dicha charla. Acudieron 6 personas, 2 hombres y 4 mujeres, quienes hablaron de manera fluida de sus historias y sus experiencias al enterarse que sus hijos tenían diabetes mellitus tipo I. También platicaron de cómo han llevado este proceso y qué es lo que observan en sus hijos a raíz del diagnóstico.

Las entrevistas individuales semiestructuradas se realizaron a la coordinadora de la Asociación, la pasante de nutrición que trabajaba con los adolescentes, una nutrióloga y una psicóloga de un centro del ayuntamiento de Mérida, que funcionan como consultoras externas de la Asociación. La duración de cada entrevista fue de 60 a 90 minutos. Los ejes centrales de la entrevista fueron su experiencia como personal de salud a cargo de la atención de los jóvenes, las necesidades que observan en ellos y los factores que, en su experiencia, se relacionan con dichas necesidades.

El taller participativo se llevó a cabo en dos sesiones de dos horas. Se efectuaron actividades lúdicas que permitieron la apertura de los jóvenes para narrar sus historias tales como las máscaras y la botella. Durante la primera actividad ellos confeccionaban una máscara propia, agregándole los elementos que desearan para luego presentarse a través de ella al resto del grupo y explicar el porqué de los elementos. La segunda actividad sirvió para que los adolescentes hablaran específicamente de situaciones relacionadas con la diabetes y cómo ellos viven día a día con ella. La dinámica del juego fue la ya conocida; los participantes se sientan en círculo y al centro de ellos se gira una botella, la persona que señala la parte gruesa de la botella realizará una pregunta, la persona que señale la parte delgada responderá dicha pregunta. Es importante señalar que después de algunas preguntas el juego pasó a segundo término y la

compartición de historias tomó el rol principal. Asimismo, se hicieron tomas de temperatura grupal al inicio y al final de cada sesión, y algunas otras dinámicas de juego, con el fin de favorecer el ambiente de confianza para la conversación. De igual forma se hizo una plenaria a través de la cual los adolescentes, después de escucharse y en consenso, decidieron cuáles serían las temáticas para trabajar. Estas fueron escritas en un rotafolio y jerarquizadas con base en un diálogo grupal.

Ética. Al inicio de la investigación se realizó una reunión con los padres de familia (tutores legales de los adolescentes), en la que se expuso el objetivo de la investigación y los procedimientos a realizar. Asimismo, se les entregó un consentimiento informado, mismo que firmaron ellos, y en el que autorizaban la participación de sus tutorados en dicha investigación. Un punto importante tratado en la reunión fue la grabación en audio durante las entrevistas y sesiones en las que participarían tanto los adolescentes como ellos. Se les informó que la finalidad de estas grabaciones era el análisis de tales conversaciones. Asimismo, se especificó que dichas grabaciones no serían presentadas en esta investigación.

La confidencialidad fue otro aspecto tratado. Se les enteró que los nombres serían modificados y que no se incluirán detalles que ayudaran a su identificación. De igual forma, se platicó con los adolescentes sobre estas particularidades durante su primera sesión.

Es importante recalcar que el consentimiento informado se hizo bajo los lineamientos establecidos por el código ético del psicólogo, cuidando que se cumpliera con las características requeridas, es decir, que la persona que consiente: posea la capacidad para consentir, se le proporcionó la información concerniente al procedimiento, expresó libremente y sin influencias su consentimiento y fue documentado de manera apropiada (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Resultados de la contextualización. Los relatos dejan ver las distintas historias que los actores tienen del mismo suceso. Es posible mirar los matices, las percepciones y experiencias de cada parte en este ámbito de la vida cotidiana. Llama mi atención el primer tema que los adolescentes señalan en sus discursos y destacan como punto principal a trabajar en un futuro, este es el referente a su **integración como grupo**, con lo que señalan la importancia de tener un grupo

de pertenencia que los cobije y que funja como una fuerte red de apoyo para cada uno de ellos, pues al experimentar situaciones similares, las experiencias que se brindan, así como la escucha empática, resultan ser bases fuertes para el camino que recorrerán a lo largo de sus vidas.

Por otro lado, los repetidos, rutinarios y exigentes cuidados que la diabetes mellitus requiere, pone en jaque **la relación familiar**, creando **conflictos entre padres e hijos**. Los adolescentes se muestran cansados de la presión y el fuerte cuidado que sus padres depositan sobre ellos. Como señalan Martínez Chamorro *et al.* (2002), la aparición de diabetes insulino dependiente en un niño prepúber hace que recaiga en los padres la responsabilidad del tratamiento ambulatorio, lo cual hace que los padres aumenten el control sobre el niño, guardándolo dentro de una zona de seguridad más o menos estrecha; dichos cuidados continúan hasta la adolescencia, pero estos ya no son tan bien aceptados por los jóvenes. Al respecto un participante comenta:

“Es que siempre es, tienes diabetes, tienes diabetes, tienes diabetes, eh, no porque tienes diabetes, no salgas porque tienes diabetes, no corras porque tienes diabetes” (Luis, sesión 2 de taller participativo, 28 de noviembre, 2015).

De igual forma, los padres se presentan con preocupaciones frecuentes acerca del tratamiento de sus hijos, ya que a pesar de que ellos “son expertos” en el mismo, hay poca adherencia a este y se pone en riesgo su salud. Los miedos a que sus hijos tengan complicaciones o mueran son constantes, sobre todo cuando los adolescentes son recién diagnosticados o si pasaron por un proceso de internamiento para dicho diagnóstico. Estas dificultades familiares comienzan a presentarse de manera cíclica, es decir, los padres presionan porque los hijos no cumplen con su tratamiento al pie de la letra y los hijos no se aplican el tratamiento por la presión de los padres. Los adolescentes se muestran cansados de la situación que viven y en ocasiones tiene momentos de escape y rebeldía. A veces estos momentos se dan cuando se encuentran enojados con sus padres, como una forma de castigo hacia ellos. En este sentido una participante comenta:

“El viernes fui a un cumpleaños y había una mesa de dulces y como era dama nos dieron un taloncito y comí de todos los dulces que había en la mesa [...] fue en ese momento en el que estaba yo molesta con mi mamá y me regañó... Odio que me

peinen y fue así como que: ¿no vas a ir a que te peinen? Y llegué a la fiesta y comí un dulce de cada uno... fue terrible... y en la noche que me checaron tenía 500 y amanecí con 500 y seguí con 500... y luego me tuve que inyectar sin que lo vea mi mamá y luego fue que lo bajé a 50 y ya... luego te sientes mal porque recuerdas que al final la única que se hace daño eres tú y ahí es cuando lloro y más como” (Aurora, sesión 2 de taller participativo, 28 de noviembre, 2015)”.

Por otro lado, la atareada vida actual, **la situación económica y el elevado costo del tratamiento para la diabetes**, lleva a ambos padres a trabajar, por lo que muchas veces, los hijos se quedan al cuidado de la familia extensa, y esto ocasiona **conflictos entre los padres de familia y los demás cuidadores**, ante los acuerdos o desacuerdos en cuanto al seguimiento del tratamiento del adolescente. Al respecto, la psicóloga entrevistada comenta:

“Se crean problemas hasta en cuestión macro, porque se vuelve una razón más para que se creen problemas con la familia. La salud física depende del cuidado que se tenga con él. ¿Checaste que se pinche?, ¿cuánto se sacó? Que si le corresponde al abuelito, a la abuelita, porque son los que están al cuidado... y la salud depende de esto... una excusa para que se involucren más” (entrevista realizada a Regina, 3 de diciembre, 2015).

Asimismo, los desacuerdos y la fuerte responsabilidad que conlleva estar a cargo de un hijo con diabetes mellitus tipo I generan **dificultades en las parejas**, al grado de llevarlos, en ocasiones, al divorcio. Las madres refieren menos compromiso de parte de sus esposos, por lo que la mayor parte de la responsabilidad recae sobre la figura materna. Ellas comentan que en muchas ocasiones a sus parejas les es complicado aceptar la situación de vida de sus hijos. En este sentido Carmen menciona:

“Yo tengo mucho problema con mi niña, porque mi esposo la consiente... mi esposo, ya le dijeron que está propenso a una embolia, un derrame... Le vale... Mi esposo cree que es chiste... él, cuando puede, llega con un pan y ni modo que le diga que no lo coma, si lo está viendo... me siento sola... mi esposo no me apoya... cómo le digo que no lo haga si está viendo que su papá lo hace... Entonces dirá que mi mamá es la mala...” (Carmen, madre de Aurora, en entrevista grupal, 5 de diciembre, 2015).

Por otro lado, **las emociones de los adolescentes y la influencia de estas en sus niveles de glucosa** parece ser un punto central que pasa inadvertido en la persecución de la adherencia al tratamiento biomédico. Algunas investigaciones han determinado que existe una relación entre eventos estresantes de la vida y el control de la glucemia en diabéticos (Pineda *et al.*, 2004). Los cambios continuos en sus estados de humor y en sus emociones, traen consigo variaciones repentinas en los niveles de glucosa de los adolescentes. Situaciones comunes que se presentan en su vida diaria les ocasionan hipoglucemias o hiperglucemias. No existe necesariamente un patrón común para la emoción y el resultado que presentan. En este sentido, los participantes refieren:

J.: ¿Cuándo estás con la persona que te gusta qué te pasa? ¿Se te sube o se te baja tu glucosa? ¿Te pasa algo...se te sube?

L.: No. Cuando me molesto...son las hormonas... se me baja... a veces ni me puedes ver, porque te mando muy lejos... se me baja.

K.: A mí se me baja.

P.: Me checo y estoy como a 120, mi azúcar se vuelve loca. Se sube, se baja. A mí, solamente cuando me someten a mucha adrenalina... me empiezo a sentir mal, pero no sé si estoy alta o baja.

A.: Es como ansiedad...yo tenía proyectos en la escuela y llegaba a mi casa almorzaba, me metía a bañar y ya tengo hambre, pero como estoy estresada... ni siquiera te tiene que gustar...

O.: Cuando tengo ansiedad me checo y tengo 140, cambio el resultado... solo cuando tengo ansiedad... así mucha... y después me inyecto (Juan, Luis, Kevin, Patty, Aurora y Orlando, sesión 2 de taller participativo, 28 de noviembre, 2015).

Los adolescentes con diabetes mellitus tipo I tienen que monitorearse constantemente e inyectarse de dos a tres veces por día. En ocasiones estos procesos se hacen delante de sus compañeros de escuela, maestros, amigos, familiares etc. El desconocimiento de los observadores, en ocasiones, culmina con **discriminación** para los adolescentes con diabetes, quienes muchas veces, por temor, prefieren ocultar su padecimiento. En este sentido, muchas comunidades tienen actitudes, creencias y políticas desfavorables hacia las personas con diabetes (Murray, como se citó en Ledón Llanes, 2012). Asimismo,

la ignorancia y el temor son las principales causas de discriminación, aunque las creencias culturales también desempeñan un rol importante. Los adolescentes refieren ocultar su condición la mayoría de las veces al entablar nuevas relaciones interpersonales y con el paso del tiempo, cuando la relación es más estable, revelarla. Acerca de esto mencionan:

L.: ¿Cuándo supiste que tenías diabetes y llegaste a la escuela no te daba miedo que las personas lo supieran?

K.: No. La verdad sí. La neta sí, pero ya lo dijo la maestra.

P.: En mi escuela lo vocearon...porque falté, no fui una semana y en el homenaje dijeron, bueno, pues vamos a rezar por C, porque tiene diabetes.

(Luis, Kevin y Patty, sesión 2 de taller participativo, 28 de noviembre, 2015).

Los participantes refieren que las discriminaciones son constantes y que esto desalienta a los adolescentes, pues se han dado en varios ámbitos, como en deportes, escuela e incluso en relaciones de noviazgo. Ligado a lo anterior hay complicaciones con la **autoestima** de los adolescentes con diabetes mellitus, quienes prefieren ocultar su condición de salud para no ser señalados, lo que trae consigo riesgos importantes, pues los jóvenes, en ocasiones, deciden salir sin sus glucómetros o prefieren no avisar cuando se sienten mal y están fuera de casa. Asimismo, los adolescentes tienden a no seguir las indicaciones en cuanto a consumo de alimentos cuando se encuentran entre sus pares. Esto se puede observar claramente en un relato de una madre participante, en el que el enamorado de su hija le comenta tener prohibido salir con ella, debido a la diabetes mellitus:

“Sabe por qué no quiere mi mamá que yo ande con Aurora, porque es diabética, dice mi mamá que por qué ando con una enferma...” (Carmen, madre de Aurora, en entrevista grupal, 5 de diciembre, 2015).

Por otro lado, el **servicio médico y la atención de especialistas** es un punto importante en esta investigación. Gran parte del tiempo de los adolescentes y sus familias lo pasan con personal de salud: endocrinólogos, nutriólogos, químicos, enfermeros, son personajes cotidianos en el devenir de los participantes y que, sin duda alguna, marcan gran parte de sus experiencias y discursos. Como se mencionó con anterioridad, el coste del tratamiento de la diabetes mellitus es elevado, por lo que la mayoría de los adolescentes acude a

un servicio médico público. Sin embargo, tanto las personas que asisten a un servicio público como a uno privado refieren que la atención del personal de salud es frío y distante.

Los médicos y las enfermeras son vistos como duros y poco comprensivos con la situación que viven los adolescentes con diabetes mellitus y sus familias; se les mira como personas renuentes a brindarles información completa de la enfermedad, tratamientos o cuidados, lo que les dificulta a los adolescentes la adherencia al tratamiento. En este sentido, Soria, Vega, Nava y Saavedra (2011) resaltan la importancia de la relación entre el médico y el paciente como factor que influye en el control de las enfermedades crónicas y mencionan la falta de compromiso del médico hacia sus pacientes como un componente que merma la adherencia terapéutica provocando un tratamiento más prolongado. Al respecto Adriana relata:

“Es muy difícil todo esto al principio, te cae como bomba...comienzas a buscar culpables... me dijeron que era el estrés de los exámenes... después de un mes se presentó todo un caos, llegó como a 560, pero todo descompensado...No funcionaba lo que le hacían en el seguro...y lo tuvieron que internar, él lo tomó bien...nosotros solo llorar y llorar... una enfermera salió y me dijo ¡ay!, señora, por favor, deje de llorar, usted lo que tiene que hacer es buscar información y levantar a su hijo...¿Y dónde? Pues no sé...usted tiene que buscarla” (Adriana, madre de Joaquín, en entrevista grupal, 5 de diciembre, 2015).

Finalmente, los adolescentes remarcaban en sus historias la necesidad de **una vida sin diabetes**, y no en el sentido de desaparecer esta condición de su vida, sino más bien, que las demás personas, familiares, amigos, personal de salud, cuidadores, etc., puedan ver todo lo que ellos son y pueden hacer, sin, necesariamente, relacionarlo con la diabetes. Patty menciona:

“No solo soy diabetes, yo dibujé cosas positivas, lo que me gusta hacer y lo que soy, no hablé de la diabetes (en su dibujo) porque no solo soy eso” (Patty, sesión 1 de taller participativo, 7 de noviembre, 2015).

Programa de intervención

Es importante señalar que a pesar de que la información obtenida en la primera parte de la investigación —la contextualización— es amplia, basta y proporciona un panorama general de la situación de vida de un adolescente con diabetes mellitus y actores relacionados, la intervención se basó en las necesidades expresadas por los adolescentes, actores principales, de la presente investigación. Estos coincidieron en la necesidad de aprender a vivir con la diabetes o adaptarse a su situación de vida. Para esto, refirieron que era importante cubrir algunos aspectos, los cuales se enlistan a continuación de acuerdo con la jerarquía establecida por ellos mismos:

- 1. La integración como grupo de adolescentes de la asociación civil en la que participan.*
- 2. La relación de padres e hijos en cuanto: el fuerte cuidado y control que los padres depositan sobre sus hijos, debido a la situación de vida en la que se encuentran.*
- 3. El autocontrol de sus emociones y de su tratamiento.*
- 4. La autoestima y vida cotidiana sin diabetes.*
- 5. Entablar mejores relaciones interpersonales.*

Criterios utilizados para diseñar el programa de intervención. Los adolescentes con esta problemática se enfrentan a diversas situaciones estresantes, esto, en muchas ocasiones produce cansancio y hastío. La enfermedad ocasiona dolor psíquico totalmente real y que no tiene alivio fácil en muchos pacientes (Ramírez Villaseñor, 2005). Asimismo, el paciente habla en promedio 18 segundos antes de ser interrumpido por el médico, pero, si el paciente hablará 3-4 minutos diría 90% de lo que constituye su problema. Cuando el paciente se revela a sí mismo frente al médico obtiene beneficio terapéutico; este proceso inicia con el desarrollo de empatía y continúa con la narrativa terapéutica. Cuando el médico está dispuesto a escuchar, los pacientes enfatizan el optimismo y la esperanza de recuperación. Esta es una de las razones por la que el modelo de intervención propuesto para el presente trabajo se encuentra basado en la terapia narrativa.

El contar y contarse historias es, tal vez, una de las prácticas más antiguas del pensamiento humano. Todos narramos historias. Cuando alguien nos pregunta por lo que hemos hecho o por algún episodio de nuestras vidas, le

relatamos una historia. Una historia hilada, con sentido, organizada sobre la base de conectores “lógicos” y de secuencias temporales. La vida de cada uno de nosotros es una historia construida, en donde el actor principal del relato es la persona que nos está relatando los acontecimientos (Zlachelsky, 2003).

White y Epston (como se citó en Tarragona Sáez, 2006) creen que la gente se enfrenta a dificultades cuando vive con “historias dominantes” que están “saturadas de problemas”, tal es el caso de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, los cuales se encuentran saturados de la diabetes y todo lo que ella conlleva. Estas historias dominantes son restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas o las llevan a conclusiones negativas sobre su identidad, algo que se pudo observar claramente durante la elección de las temáticas al trabajar con los jóvenes; ellos mencionan que no solamente son diabetes y que son personas con gustos e intereses.

Por otro lado, la terapia narrativa permite que la relación terapéutica se presente desde una situación de igualdad y colaboración entre clientes y terapeutas, minimizando con esto el poder impuesto ante los adolescentes con diabetes, por todos los actores relacionados, médicos, enfermeros, nutriólogos y demás personal de salud, al igual que de padres de familia y otros familiares (Tarragona Sáez, 2006). Este enfoque hace hincapié en el respeto por la forma de entender del sistema consultante, considerando todo el tiempo que es él quien sabe de sí mismo, lo que quiere mantener y lo que quiere cambiar. En otras palabras, él es el experto en su propia vida (Zlachelsky, 2003).

Al intervenir con terapia narrativa se busca minimizar la carga que existe sobre los adolescentes con diabetes y modificar la forma como se habla de los problemas (diabetes). Los problemas en la terapia narrativa no son vistos como síntomas o como manifestaciones de alguna deficiencia del cliente. Más bien, se piensa en los problemas como algo separado del cliente, algo externo a él o ella, pero que está afectando su vida. Cuando la gente empieza a hablar de sus problemas como entidades separadas, como algo que está afuera, siente una diferencia casi inmediata (Tarragona, 2006).

Con esta intervención se pretende el alejamiento de las jerarquías y presentar una relación más igualitaria, negociar la dirección de la terapia poniendo a los adolescentes como expertos de su propia situación de vida, dirigir

la atención a sus habilidades y recursos y minimizar el lenguaje o jerga patológica a la que ellos están acostumbrados y de la cual refieren estar cansados. La descripción de la intervención se encuentra especificada en el apartado de procedimiento.

Objetivos del programa de intervención

Promover la adaptación emocional del adolescente con diabetes a su situación de vida.

Promover la integración de los adolescentes como grupo.

Fomentar la empatía de padres a hijos y de hijos a padres en relación con las situaciones de vida que se presentan alrededor de la diabetes mellitus tipo I.

Promover el autocontrol de los adolescentes con diabetes mellitus en relación con su situación de vida.

Fomentar la autoestima de los adolescentes con diabetes mellitus tipo I, identificando gustos, intereses y aspectos en su vida cotidiana.

Fomentar el autoconcepto del adolescente con diabetes en sus relaciones interpersonales.

Recursos utilizados para la intervención

Infraestructura: todas las sesiones se llevaron a cabo en las instalaciones de la Asociación civil, específicamente en el cuarto de juegos.

Equipo audiovisual: para algunas de las actividades fue necesario el uso de laptop, grabadora, proyector multimedia y bocinas.

Recursos materiales: durante las distintas sesiones se requirieron distintos materiales: hojas en blanco, hojas de colores, lápices, colores, plumones, plastilina, pelotas, botellas, formatos impresos, tijeras, revistas, pegamento.

Técnicas utilizadas durante la intervención. Durante la intervención se emplearon diversas técnicas que facilitaron la narración de vivencias e historias por parte de los jóvenes o personas participantes. Entre ellas destacan la escritura de historias, la externalización, las cartas terapéuticas y los contradocumentos como técnicas específicas de la narrativa. Además de las técnicas mencionadas anteriormente, también se incluyeron el juego, la pregunta del milagro y el role playing, que facilitaron la conversación. La mayoría de las sesiones se realizaron con los adolescentes; sin embargo, hubo algunas sesiones que incluyeron a los padres de familia.

Escritura de historias. Otro gran territorio que Epston y White exploran es la variedad de formas en las que podemos usar terapéuticamente la palabra escrita. Proponen la analogía de la terapia como un proceso de “contar” o “volver a contar” las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas. Nosotros como humanos, no solo damos significado a nuestra experiencia al “narrar” nuestras vidas, sino que también tenemos el poder de “representar” nuestros relatos, gracias a los Técnicas narrativas (Castillo, Ledo y Pino, 2012). Esta técnica se usó con los adolescentes al pedirles que contaran una historia en la que se hablara de la relación de un adolescente con diabetes mellitus y sus padres. Esta historia fue elaborada en equipos, con la intención de que los adolescentes pudieran narrar sus experiencias en conjunto y se dieran cuenta de todo lo que tienen en común. Asimismo, se buscaba encontrar diversas soluciones alternativas a la situación. Al hacerlo en conjunto, sería más factible escuchar y mirar otros puntos de vista.

Externalización. La técnica más conocida de la terapia narrativa es la externalización. Sin embargo, en la presente investigación, la externalización se manejó más que como técnica, como una conversación a lo largo de todo el proceso. La externalización permite ver a los pacientes con una parte de ellos mismos no contaminada por los síntomas. Esto automáticamente crea una visión de la persona como no determinada y capaz de realizar escogencias y decisiones en relación con el problema. Es simple, en el sentido de que representa una separación lingüística del problema de la identidad personal del paciente (Castillo, Ledo y Pino, 2012). La externalización fue utilizada con ayuda del dibujo. Se pidió a los adolescentes que dieran forma a través del dibujo a lo que sienten cada vez que sus padres los presionan con su tratamiento. Para ello se les plantearon preguntas como: ¿De qué tamaño es? ¿Qué forma tiene? ¿Se asemeja a algo? ¿De qué color sería? ¿Qué nombre le darías? A través de que ellos nombraran su sentimiento, la sesión se encaminó a nombrar lo que mencionaron y a separarlo del adolescente.

Documentos terapéuticos. Epston (como se citó en Castillo *et al.*, 2012) subraya el potencial terapéutico de las cartas que resumen habitualmente cada sesión. La copia de la carta constituye normalmente el único registro de la sesión. Esta conducta supone una significativa incursión en una relación más igualitaria

entre profesionales y cliente. Las cartas pueden emplearse con diversos propósitos en la terapia. En una terapia relatada principalmente se utilizan con el objetivo de convertir las vivencias en una narración o relato que tenga sentido, de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo. Las cartas son una versión de esa realidad co-construida, llamada terapia, y se convierten en una propiedad compartida por todos los participantes (López De Martín, 2011). Epston describe distintos tipos de cartas. Una de ellas, y la que fue escrita por los adolescentes con diabetes mellitus, es la carta de despido, son cartas narradas despidiendo de la vida de los clientes roles o desempeño de funciones innecesarios para sus vidas. Por ejemplo: cartas de despido de la función de “vigilante de los padres” o “padre del hermano” etc. (White y Epston, 1993). En esta ocasión los jóvenes agradecieron a sus padres por el cuidado que les brindan y que siempre les han proporcionado, mencionando lo mucho que los quieren y comentando que ahora ellos se harían responsables de su cuidado.

Contradocumentos. La proliferación de documentos y el elevado estatus que se les asigna queda de manifiesto en el hecho de que se recurre a ellos cada vez más para determinar el valor de las personas. Por tanto, los documentos influyen sobre la vida de las personas hasta el punto de que, en muchas situaciones, preceden y excluyen a las personas (White y Epston, 1993). Los contradocumentos son documentos creados para representación de nuevos relatos del cliente, para la consolidación de nuevos significados acerca de sí mismo. De esta manera se hace consciente la participación en la constitución de su propia vida, generando un sentido de responsabilidad personal. Entre los contradocumentos encontramos: certificados, declaraciones y autocertificados (López De Martín, 2011).

Para la presente intervención, se utilizaron certificados de término del proceso. Los certificados hablaban de un logro. Decían: Se otorga el presente certificado a_____, por ser el maquinista de su propia vida. Durante el proceso se efectuaron algunos ejercicios con metáforas; los chicos habían subido a un tren y en cada vagón ellos decidieron que llevar (los temas tratados a lo largo de la sesión), al finalizar el proceso terapéutico ellos habían logrado llegar al grado de maquinistas, es decir, son las personas encargadas del curso del tren, son las personas encargadas de tomar las decisiones para sus propias vidas.

Juego. El juego posee poderes terapéuticos. Todas las terapias requieren —entre otros factores— la formación de una relación terapéutica y el uso de un medio de intercambio (Drewes, como se citó en Schaffer, 2012). Las actividades de juego como técnicas terapéuticas narrativas se utilizan con la finalidad de que los adolescentes platiquen y cuenten sus historias, ya sea antes, durante o después del juego. Con sus relatos se pueden deconstruir sus historias y mirar nuevas alternativas para liberarlas de la saturación del problema. Se llevaron a cabo juegos de manera grupal, con el fin de lograr un clima de mayor colaboración en el grupo, pues los integrantes, a pesar de conocerse desde tiempo atrás, no consideraban tener una relación cercana. Asimismo, estos juegos facilitaron, en muchas ocasiones, las charlas o pláticas entre los integrantes, permitiéndonos mirar más a fondo parte sus historias, opiniones y experiencias de vida. Algunos juegos que se llevaron a cabo se describen a continuación:

A. “*A ciegas*”. Los jóvenes hicieron una fila y escogieron a un líder, caminaron por el espacio con los ojos cerrados, solamente guiados por el líder, quien era el único que podía tener los ojos abiertos. Este juego les permitió hablar acerca de la poca comunicación que tienen como grupo y los factores que consideran que perpetúan esa poca comunicación, como la escasa convivencia y la pena o vergüenza.

B. “*Yo siempre siempre/yo nunca nunca*”. Este juego consiste en contar “secretos” acerca de cuestiones que los jóvenes regularmente hacen, como dormir con pijamas o comer galletas a escondidas. También podían contar cosas que nunca hacen como “stalkear a sus exnovios”. Esta actividad facilitó hablar de sus vidas, pasatiempos e intereses, así como aspectos que cotidianamente se encuentran en sus vidas. El hablar de lo anterior, dio pie a que la relación en el grupo mejorara, pues se identificaron con sus historias.

C. “*Papa caliente*”. Esta actividad se llevó a cabo con la condición de que al que se le “quemara la papa” respondiera a una pregunta que el grupo le haría. Sin embargo, y con el paso de la actividad, las reglas fueron hechas a un lado, la pelota dejó de ser necesaria y los jóvenes contestaban a todas las preguntas sin tener la “obligación” de hacerlo. Sin duda esta fue una actividad que aportó a la integración del grupo.

La pregunta del milagro. Es una técnica de la terapia centrada en soluciones, ayuda a los clientes a identificar lo que quieren conseguir trabajando, a fin de destacar y ampliar aquellas ocasiones en que, de hecho, lo consiguen (trabajo con excepciones), así como fomentar que los clientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos (Beyebach, 1999). Se utilizó para tener más visibles los aspectos que harían que los jóvenes notaran ciertos cambios en la actitud de los padres, cuando el tema fuera su tratamiento. Ellos ya habían hablado de las situaciones que vivían por la presión de los padres y sus discursos se encontraban saturados del problema, por lo que la pregunta del milagro permitía enfocarnos en otro punto y mirar aspectos distintos de la situación.

Role playing. La técnica del role playing pretende facilitar la adquisición de capacidades tales como la perspectiva social y la empatía. Mediante la práctica continuada del role playing las personas exploran los sentimientos, actitudes, valores y percepciones que influyen en su conducta, a la vez que se sienten forzados a descubrir y a aceptar el rol de los demás. Brinda una mejora en la capacidad de la resolución de conflictos (Martín, 1992). Fue utilizada como una técnica para trabajar la empatía entre padres e hijos con diabetes, pues permitió realizar un cambio de roles y que presentaran situaciones que viven día a día en relación con la diabetes mellitus. Al finalizar la actividad del cambio de roles los padres expresaron cómo el experimentar y escuchar lo que sus hijos perciben de ellos puede hacer que los entiendan más. Asimismo, el hacer actividades que solamente sus hijos llevan a cabo normalmente, como el inyectarse o chequearse los niveles de glucosa, les permitirá ser más empáticos con ellos en el futuro.

Procedimiento de aplicación. Se llevaron a cabo 14 sesiones de intervención, 13 de ellas de 1:30 min y 1 sesión de 3 horas. Todas las sesiones mantuvieron relativamente la misma estructura. Al inicio de cada sesión se hacía una toma de temperatura o conocer, de manera general, el estado en el que nuestros participantes llegaron, si se encontraban tristes, enojados, preocupados, etc. Esto proporcionaba una perspectiva general del grupo y daba bases para saber si era necesario adaptar alguna actividad o modificarla por completo.

Seguidamente había una actividad de caldeamiento o calentamiento, por lo general un juego, para que los participantes se pusieran en disposición para la dinámica siguiente. Estos juegos podían, en ocasiones, introducir al tema central de la sesión (los temas acordados por los jóvenes) o podían apoyar para la integración del grupo. Los juegos daban pie a que los adolescentes hablaran o charlaran acerca del tema de su finalidad.

Después comenzaba la actividad central de la sesión, la cual giraba en torno a: la integración del grupo, los padres y su exceso de control, autocontrol, autoestima, vida cotidiana sin diabetes y relaciones interpersonales. Se enfocaban en deconstruir historias, se hacían preguntas del panorama de la acción y de la conciencia; se centraban en buscar alternativas y excepciones.

Para finalizar la sesión se hacía una dinámica de cierre y se tomaba de nueva cuenta la temperatura del grupo o se preguntaba cómo se sentían al terminar la sesión. A continuación, se presenta una descripción detallada del proceso terapéutico y de las actividades llevadas a cabo durante el mismo. Esta descripción se encuentra dividida por las temáticas trabajadas, las cuales fueron elegidas por los adolescentes.

A ciegas (Integración). El inicio de la intervención fue un tanto complicado, pues a pesar de que los adolescentes habían trabajado con anterioridad a través de las actividades de la asociación, no platicaban o interactuaban fuera de estas. La mayoría de las actividades de inicio giraron en torno a la integración, como fue la petición de los adolescentes. Lo primero que se buscó fue cohesionar al grupo y que ellos pudieran tener identidad propia y adquirir la membresía, lo que es importante cuando se trabaja con grupos. Gran parte de estas primeras sesiones estaban conformadas con juegos que propiciaban la conversación en relación con ellos y su grupo.

Con la finalidad de que reflexionaran sobre el grado de acercamiento y confianza que tenían, se realizó la actividad denominada “A ciegas”, que consiste en caminar con los ojos cerrados por el espacio. Fue complicado que eligieran a la persona que los guiaría, nadie quería jugar este rol y hablaban poco entre ellos. Finalmente, Kevin, se ofreció a guiar; sin embargo, aunque se dio la instrucción de ir pasando las indicaciones a la persona que se encontraba detrás de él, y así sucesivamente, para que no se golpearan o lastimaran, solo algunos lo hicieron.

Chocaron con las ramas de los árboles y las escaleras en varias ocasiones y varios abrieron los ojos.

Durante los comentarios acerca de la actividad una vez finalizada, mencionaron cosas como poca confianza entre ellos, así como escasa comunicación; varios hablaron de pena o vergüenza, asimismo, concluyeron que habría malos resultados como grupo si “la mala comunicación” (como ellos la nombraron) reinara.

Luego tuvieron lugar actividades para nombrarse como grupo; el objetivo era propiciar la cohesión grupal, y su sentido de cooperación y pertenencia. La instrucción fue que ese nombre tendría que identificarlos y todos deberían estar de acuerdo. El nombre elegido fue “Unlimited Swat”. Cabe mencionar que elegirlo fue complicado, pues había muchas propuestas y consideraban que ninguno los identificaba en su totalidad.

P.: Swat de la película, como ejército

J.: Ejército sin límites, me gusta.

Luis: De acuerdo, sí, voto por eso

Julio: Nosotros no tenemos límites para hacer las cosas, nosotros podemos.

(Patty, Julio y Luis, sesión 1, 16 de enero, 2016).

Es importante resaltar que al final, los adolescentes no estuvieron tan contentos con el nombre, por lo que prefirieron no usarlo. Argumentaron que a pesar de ser un grupo y de participar juntos y sentirse bien, cada quien era un individuo único, por lo que se decidió respetar su decisión. Varias actividades fungían como generadoras de conversaciones, pues al inicio casi no hablaban, incluso, en ocasiones, lo hacían con monosílabos. La intención era romper el hielo poco a poco, sin que los integrantes se sintieran forzados y apoyar a la identificación entre ellos al contar aspectos de sus vidas y narrar sus experiencias: “*Yo siempre siempre y yo nunca nunca*” fue una dinámica que aportó para hablaran de sus secretos y se identificaran “*yo siempre siempre escucho música*”; “*yo siempre siempre digo que estudio y me duermo en mi cuarto*”; “*yo he stalkeado a mi ex*”; “*yo nunca nunca comería mariscos*”, son algunas de las afirmaciones que hicieron los jóvenes.

Otra actividad que aportó a la integración del grupo fue “las firmas”. Esta también contribuyó a aumentar la empatía entre ellos. Trató de recolectar un

número de firmas de personas que tuvieran cierta característica. Por ejemplo: 3 firmas de personas que tengan 15 años; 5 firmas de personas a las que le gusten las hamburguesas; 3 firmas de personas que tengan hermanos, etc. Todos consiguieron sus firmas a excepción de Carlos, quien se sentó en su lugar y no intentó pararse en alguna ocasión. Sin embargo, había una característica que pedía que consiguieran la firma de una persona tímida, por lo que la mayoría de los chicos lo buscó para que firmara dicha opción. Joaquín dijo en voz alta, *él* (refiriéndose a Carlos) *no se acerca porque es tímido, poco a poco tendrá confianza y se acercará*. Y fue con él para conseguir la firma. Este tipo de actividades, sin duda, afianzó la cohesión en el grupo, aportó en el grado de confianza grupal, permitiendo la expresión con mayor fluidez en las sesiones subsecuentes.

Un aspecto importante para el proceso grupal fue el establecimiento de reglas, mismas que fueron propuestas y aprobadas por el grupo. Los adolescentes mencionaron puntos como no utilizar celulares cuando se encontraran en sesión, tener 15 min. de tolerancia y si llegaban después de ese tiempo, tendrían un castigo impuesto por el grupo. La confidencialidad fue un aspecto recalcado en varias ocasiones, pues comentaron que lo que se decía en el grupo, debía quedarse ahí y no ser contado fuera. También hablaron de la importancia de la actitud con la que llegaban al grupo, pues consideraban que esta debía ser adecuada y pronta para trabajar.

Cartas a los cuidadores y vasijas de luz o de esperanza (relación empática entre padres e hijos). El tema del control que los padres ejercen sobre sus hijos con diabetes fue un aspecto muy resaltado en las conversaciones. Sus relatos se encontraban llenos de situaciones en las que sus padres los presionaban para que dejaran de comer algunos alimentos o para que se checaran o inyectaran. Por ello se procedió a externalizar el sentimiento que estas acciones les implicaban. Lo primero fue un ejercicio de imaginación, a través del cual se les llevó a un suceso cotidiano para ellos. Después de este ejercicio procedieron a dibujar ese sentimiento para luego compartirlo con el grupo. Con este dibujo se pretendía externalizar dicho sentimiento. El lenguaje externalizador se emplea a lo largo de toda la terapia, su objetivo es ayudar a la persona a distanciarse de sus problemas y a concebirlos como producto de las circunstancias y los

procesos interpersonales, no de su “personalidad” o “psicología” (Payne, 2002). Sin embargo, para los adolescentes fue complicado hacerlo al inicio y decidieron que fuera a través del juego de botella.

J.: A veces me enoja que estén atrás de mí a cada rato, que me estén repitiendo las cosas... cuando me están repite y repite lo que debo de hacer, de checarme e inyectarme y todo eso, es lo que me molesta, ya sé lo que tengo que hacer y a que horario y me molesta que estén atrás de mí a cada segundo que lo haga, que lo haga y que lo haga.

T.: ¿Qué es lo que haces cuando esa molestia se apodera de ti?

J.: Solo me encierro en mi cuarto y cuando saben que me encierro en mi cuarto nadie se acerca...nadie se debe acercar (Julio y terapeuta, sesión 3, 20 de febrero, 2016).

Después de este ejercicio, procedimos a analizar los pros y los contras de ese sentimiento, con la intención de comenzar a cocrear argumentos alternos a la historia narrada (reautoría). De igual forma se comenzaron a identificar excepciones en el relato para incluirlas en las historias.

K.: Lo bueno es que en un futuro sé que me va a hacer bien, no voy a caer en los hospitales, no voy a estar sufriendo en un futuro que me quieran amputar mi pie o cosas así, ya sabes...lo malo es que como me enojo, o sea, si me llego a enojar, me castigan y me quitan las cosas.

T.: Y cómo es el sentimiento cuando te castigan y te quitan las cosas.

K.: Pues mal, pero ya después digo, fue mi culpa.

T.: Entonces al final, cuando el enojo pasa, cuando se va el enojo, entonces encuentras salida.

K.: Sí. Me siento mejor.

T.: alguna vez lograste el control solo.

K.: Sí.

T.: Que sucedió ese día.

K.: Me cuidé y no comí tantas cosas que no debo.

(Kevin y terapeuta, sesión 3, 20 de febrero, 2016).

Los documentos terapéuticos fueron utilizados en este momento a través de las cartas. Los adolescentes escribirían una carta en la que agradecerían a sus padres o cuidadores los cuidados y atenciones que han tenido con ellos, para dar

paso a un nuevo momento de vida, el momento en el que ellos se harían responsables de su propio cuidado.

Joaquín: papá y mamá me da gusto que ustedes se interesen en mi cuidado de diabetes, sé que a veces soy un poco necio, casi no me gusta checar me, pero ustedes siempre están ahí para apoyarme y sé que tarde o temprano, sin que ustedes se den cuenta, sin que ustedes me digan nada yo lo haré por mi propia cuenta y les doy gracias por todo, sé que a veces soy un poco mamón, pero gracias por estar detrás de mí, diciéndome qué tengo que hacer.

Las historias se narraron, renarraron y fueron construyendo relatos diferentes. Encontraron alternativas distintas, dándole importancia al cuidado de sus padres y que, aunque en ocasiones les moleste su insistencia, entendían y reconocían el gran trabajo que han hecho con ellos. Asimismo, mencionaron que aún no son adultos y que sí deben hacerse más responsables de su cuidado, pero aún no pueden estar completamente sin sus padres. Llegaron a la conclusión de que ellos los cuidan porque los aman y se los agradecen.

No me importa que no reduzca su sobreprotección, porque está bien, si ellos no me apoyan, quién lo va a hacer, porque son unas de las pocas personas que en verdad que, cuando estás en ese momento, con esa enfermedad, que se acercan y con eso me demuestra que me quieren (Luis, sesión 7, 16 de abril, 2016).

Se habló también de las responsabilidades en las relaciones y de si ellos creían que tenían alguna responsabilidad en la relación con sus padres, a lo que ellos respondieron afirmativamente. Con esto se reforzó el sentido de *agencia personal*, es decir, el ser capaz de tomar decisiones y actuar en tu propia vida, de reflexionar acerca de tus propias acciones y asumir la responsabilidad del rol que tienes en tus propias historias (Anderson; De Jong & Kim Berg; Blanco; White & Epston, como se citó en Tarragona, 2008).

Se conversó de algunas ocasiones en las que lograron tener una mejor relación con sus padres, buscando con ello, acontecimientos extraordinarios. Asimismo, se ahondó en las acciones que ejecutaron durante dichas excepciones y que podrían ser repetidas en futuras situaciones para obtener resultados favorecedores.

Porque me quieren, se preocupan por mí, quieren verme saludable y porque me valoran. En el otro puse ser responsable al checar me varias veces al día...no comer

lo que no debo, ajá, lo que no me conviene y ser responsable al así inyectarme...
(Orlando, sesión 6, 19 de marzo, 2016).

Los integrantes del grupo ya incluían en sus historias nuevos discursos que hablaban de cooperación entre ellos y sus padres para vivir su situación de vida. También en sus relatos observaban narraciones más empáticas cuando se referían a aspectos relacionados con sus padres y el cuidado que tenían para con ellos. Sin embargo, los padres tenían discursos saturados del problema aún.

Por sugerencia de los adolescentes se hizo una sesión con los padres en la que ellos tomarían el rol de sus hijos y vivirían “Un día con diabetes”.

El primer ejercicio fue el “nudo”. En dicho ejercicio, una pareja (madre e hija) se quedó en el salón y el resto de los asistentes salió a la terraza para tomarse de las manos y enredarse unos con otros, haciendo un nudo. La pareja madre e hija debía ponerse de acuerdo y desenredarlos. La metáfora para este ejercicio fue ser un equipo. También fue posible, a través de los demás participantes o testigos externos, apoyar para hacer más significativa la historia a partir de sus comentarios y opiniones. Esto es especialmente importante cuando se habla de historias alternativas que una persona trata de expandir en el contexto de otras historias dominantes que ya están bien arraigadas y que han influido en su identidad de manera negativa (Tarragona, 2008).

Terapeuta: Aunque es una comparación muy burda, situaciones complicadas se nos presentan todos los días, pero al final de día tenemos que tener en cuenta que ustedes son un equipo, trabajando juntas es más fácil resolver los retos que se presentan y si están separados es más complicado. Equipo, ¿cómo se sintieron, desenredaron rápido a los demás?

C: Más o menos

T: ¿Qué hicieron?

C: Ponernos de acuerdo, escuchar. Acá, porque en la casa es otra cosa, porque su enfermedad, pues hay cosas que no le parecen. Ay, mamá todo el día me estás, es que yo siento que ella no agarra responsabilidad, no sé, la verdad es que no sé qué tiene que pasar para que ella agarre responsabilidad, es nuestro pleito de todos los días. O sea, cuándo vas a empezar a agarrar conciencia, responsabilidad de la enfermedad, porque ella ya tiene 12 años con eso. Desde que amanece ¿ya te checaste?, ¿cuánto tienes?, ¿qué vas a cenar? Ella ya tiene 16 años, esta es tu

responsabilidad, ella ya está grande. Gracias a Dios está bien. No se siente mal, pero el día que se sienta mal.

R.: Yo observé que Carmen dejó que Aurora tomara las decisiones, confió en ella, porque ella observaba, pero le preguntaba a Aurora, para que pueda desenredar. Yo creo que es algo muy similar en su vida, tal vez si ella confiara más en Aurora. (Carmen, Rosa (mamás) y terapeuta, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Un aspecto central en la sesión fue el momento del cambio de roles. Los padres tuvieron que checar el nivel de glucosa que tenían en el momento, así como inyectarse (meter y sacar la aguja) en tres ocasiones. Para algunos fue más sencillo que para otros. Algunos “hicieron trampa” y no se inyectaron, pero “sus cuidadores” insistieron para que cumplieran el tratamiento. De igual forma, comieron verduras precocidas sin condimento o guisante, mientras los adolescentes comían papas fritas y bebían agua de jamaica. Cabe señalar que las porciones fueron dictadas por nutriólogos de la asociación.

Esto aportó en el refuerzo de empatía, sobre todo de padres a hijos, ya que a través de este tipo de dinámicas pudieron narrar historias diferentes desde el otro lado de la moneda. Durante las inyecciones, los padres comenzaron a hablar entre ellos, contaron anécdotas de sus vidas y de situaciones que han tenido con sus hijos. También esta actividad brindó un espacio para compartir pensamientos y reflexiones acerca de lo que percibían de sus hijos, al llevar el tratamiento.

Ahora que me tocó inyectarme lo pensé, imagínate ellos que lo tienen que hacer 3 a 5 veces al día [...] una vez si se le bajó y ella sola, se estaba bajando [...] le pasó que se le bajó, tenía 55 y se inyectó llamamos a la ambulancia, llegaron los paramédicos, llegó a 26, los paramédicos dijeron que era para internar, se quedaron y la checaban cada 10 min, los paramédicos se fueron cuando ella ya estaba en 71. Es que ella se equivocó, se checó y vio 195, no sé dónde lo vio, y se inyectó, se puso 2 unidades (Mayra (madre de Diana), sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Varios autores señalan que es posible integrar prácticas narrativas con la expresión artística y dramática en su trabajo con niños y adultos (Dunne y Rand; Freeman, Epston, y Lobovitz, como se citó en Tarragona, 2008). Las expresiones dramáticas ayudan a facilitar la narración de la historia. Durante esta sesión se

hizo un ejercicio dramático básico, el role playing. Los participantes se dividieron en equipos y plantearon situaciones que normalmente vivían, tratando de desempeñar lo mejor posible los roles que tenían. En esta historia, inevitablemente, se requiere un razonar sistémico, se necesita poder mostrar las relaciones entre los personajes que forman parte de la historia. Quién es quién, qué rol desempeña en la historia, dónde transcurren los acontecimientos que se están relatando, qué hizo él o ella cuando yo hice, qué hice yo cuando él o ella hizo esto o aquello. Como en una pieza de teatro, cada personaje ejecuta su papel y sigue un guion del que no es consciente, pero que sabe interpretar a la perfección. Los acontecimientos que van transcurriendo, van teniendo sentido o significación en el argumento total de la historia (Zlachevsky Ojeda, 2003). Les permite visualizar la otra parte de la historia e incluye estas nuevas miradas y alternativas a su propio guion.

Es entenderlos, entenderlos más, porque sí es cierto como padres, pues sabemos, pero no nos había tocado, bueno a mí no, a lo mejor la vacuna, lo normal, en el hospital, pero yo, cuando me inyecté ahorita, pensé: y ellos que se inyectan siempre, cuántas veces, pues sí es cierto, uno cuando se enferma dice, pues bueno, pero para ella es todos los días [...] (Mayra, madre de Diana), sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Con el objetivo de afianzar las nuevas historias y de especificar más las acciones a seguir para mejorar la empatía y la relación entre padres e hijos se procedió a realizar la actividad Las vasijas de la luz o de la esperanza: por parejas, padre o madre, hija o hijo, hicieron una vasija con plastilina, a la cual le dejaron un hoyito por donde entrara la luz. Se les contó la siguiente metáfora: Terapeuta: *Esta vasija es la vasija de la esperanza o de luz, y estas vasijas en ocasiones se van llenado de piedritas, esas piedritas son los problemas o las dificultades que vamos teniendo día con día. Llega el momento en el que este hoyo se cubre por completo y ya no deja que pase la luz. Les voy a pasar unas hojitas en las que irán escribiendo cuáles son esos problemas o dificultades que se crean por la situación de la diabetes... ¿Qué hace la diabetes cuando aparece?*

Entre las piedritas mencionaron el limitarse en sus actividades cotidianas y la dependencia a la insulina, los miedos y preocupaciones constantes de los padres antes las hipoglucemias y las hiperglucemias y sus complicaciones, la

poca comunicación entre padres e hijos, la afectación de la economía y los altos niveles de estrés que en ocasiones culminan con gritos y regaños. Después de platicarlas por parejas, se les dio la siguiente instrucción.

Terapeuta: Llegó la hora de vaciar las vasijas. Comiencen a pensar en aquellos momentos en los que les han ganado a los problemas, ¿qué hubo de diferente? ¿En alguna ocasión, en alguna ocasión al menos, les han ganado a los problemas?, ¿qué pasó de diferente? ¿Qué hice diferente? ¿Qué hizo mi hijo o mi hija? Debe haber alguna excepción por ahí. Pensemos en ellas y en lo que sucedió.

Las vasijas fueron vaciadas de las piedras que estorbaban el camino de las familias presentes y se les dieron nuevas hojas para escribir esos momentos y esas acciones que podrían encontrar diversas alternativas, nuevos caminos y nuevos guiones para contar historias diferentes. En esta ocasión las historias hablaron de trabajo en equipo, comunicación asertiva, responsabilidad y cuidado por parte de los adolescentes, regulación de emociones, paciencia y confianza hacia sus hijos, apoyo psicológico y amor. Este último elemento reinó en los discursos.

R: Hubo una ocasión en la que no le bajaba, estaba alta, y yo también ya estaba harta y con estas palabras discúlpennme la expresión, pero ya estoy hasta la madre. Llegó un momento en que le dije sabes qué, Joel, ya no te voy a regañar ni te voy a presionar más; tú sabes lo que haces, ese día sentí que toqué fondo y dejé de presionarlo, me dejé de presionar yo misma. A raíz de eso es que siento que me comunico en cuanto a lo que es su tratamiento muy bien, porque es él y yo, sabemos cómo se controla este tipo de cosas. El papá y su hermano no saben mucho sobre su tratamiento, pero sí se involucran.

T.: Entonces en el momento en que le dijiste adiós diabetes y dejaste de presionar, la situación mejoró.

R.: Sí, la verdad sí, yo sentía que me estaba ganando a mí, que no podía salir, sentía que ya estaba viviendo para la diabetes, yo no podía salir, no confiaba en él, yo ya puedo salir más tranquila a la calle, sin estar: oye, Joel, cómo estás, ya comiste etc., yo puedo estar todo el día fuera, y yo siempre le digo, si te sientes mal, márcame. (Rosa, madre de Joel y terapeuta, sesión 10, 14 de mayo, de 2016).

Al inicio de la sesión se les entregó unas hojas con las preguntas: ¿Qué piensas del trato que tienen tus padres hacia ti en relación con tu diabetes? Y

¿Qué piensas del cuidado que tiene tu hijo(a) consigo mismo en relación con la diabetes? Asimismo, al finalizar la sesión se les dio la misma hoja y se les pidió que escriban si hubo algún cambio en su percepción. Estas preguntas se formularon con el objetivo de favorecer la relación empática entre ellos, es decir, si los padres podían, después de la sesión, entender más a sus hijos en cuanto a las dificultades para seguir el tratamiento y si los hijos podían entender más el porqué del cuidado de sus padres hacia ellos. Las respuestas fueron positivas, pero sobre todo tomando más en cuenta el punto de vista de la otra persona.

R1. Pues me cuidan, son un poco protectores.

R2. Lo que hacen lo hacen porque me quieren y quieren que esté bien.

(Ana, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

R1. Creo que tiene el conocimiento necesario para hacerlo y dejar de “suponer” cosas en relación con los tiempos de medición.

R2. Convencido de que Carolina es capaz de llevar un mejor control de las situaciones que se le presentan día con día.

(Guillermo, padre de Carolina, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

La sesión cerró con una conversación grupal, en la que las familias expresaron sus aprendizajes durante la sesión. Los padres de familia fueron los que más hablaron y sus comentarios giraron en torno a lo que sintieron durante el día en el cambio de roles, pues consideraban que la situación en la que viven sus hijos no es nada fácil.

Pues ahora sí que entender a nuestros hijos, pero nunca me había puesto una inyección, podemos decir que sí nos duele, porque son nuestros hijos, pero es la primera vez que vengo, que me pico, que me checo a cada rato. La entiendo más [...], pero lo que ahorita valoro más, porque yo la quiero mucho y ahora la quiero más, yo siempre le he dicho que tú eres una niña, buena sana, y no estás enferma, es un padecimiento que hay, y nadie se muere de diabetes, porque es un control, para mí fue algo bueno el haber venido [...] (Mayra, madre de Diana, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

Los adolescentes, por su parte, mencionaron estar más conscientes de que el cuidado que tienen sus padres hacia ellos se debe al amor que les tienen y que están preocupados y al pendiente de su salud. Esperan que la situación mejore

en casa en cuanto a su relación. Asimismo, se encontraban a la espera de ver que sucedía en sus hogares después de la sesión.

Venciendo obstáculos y fijando metas (Autocontrol). El tema de autocontrol de la diabetes como de sus emociones, fue un punto que los adolescentes destacaron como importante para el trabajo en el grupo. Ellos mencionaron que sus emociones influyen en sus niveles de glucosa, por lo que fue un punto que refirieron querer platicar. Asimismo, el control de su diabetes, en términos de un cuidado adecuado, y de la adherencia al tratamiento son temas centrales que ellos refirieron como importantes. Los adolescentes conversaron acerca de lo que ellos entienden por autocontrol o autorregulación:

Autocontrol es aquella capacidad de regularse a sí mismo a base de un automonitoreo y control voluntario (Joaquín, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Es tener controlados mis niveles de azúcar por mí mismo (Joaquín, sesión 11, 21 de mayo, 2016).

Al cuestionarlos sobre obstáculos que les impiden llegar a su autocontrol mencionaron argumentos como preocupaciones, comer alimentos que no deben, exámenes, enojos innecesarios, rebeldía o llevarle la contra sus padres y no seguir las indicaciones médicas. Del mismo modo, platicamos acerca de sus logros en este tema y de los acontecimientos extraordinarios que sucedieron en el pasado, cuáles fueron las acciones que realizaron y se exploraron otras ocasiones en las que también salieron victoriosos con el autocontrol.

Sí, sentí alegría porque pude lograrlo y no necesité ayuda de nadie. (Dafne, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Traté de medirme para estar bien, dejar de comer en exceso y comer menos azúcares, hacer ejercicio, es difícil para mí hacer ejercicio y una vez lo hice, vencí los obstáculos y lo hice (Lorena, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Con base en el entendido de que a lo largo de nuestra vida revisamos constantemente nuestras historias y, posiblemente, modificamos el significado de los eventos y de las relaciones que hemos establecido, así como de que nuestras narrativas personales no son estáticas, sino fluidas y se dan en el contexto de nuestras relaciones e intercambios lingüísticos con otras personas (Anderson, como se citó en Tarragona, 2003), las conversaciones tenían la finalidad de mostrar nuevas alternativas y esperanzas para el futuro en el

contexto del grupo, que funcionaba como medio para reforzar aspectos positivos. La intención fue basarse en el mapa de conversaciones de reautoría con preguntas del panorama de la acción y de la experiencia, con el objetivo de contribuir a que los adolescentes ligaran estos eventos en un argumento alternativo hacia un particular tema o territorio, el autocontrol.

Se realizaron preguntas del panorama de la acción y de la experiencia. Estas últimas, específicamente, están relacionadas con las implicaciones que estos argumentos alternativos tienen en términos de la comprensión de las personas acerca de su propia identidad; invitan a la gente a reflexionar de manera diferente en sus propias identidades y las identidades de otros (Carey y Russell, como se citó en Campillo, 2007).

T.: ¿Qué te dice de ti que hayas logrado vencer estos obstáculos?

A.: Que con esfuerzo y dedicación puedo lograr mis objetivos.

T.: ¿Qué crees que pensó tu familia el día que venciste esos obstáculos y lograste la autorregulación?

A.: Se sintieron orgullosos.

T.: ¿Qué valoras de esa experiencia?

A.: Todo, cómo me sentí muy feliz y ver felices a los que me rodean.

(Ana y terapeuta, sesión 11, sesión 12, 4 de junio, 2016).

A través de las preguntas del panorama de la acción y de la experiencia también se puede proyectar el argumento preferido hacia el futuro, con la finalidad de contribuir más adelante a nuevas conclusiones de identidad, encontrando los valores, esperanzas y sueños que guían las acciones de alguien para prever las futuras acciones que fluirán de estos compromisos. En relación con sus esperanzas y sueños y la autorregulación en un futuro, los adolescentes comentaron:

Hacer mi vida normal y ser exitosa, quiero lograr la autorregulación y mantenerla (Sandra, sesión 12, 4 de junio, 2016).

Mi anuncio publicitario (Autoestima y vida cotidiana sin diabetes). La adolescencia es una etapa marcada por las intensas transformaciones biopsicosociales. Los adolescentes portadores de una enfermedad crónica, como DM1, tienen que afrontar las exigencias que se derivan de la enfermedad y el tratamiento, además de ocuparse de los aspectos habituales de esta fase. El factor

psicosocial es un aspecto importante para ellos (Novato, Grossi & Kimura, 2008). La autoestima se ve afectada al ser señalados por los pares debido a la diabetes.

Con el objetivo de ampliar sus discursos y vislumbrar aspectos y características más positivas de su persona, que dieran como resultado historias más ricas y significativas para ellos, se pidió que hicieran el dibujo de su silueta en una hoja en blanco. Ellos podrían elegir el color que más les gustara para ello. Se les pidió que en la mano derecha escribieran lo que más les gustaba de ellos; en la mano izquierda lo que menos les gustaba de ellos; en el pie derecho, debían escribir algo para lo que se consideraran muy hábiles o buenos, en la pierna izquierda algo para lo que no; en el estómago tres personas que fueran importantes para ellos y para los que ellos fueran importantes también; en la parte de la cara o la boca lo que más les gusta comer; debajo de los pies, lo que más odian comer y arriba de la cabeza debían completar la siguiente frase: lo que pienso de mí es.

Todo esto les daría la opción de conocerse más y mejorar el autoconcepto y con ello la autoestima. Asimismo, tendrían material para engrosar sus historias alternativas y comenzar a manejar discursos más positivos de su persona.

Au.: Soy muy relajista, muy bonita, inteligente, necia y me gusta sonreír.

L.: Soy divertido, soy glotón y soy deportista.

A.: Que soy inteligente, orgullosa, honesta, a veces me enoja rápido, no soy perfecta, pero me gusta como soy (Aurora, Luis y Ana, sesión 9, 7 de mayo, 2016).

Estos nuevos relatos dieron pie a la siguiente actividad, los adolescentes harían un anuncio publicitario de sí mismos. Podrían incluir lo que quisieran, la condición era que el anuncio debía invitar a una compra. Se analizó el contexto y se habló de algunas campañas de publicidad de marcas de renombre, y se reflexionó acerca de qué es lo que dicen, cuáles son las imágenes que manejan y cuál es la forma de promocionar su producto. Recordemos que la psicología narrativa parte de la idea de que el individuo se encuentra inmerso en un contexto social y cultural, del que no puede ser desprendido y que influye en sus historias y experiencias.

Al inicio se les dificultó pensar en los puntos que pondrían en sus carteles; en ocasiones se apoyaban entre ellos diciendo algunos que tal vez no habían sido pensados por los demás. Con esto fue posible observar la participación de los

testigos externos en el refuerzo de nuevos significados y señalando características que tal vez no habían sido observadas por los jóvenes:

L.: No sé.

T.: A ver qué otras cualidades ven ustedes en él.

Au.: Creo que es muy necio. Creo que es una persona muy alegre.

A.: es muy alto.

T.: Yo creo que puede ver el lado positivo de las cosas y puede reírse y salir adelante, aunque la situación a veces sea un tanto extrema, como que le ve lo bonito a la vida.

L.: Sonríe y asiente (Terapeuta, Luis Aurora y Ana, sesión 11, 21 de mayo, 2016).

Dentro de este contexto, las preguntas circulares no presumen revelar lo que existe, sino generar información que haga una diferencia en la manera en que la persona o la familia entiendan su situación (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Protty, como se citó en Gergen & Warhus, 2003). La intención es editar la historia de los jóvenes que se encuentra saturada del problema.

T.: ¿Quién sigue? ¿Julio? ¿Por qué deberíamos comprar a Juan?

J.: Sé cocinar, me gusta hacer deporte, soy buena persona, me gusta ver series y jugar mucho.

T.: y... ¿Todo eso cómo te ha ayudado en tu vida?

J.: soy una persona relajada.

T.: ¿Qué sucede cuando hay una situación complicada?

J.: Me pongo a ver tele y pienso mejor.

T.: ¿Qué crees que piensan tus papás de la forma en que reaccionas de las cosas?

J.: Que es bueno porque veo las cosas de manera distinta.

T.: Que es lo que más te destaca como persona.

J.: Ser buena persona, soy tranquilo.

(Julio y terapeuta, sesión 11, 21 de mayo, 2016).

Los adolescentes hicieron sus anuncios publicitarios e intentaron vender “su producto” a sus compañeros. Los anuncios destacaron aspectos positivos de los muchachos y a través de ellos compartieron características y habilidades desconocidas por el resto del grupo e incluso no tan presentes para ellos. Las historias de los jóvenes se engrosaban cada vez más con detalles positivos de sí mismos y de lo que pueden aportarles a los demás.

Carolina les enseñará artes marciales para defenderse y si no, yo los defenderé, es divertida, sabe cocinar y comer, es comprensiva, guarda secretos, es muy muy sociable. Advertencia: puede cambiar, no me presiones, sino explotará. Advertencia: cómprala, si no sufrirás las consecuencias (Carolina, sesión 11, 21 de mayo, 2016).

Las intervenciones del terapeuta en las conversaciones tenían la finalidad de cocrear junto con los adolescentes sus historias, considerando que “La terapia es el proceso de seguir interviniendo en una conversación con la intención de facilitar/co-crear/co-escribir una nueva narración, junto con los clientes y sin imponerles una historia. Nuestra historia no debe estar nunca por encima de la historia del cliente” (Harold Goolishian, como se citó en Armenta Mejía, 2002, p. 5).

El partido (Relaciones interpersonales). Como se mencionó anteriormente, la diabetes mellitus tipo I genera en los adolescentes dificultades en sus relaciones interpersonales, pues en ocasiones son rechazados por sus pares, debido al desconocimiento de su situación de vida, la enfermedad y todo lo que el tratamiento implica. Es por lo que se llevó a cabo una dinámica que propiciara la conversación acerca de estas historias muy pocas veces contadas.

Terapeuta: Vamos a empezar con una dinámica sencilla, necesito dos equipos. La dinámica va a tratar de hacer puntos. Y el equipo que gane es el que va a decidir en la tercera dinámica. Un equipo se para frente al otro y va a observar, después de 5 min, saldrá y el equipo que se quede va a hacer cambios en su imagen, en lo que quieran, la blusa, etc. Cuando el otro equipo regrese tiene que observar de nuevo al equipo que hizo cambios y adivinar las diferencias. Por cada diferencia que le atinen tienen un punto. Y luego cambiamos ¿de acuerdo?

Los participantes se mostraron entusiasmados y decidieron dividirse en equipo de mujeres y de hombres. Los varones hicieron 9 puntos y las mujeres 10, por lo que resultaron ganadoras. La metáfora que se utilizó fue las diferencias en el juego como en la vida. La conversación giró en torno a las diferencias encontradas en las personas durante su vida diaria y en sus relaciones interpersonales y cómo perciben y manejan estas.

T.: ¿Qué piensan de las diferencias que había en el juego?

S.: Normal.

L.: Fue divertido.

T.: Fue divertido tener diferencias, qué es lo que pasa cuando nos topamos a una persona diferente a nosotros.

M.: Nada, yo creo que está bien.

Terapeuta: A veces, en nuestras situaciones de vida cotidiana, vemos a las personas diferentes a nosotros, en algunas historias me ha tocado observar que hay ocasiones en las que las personas rechazan a otras por ser diferentes, y esto causa conflicto en las personas rechazadas. La realidad es que todos somos diferentes, absolutamente todos somos diferentes, que hoy fueron diferencias de ropa, etc., pero que allá afuera nos topamos con gente que nos rechaza porque mi gusto o intereses difieren, tal vez a mí me gusta el helado y a él las galletas; o yo soy alta y ella bajita. El chiste es aceptar que todos tenemos diferencias, pero eso no me hace ser menos o más que otros, tenga cinturón o no, playera o no, agujetas amarradas por dentro o por fuera, o diabetes tipo I, lo importante es lo que yo soy y cómo me siento conmigo mismo.

L: Que a alguien le gustan los hombres y algunos las mujeres (Risas).

J: Yo creo que está bien, es rico tener diferencias, todos somos diferentes y no debemos sentirnos mal porque tenemos diabetes.

A: Sí, todos somos diferentes, pero iguales.

S: sí. Así es, yo puedo hacer de todo, aunque tenga diabetes.

(Ana, Luis, Joaquín, Sandra y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

La siguiente actividad permitió reconocer las relaciones interpersonales que mantienen, de igual forma aportó en la identificación de sus redes de apoyo y para darse cuenta cuáles son las fortalezas con las que cuentan al entablar sus propias relaciones interpersonales. Con esto la historia se siguió engrosando hacia aspectos positivos que les brindarán esperanza para un mejor futuro. La nueva historia permitiría darle significado a sus relaciones actuales y valorar el apoyo que sus familiares, amigos y personas cercanas les brindan.

La metáfora utilizada fue un partido de futbol, el partido de sus vidas. Se les entregó una hoja que representaba una cancha de futbol, se les pidió que en la mitad de la cancha escribieran los nombres y las posiciones de las personas que estarían en su equipo y del otro lado, los nombres y las posiciones de las

personas que se encontrarían en el equipo contrario. Seguidamente se les proporcionó una hoja con una serie de preguntas.

Se prefirió que respondieran las preguntas de manera escrita para luego compartirlas, pues esto favorece el proceso de reflexión. Al respecto, Tarragona (2003) menciona que este proceso aporta muchos temas interesantes para la conversación, pues los clientes reportan que, con frecuencia, al escribir tienen ideas nuevas, se “dan cuenta” de cosas. De igual forma, refiere que al leer los escritos en voz alta intensifica los sentimientos y al ser otras personas testigos de su experiencia se aporta una sensación de validación y aceptación.

La mayoría de los adolescentes descubrió, a través de este proceso, que existen muchas más personas en su equipo de las que ellos imaginaron; personas que juegan de su lado, que los quieren y apoyan. Refirieron que su equipo generalmente estaba conformado por sus padres, hermanos, familia extensa como tíos, abuelos, primos y sus amigos.

T.: ¿Cuántos jugadores tienen de tu lado de la cancha?

C.: 20.

T.: ¿Quiénes son esos jugadores?

C.: Amigos, primos, mis papás y así, mmm... Me faltó tía Julia y tío Pepe.

J.: Carolina tiene dos equipos ahí, va a ganar por un montón.

L.: Cuando termine el partido 54 a 0 a favor del equipo de Carolina.

(Carolina, Joaquín, Luis y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

Como se mencionó anteriormente, a través de esta metáfora también pudieron identificar sus puntos fuertes cuando se trata de entablar nuevas relaciones interpersonales, brindándole discursos alternativos que al reafirmarse les proporcionan seguridad y nuevos significados.

T.: Luis, ¿cuál es la posición que tu jugarías?

L.: Medio central.

T.: ¿Cómo es que elegiste esa posición para ti?

L.: Porque es el armador es el que guía todo el partido.

T.: ¿Tú te sientes así en tus relaciones interpersonales?

L.: O sea, es el que tiene el control, no de hacer lo que quiera, es el que tiene el control de las situaciones, de sus situaciones.

(Luis y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

Los integrantes del grupo identificaron también las diferencias encontradas entre “los jugadores de su equipo” y cómo esas diferencias aportan en su juego. También hablaron de qué estrategias tendrían que llevar a cabo para mejorar sus relaciones interpersonales.

T.: Ana, ¿cómo crees que esas diferencias aportan a tu equipo y al partido?

A.: Todos son diferentes, todos tienen una cualidad y todos aportan para que el equipo vaya bien.

(Ana y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

T.: En la vida cotidiana, nosotros jugamos partidos a diario, nos topamos con gente que está de nuestro lado y nos topamos con gente que tal vez no nos encanta y que tal vez los mandemos al otro equipo e incluso los expulsemos porque ni siquiera los queremos en la cancha de juego. Sin embargo, yo no puedo controlar lo que las demás personas hacen, dicen o piensan. Yo no puedo controlar que las cinco conocidas de Joaquín, que están en su escuela, hagan, digan o piensen de manera distinta, eso no lo puedo controlar y Joaquín, tampoco lo puede controlar, yo no puedo controlar que las personas que están del otro lado de la cancha de Carolina, hagan digan o piensen. ¿Qué sí pueden controlar? La posición que ustedes quieren jugar en este partido, yo puedo controlar qué pasa, como dijo Marco, y qué no pasa, qué entra a la portería y qué no entra, qué dejo pasar conmigo y qué no dejo pasar. Yo puedo controlar hacia dónde me muevo, como dijo Luis, y puedo tener el control de mí y de mis emociones. ¿Cómo puedo hacer para mejorar los resultados de mi propio juego, de mi propio partido?

A.: Ser mejor persona.

J.: Como pensar con la cabeza.

T.: ¿Cómo es ser mejor persona?

J.: Tomar mejores decisiones, pensarlas bien antes de hacerlas, hacer tácticas.

S.: Tener más comunicación y pasar más tiempo como mi familia.

L.: Entrenar.

T.: ¿En qué te entrenarías?

L.: En... no sé cómo decirlo, tener una responsabilidad sobre mí y no hacer lo que los demás piensan (Ana, Joaquín, Sandra, Luis y terapeuta, sesión 13, 11 de junio, 2016).

Los significados son co-construidos con quienes compartimos nuestro vivir. Por ello fue importante definir los hechos y acontecimientos relacionados con las relaciones interpersonales de cada uno de los jóvenes, es decir, para cada dominio de existencia. Esta significación, común con la que los personajes interpretan los hechos, hace que las personas anticipen con relativa certeza lo que es posible esperar de sí mismo y de otro, en el dominio de existencia en que conviven. Al mismo tiempo les crea una serie de expectativas de lo posible o imposible de encontrar en el espacio de encuentro común y articula lo que pasa a ser “la realidad” de los acontecimientos, de los hechos, de las cosas, para cada dominio de existencia (Zlachevsky Ojeda, 2003).

Al contar sus historias de relaciones interpersonales y desmenuzarlas, incluyendo a sus personas cercanas o equipos, los adolescentes tuvieron la oportunidad de anticiparse a las realidades de cómo entablan relaciones y prever situaciones que tal vez no les sean tan cómodas. Asimismo, pudieron identificar sus fortalezas en esta temática y aprovecharlas en el futuro.

Resultados

Evaluación del proceso de intervención desde la perspectiva de los adolescentes y sus cuidadores

La evaluación del resultado de los efectos obtenidos mediante la intervención terapéutica es, sin duda, uno de los aspectos más difíciles de afrontar en una psicoterapia. Esta dificultad está en el hecho de que diferentes escuelas de psicoterapia poseen distintos criterios para establecer la eficacia de la terapia, que resultan estrechamente dependientes de las distintas perspectivas teórico-aplicativas, a menudo opuestas entre ellas (Rioja & Pinto, 2008).

Para la psicoterapia narrativa no existen problemas, causas, fuerzas, estructuras que no se deriven de las interpretaciones basadas en el pensar común, sino que, al intentar articular lo que existe, al ubicarlo en el lenguaje, penetramos el mundo de los significados generados socialmente (Gergen &

Warhus, 2003). Asimismo, le da peso a la relación paciente-terapeuta y trata el concepto de identidad personal como una construcción social fluida.

La evaluación realizada para la presente investigación se hizo desde dos puntos: (1) la evaluación de la experiencia en el proceso terapéutico, pues es un aspecto importante para la terapia narrativa y (2) la utilidad del proceso terapéutico en cuanto a los objetivos del programa de intervención; ambas con base en el discurso de los adolescentes. También se tomó en cuenta el punto de vista de sus padres o cuidadores, quienes asistieron a algunas sesiones específicas para el trabajo de la empatía entre ambas partes. A continuación, se describen:

(1) La evaluación de la experiencia en el proceso terapéutico. Se llevó a cabo tomando en cuenta dos rubros: el primero hace referencia al análisis de las sesiones hecho a través de la guía de evaluación de la experiencia, basado en las características de las terapias posmodernas y narrativas correspondientes a la relación terapéutica (Tarragona, 2008); el segundo hace alusión a las respuestas recibidas a la pregunta: ¿Cómo te sentiste durante el proceso terapéutico? tomando en cuenta tu experiencia y la actitud del terapeuta. Dicha pregunta se les planteó por escrito durante la última sesión y se recalcó la importancia del anonimato y la sinceridad para una retroalimentación adecuada. Asimismo, se enfatizó que no existían respuestas correctas e incorrectas. Estas también se analizaron bajo la guía de evaluación de la experiencia, descrita anteriormente.

(2) La utilidad del proceso terapéutico. Esta se evaluó con la metáfora “los vagones del tren”. Se narró a los participantes la siguiente historia: Hace aproximadamente 6 meses comenzamos un viaje juntos, tomamos un tren con el mismo sentido, ustedes decidieron qué llevar a ese viaje y qué poner en esos vagones, algunos decidieron llevar más cosas, los demás menos, otros decidieron no subirse, ustedes saben qué pasó con cada uno. Parte de lo que decidieron poner en ese tren, es lo que está aquí, integración, relación con sus padres o cuidado de estos por su situación de vida, autoestima y autorregulación, relaciones interpersonales y una vida cotidiana sin diabetes.

Después de relatarles esto, se les proporcionó una hoja con trenes dibujados. Cada tren simbolizaba uno de los temas que eligieron trabajar y sus objetivos, y contaba con cinco vagones. Los trenes correspondían a una escala,

donde los vagones se encontraban enumerados del 1 al 5; siendo 1 la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta. Los adolescentes escribieron una I, en el vagón que consideraron se encontraban cuando iniciaron el proceso terapéutico y una F en el que piensan que estaban al finalizar el mismo. Junto a cada tren había un espacio en el que explicaron el porqué de sus puntuaciones. Esto lo repitieron con cada rubro.

La experiencia en el proceso terapéutico

El primer aspecto descrito en la guía para la evaluación de la experiencia en el proceso terapéutico es *la terapia como asociación o en conjunto*. Tarragona (2008) menciona que el proceso terapéutico es un esfuerzo conjunto entre los clientes y los terapeutas, dando lugar a una relación igualitaria, en la que no se perpetúen estereotipos y jerarquías. Esto fue posible observarlo en los comentarios de los jóvenes, en los que se referían constantemente al terapeuta por su nombre, mostrando confianza y comodidad. Asimismo, hablaban de lo que les preocupaba, les gustaba o no, con sinceridad, dejando ver su apertura para el trabajo, en un ambiente seguro.

[...] *Soy mejor persona ahora y me gusta venir más y vengo más entusiasmada y participativa. Me gustó compartir con Argelia, porque nos soportó y se portó increíble con nosotros.* (Anónimo, respuesta escrita, 18 de junio, 2016).

El segundo aspecto mencionado por Tarragona (2008) es *la valoración de la multiplicidad de voces o perspectivas*. Este punto hace referencia a que, en ocasiones, escuchar puntos de vista distintos a los tuyos favorece la reflexión y enriquece el proceso terapéutico y, por tanto, la experiencia del cliente. Aunque Tarragona se enfoca más en lo referente a los equipos reflexivos o a las familias, en la presente investigación, el grupo de intervención terapéutica fungió como hilo conductor de nuevas opiniones y voces. Los adolescentes escuchaban y participaban en la construcción de nuevas alternativas para las historias de sus compañeros, al mismo tiempo que tejían nuevas historias propias y grupales. *Bien contento, enriquecido con las historias de vida de cada uno de los compañeros, de todos, siempre, siempre hay experiencias, siempre hay detalles, siempre hay, aprende uno o recuerda uno lo que ha vivido y es momento de*

afianzar algunas cosas, de trabajar algunas otras [...] (Guillermo, papá de Carolina, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

El tercer aspecto incluido en la guía de evaluación es *el cliente como estrella*, es decir, el cliente es el protagonista del proceso terapéutico, es visto como el experto en su propia vida (Tarragona, 2008). El grupo proporcionó un espacio en el que ellos pudieran narrar sus experiencias y contar sus propias historias sin ser censurados o cuestionados. Un espacio en el que se sintieron libres y fueron los primeros actores del relato; pero sobre todo un espacio donde se sintieron escuchados. Fue posible observarlo cuando los adolescentes comentaron sentirse tranquilos; recalcaron que era un espacio en el que podían hablar. Los padres, por su parte, también mencionaron sentirse escuchados y tener un espacio donde se valoraban sus experiencias.

Yo me voy contenta porque la gente ha participado más y todos participamos, e incluso me desahugué, me escucharon, me sentí escuchada (Ana, sesión 3, 7 de mayo, 2016).

Joel es el mismo de siempre, lo quiero mucho, me voy agradecida, con este momento que nos has dado, en el cual nos podemos abrir y expresar y creo que yo también, ahora que lo analizo, creo que también yo, si él se cierra, creo que yo también me pongo en mi caparazón y tampoco le digo, lo abrazo, también mi tiempo, siempre uno está pensando en el trabajo, mis cosas y pasan ellos a ser un segundo término (llora) [...] (Rosa, sesión 10, 14 de mayo, 2016).

El siguiente rubro evaluado es *la transparencia*. Tarragona (2008) la define como hacer todo lo posible para estar libre de prejuicios en los encuentros con los clientes. Menciona que, aunque es imposible no tener valores personales, opiniones o preferencias, el terapeuta debe ser abierto sobre estos cuando son relevantes para la terapia. El cliente debe sentirse libre y sin presiones. Durante el proceso terapéutico fue posible observar un ambiente de respeto en todos los sentidos, no solamente del terapeuta hacia ellos, sino también dentro del grupo. Los puntos de vista, opiniones y experiencias se escucharon sin imposiciones de ninguna índole. Durante las primeras sesiones un participante tuvo complicaciones para hablar, debido a su timidez y el grupo respondió con empatía y respeto.

Joaquín dijo en voz alta, *él* (refiriéndose a Carlos) *no se acerca porque es tímido, poco a poco tendrá confianza y se acercará*. Y fue con él para que le firmara la hoja y le firmó una característica de su hoja. Cuando los chicos le decían a Carlos que, si les podía firmar su hoja, él asentía con la cabeza y cuando se alejaban sonreía (Joaquín, sesión 2, 30 enero, 2016).

Terapeuta: Carlos es tu turno.

Carolina: No va a hablar.

Terapeuta: Yo creo que sí, hoy lo logró y eso me alegra mucho. Recuerden que cada quien, a su tiempo, debemos respetar a cada uno. Nosotros esperaremos cuando él se sienta listo.

Carlos: Me sentí bien, contento...

Terapeuta: gracias, Carlos.

El último aspecto señalado en la guía de la evaluación es el *agente personal*. Tarragona (2008) menciona: “El terapeuta debe respetar y animar al cliente a ser capaz de tomar decisiones y actuar en su vida”. A menudo se utiliza la metáfora de “estar en el asiento del conductor de la propia vida”. Este punto se observa claramente con la metáfora utilizada en la última sesión, “el maquinista”.

El tren detuvo su curso y se ha detenido en un lugar... ¡Al fin en una estación!... Espero que este viaje te haya sido ameno, pero sobre todo útil y que te haya dado la oportunidad de pensar en ti, en tus situaciones de vida y de encontrar nuevos caminos que recorrer. Las vías del tren pueden desviarse o redesviarse las veces que sea necesario, las veces que tú así lo decidas. Quiero decirte que tu tren estará listo para cuando desees emprender otro viaje. El día de hoy oficialmente te otorgo el cargo de ¡MAQUINISTA!... ¡Maquinista de tu propio tren! ¡Maquinista de tu propia vida! ¡Felicidades!

De la utilidad del proceso terapéutico. Los vagones del tren permitieron conocer la percepción de los adolescentes acerca de los avances que tuvieron en cada rubro establecido por ellos al inicio de la exploración y percibir si ellos observaron alguna diferencia en estas temáticas al finalizar las sesiones.

En lo relativo a la integración del grupo, los adolescentes comentaron haber percibido un avance, tener mayor confianza, platicar más y pedirse consejos acerca de lo referente a su tratamiento. El que pudieran hablar acerca

de su tratamiento no era una necesidad plasmada por los jóvenes; sin embargo, sí lo era por parte de la Asociación, pues consideraban pertinente que ellos pudieran tener comunicación, por cualquier duda que les pudiera surgir acerca de la diabetes, ya que, al ellos conocer bien el procedimiento, podrían orientarse entre sí, en caso de emergencia.

Mejoramos la integración, ya que hablamos más. Ahora tengo el whats y face de algunos y nos hablamos. A veces le pido consejos a algunos o me resuelven dudas que surgen (Sandra, sesión 12, 4 de junio, 2016).

En cuanto a *la relación con sus padres y el cuidado o control que tienen sobre ellos debido a su tratamiento*, los jóvenes comentaron que ahora sus padres muestran entenderlos mejor y ellos les mienten menos acerca del seguimiento que están llevando con su diabetes. También refieren una mayor comunicación con sus padres y que ellos se muestran más empáticos con sus sentimientos y emociones. Inclusive, los pocos que reportaron no tener problemas con sus cuidadores respecto a su tratamiento, reportaron una mejor comunicación.

Me siento como que me comprenden más y eso me alegra mucho (Lorena, sesión 12, 14 de junio, 2016).

Ahora hablamos más, no les miento acerca de lo que como o cómo me siento y siempre me apoyan (Sandra, sesión 12, 14 de junio, 2016).

En el aspecto de la autorregulación (de su diabetes y de las emociones), los participantes mencionaron tener un avance y controlarse un poco más. Sin embargo, no todos lo han logrado. Comentaron estar más conscientes de la importancia de llegar a ella por su salud y mencionan poner de su parte, aunque todavía consideran que se encuentran en camino hacia esta meta.

Antes era un poco difícil aceptar esto, pero después lo consideré bien y pude controlarlo mejor (Orlando, sesión 12, 14 de junio, 2016).

Pues antes no me gustaba cuidarme, pero ahora me doy cuenta de que estoy mal, porque me sentía muy mal, es mi diabetes y ya me estoy cuidando (Celina, sesión 12, 14 de junio, 2016).

La autoestima es un rubro que se encuentra aludido en los adolescentes con diabetes, pues en ocasiones se sienten señalados, por lo que es importante reforzarla. En este punto, los jóvenes mencionaron sentirse más seguros y contentos consigo mismos, conocerse mejor y apreciar aspectos que tal vez antes

no habían notado. Mencionaron con mayor facilidad sus características y habilidades al margen de la diabetes.

Soy muy social, agradable, responsable, soy fuerte y puedo lidiar con lo que la vida me ponga (Sandra, sesión 12, 14 de junio, 2016).

Conozco más cosas sobre mí y me quiero mucho más (Ana, sesión 12, 14 de junio, 2016).

En lo referente a sus relaciones interpersonales, los adolescentes comentan haber observado el apoyo que tienen por parte de sus familiares y amigos. Reconocieron la importancia de estos en sus vidas y todo lo que ellos les brindan. Asimismo, identificaron las diferencias que existen entre las personas, ya que no todos tienen las mismas características físicas, emocionales, habilidades e intereses, dándose cuenta de que absolutamente todas las personas son diferentes. Hacer esta reflexión les sirvió para sentirse más seguros en sus relaciones interpersonales, pues llegaron a la conclusión de que no es la diabetes lo que señala la diferencia entre las personas, sino que las personas son diferentes en sí mismas. De igual forma identificaron las fortalezas que poseen para entablar relaciones interpersonales sanas.

No todos somos iguales y pensamos diferente, pero todos jugamos por lo mismo (Ana, sesión 14, 18 de junio, 2016).

Al inicio me sentía insegura por tener diabetes, sobre todo porque las demás personas ignoran lo relacionado con esto y a veces te tratan diferente, pero ahora me siento mucho más segura porque sé que puedo hacer todo lo que las demás personas hacen (Sandra, sesión 14, 14 de junio, 2016).

En lo referente al rubro de *vida cotidiana sin diabetes*, los jóvenes mencionaron en varias ocasiones que ellos son más que solo diabetes y que están conscientes de todo lo que pueden hacer, independientemente de la situación de vida en la que se encuentran. Exploraron sus cualidades, gustos e intereses y pudieron mirar otros caminos diferentes. Mencionaron estar tranquilos en cuanto a la enfermedad e incluso llevarla más como una compañera de vida. [...] *te hace entender que vives con un padecimiento porque estará toda la vida, pero ya la miras como una amiga* (Luis, sesión 14, 18 de junio, 2016).

A continuación, se presenta una tabla que muestra los promedios alcanzados del análisis de las puntuaciones proporcionadas por los adolescentes.

Estos promedios, fueron obtenidos de las puntuaciones iniciales y finales, referidas por los adolescentes para cada temática en la actividad “los vagones del tren”, la cual ha sido desglosada en el apartado anterior (Evaluación del proceso de intervención desde la perspectiva de los adolescentes y sus cuidadores).

Tabla 1

Percepción numérica de avance de los adolescentes, en temáticas trabajadas

Aspecto a trabajar	Promedio puntuaciones iniciales	Promedio puntuaciones finales	Diferencia puntuación final e inicial
Integración	1.1	3.6	2.5
Relación con tus padres/cuidadores y el cuidado que tienen sobre ti	2.1	3.7	1.6
Autoestima y autoconocimiento	2.1	4.3	2.2
Autorregulación	2.2	3.6	1.4
Relaciones interpersonales	3	4.5	1.5
Vida cotidiana sin diabetes	2.1	3.7	1.6

Es posible observar en la tabla que los adolescentes refieren un avance en todos los rubros; entre el 1.4 y el 2.5 de promedio. La temática mejor calificada fue la integración del grupo. Como se mencionó con anterioridad, esta temática fue señalada por los adolescentes como la más importante a trabajar. Asimismo, la autorregulación obtiene la menor calificación. Es probable que esto se deba a que a pesar de que han podido reflexionar acerca del tema y están más conscientes de la importancia que tiene para su salud, todavía consideran que se encuentran en proceso de lograrla.

Finalmente, la diabetes se puede encontrar en todos los países. Las cifras mundiales cada vez son más alarmantes. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013), si las tendencias siguen como hasta ahora, para el 2035 unos 592 millones de personas, o un adulto de cada 10, tendrán diabetes y estos incrementos tendrán lugar en regiones de países en desarrollo, cómo lo es México, donde se espera que en 2013 sea el sexto país del mundo con mayor número de personas con diabetes, con un total de 8.7 millones y para

2035 ocupará el quinto lugar con 15.7 millones de personas. Estas cifras son impresionantes.

Como se mencionó con anterioridad, la diabetes tipo 1, aunque es menos común que la tipo 2, también está en aumento y cada vez afecta a más niños y adolescentes. Muchos de ellos tienen dificultades para enfrentarse emocionalmente a su enfermedad (Martínez Chamorro *et al.*, 2002) dejándolos cada vez más cansados de las presiones para que puedan seguir con su tratamiento.

La presente investigación tuvo como objetivo proporcionar una intervención psicológica que promoviera una mejor adaptación emocional del adolescente con diabetes a su situación de vida; sin embargo, no cualquier tipo de intervención. White (2002) menciona que la mayoría de las veces nos familiarizamos con terapias que se relacionan con experiencias de desmoralización, fatiga y agotamiento, saturadas del problema. Por ello se eligió un tipo de terapia que interviniera y brindara concepciones alternativas a los clientes, la terapia narrativa.

A lo largo de la investigación, los adolescentes participantes contaban historias saturadas del problema, mismas que se transformaron en historias con finales alternativos que podían ayudarles a vivir su situación de vida de forma diferente; como alguno de ellos mencionó, llevando la diabetes de la mano como amiga.

A pesar de tener un diagnóstico médico de diabetes mellitus, el cual, por razones evidentes no podría ser modificado, los participantes del grupo ya no querían ser vistos desde la mirada de la diabetes, querían ser vistos como personas con experiencias de vida mayores y mucho más grandes que solamente el padecimiento, por lo que el ir narrando y deconstruyendo historias, también se convirtió en ir conociendo y conociéndose más a través de sus propios relatos. La conversación y la relación igualitaria entre terapeuta y paciente les permitió ser los protagonistas de sus historias y tomar el control desde el inicio, partiendo aguas y señalando los temas que deseaban abordar con la intervención. Como Gergen y McNamee (como se citó en Armenta, 2002) mencionan, el diagnóstico no es algo que se “descubre”, sino algo que tiende a “crearse o construirse” a través del proceso de la conversación.

Los adolescentes se encontraban subyugados bajo un lenguaje de poder. El poder de las palabras, que ejercían los miembros de su familia, médicos, nutriólogos y demás personas relacionadas con su cuidado o tratamiento, al pensar y señalar constantemente la diabetes como representación del adolescente. Al separar claramente la distinción del problema “diabetes” de la distinción de la persona, fue posible examinar cuidadosamente la dinámica y la dirección de la interacción. Asimismo, fue posible que los adolescentes se liberaran de este peso sobre sus hombros, sintiéndose más libres y con identidad propia, separándose de la enfermedad (White, 1993).

Las conversaciones generadas a través de los juegos permitieron generar un proceso deconstructivo con el que los adolescentes contemplaron su experiencia con mayor perspectiva, “escribieron historias más ricas” y sentaron las bases del cambio futuro (Payne, 2002). De igual forma, estas conversaciones giraban en torno a aspectos que ellos eligieron, como sus pasatiempos, relaciones interpersonales, gustos, secretos y travesuras, apoyando con esto la identificación entre los integrantes y favoreciendo la cohesión e integración grupal, la cual fue una meta planteada al inicio por los mismos jóvenes. Es importante destacar que esta relación de camaradería fue llevada incluso fuera del proceso terapéutico, pues algunos generaron relaciones de amistad, e intercambiaron contactos telefónicos y redes sociales, que les permitieron, además de una relación más cercana, un intercambio de experiencias y solucionar dudas de su tratamiento.

El uso de documentos, sin duda, favoreció el proceso de empatía de hijos a padres. De acuerdo con Payne (2002), los documentos terapéuticos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten describir su propio progreso. La persona puede conservarlos para utilizarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos y pueden o no ser para el uso privado de la misma. Después de la escritura de la carta hacia sus padres (la cual no fue entregada) y del proceso de externalización realizado previamente para el sentimiento que presentan cuando sus padres los presionan, los jóvenes reconocieron la importancia que tiene todavía para ellos el cuidado de sus padres. Mencionaron que el apoyo que ellos les brindan es muy importante para que puedan llevar su tratamiento y dijeron entender mejor la postura de sus cuidadores. Al respecto, Martínez

Chamorro *et al.* (2002) comentan que los adolescentes cuyos padres permanecen implicados en el manejo de la diabetes de sus hijos durante la adolescencia, respetando el rol que a ellos les corresponde, presentan un mejor control metabólico, por lo que es necesario mantener la supervisión de los padres en el manejo de la diabetes durante la adolescencia y evitar o minimizar el conflicto padres-adolescente.

La sesión con padres e hijos en la que las historias se contaron desde el otro rol (padres e hijos intercambiaron papeles durante la sesión), afianzaron la empatía de los padres hacia sus descendientes, mostrando de manera palpable, las experiencias de vida que los adolescentes experimentan día con día y revelando con ello nuevas formas de relacionarse y caminos de esperanza hacia una mejor relación familiar.

Los adolescentes reconocieron que la autorregulación (en su tratamiento y de sus emociones) es un punto en el que todavía hay mucho camino que recorrer, mencionaron que es una lucha constante y de día a día. Sin embargo, también refirieron que les fue posible reflexionar acerca de la importancia de esta y comenzar a hacer cambios. El grupo cumplió la función de testigos externos. White (1993) menciona la importancia de que las personas que narran y vuelven a narrar tengan un “público”. En sus primeros escritos tendía a sugerir a las personas que identificaran a gente con la que les gustaría compartir las “narrativas revisadas” de sus vidas, en especial sus recién descubiertos éxitos en la lucha con el problema, fuera de la terapia. Podrían ser amigos, familiares etc. Los testigos externos pueden compartir sus propios recuerdos con la persona, no para cuestionar o restar importancia a su relato, sino para reforzarlo con las resonancias que les produce.

Martínez Chamorro *et al.* (2002) también destacan la importancia de que los adolescentes con diabetes participen en grupos de apoyo emocional y de otra índole, como campamentos para personas con diabetes, pues estos espacios brindan un mejor ajuste emocional, mejor adherencia al tratamiento y, por lo tanto, un mejor control metabólico.

Antes de la intervención psicoterapéutica, los adolescentes contaban historias dominantes acerca de su persona y sus relaciones interpersonales, relatos que giraban en torno a la diabetes y a cómo esta, en ocasiones, les

provocaba ser rechazados o señalados, llevándolos a esconderle a los demás, lo más posible, su condición de vida. Mencionaban sentirse inseguros para entablar relaciones de amistad o para realizar algunas actividades. Cuando alguien viene a ver al terapeuta, frecuencia es porque circunstancias terribles o complejas les han hecho llegar a conclusiones altamente negativas acerca de ellos mismos. Esto puede incluir comprenderse a sí mismos como “perdedores” o “desvalidos” o “merecedores de la infelicidad” o “locos” o cualquier cantidad de conclusiones de identidad problemática (Russell & Carey, 2004).

La intervención psicoterapéutica, a través de la terapia narrativa, les permitió incorporar eventos para cuestionar dichas historias y ampliar sus discursos de manera tal que crearan relatos alternativos más sanos y adaptativos. La práctica de reautoría está basada en la suposición de que no es posible que ninguna historia pueda englobar la totalidad de la experiencia de una persona, pues siempre habrá inconsistencias y contradicciones. Siempre habrá otros argumentos que puedan ser creados para los eventos de nuestras vidas. Como tales, nuestras identidades no están hechas de una sola historia. Estamos compuestos de múltiples historias problemáticas (Russell & Carey, 2004).

Los adolescentes identificaron características positivas y negativas de su persona, gustos e intereses, habilidades y aptitudes. Asimismo, identificaron las relaciones interpersonales con las que ya cuentan y el apoyo que estas redes les brindan. Todo esto aportó para poder co-construir historias alternativas y nuevos discursos.

Finalmente, la búsqueda de acontecimientos extraordinarios, la externalización realizada por los adolescentes, los nuevos discursos matizados de historias alternativas, la empatía lograda en la relación padres e hijos, los momentos de reflexión a través de preguntas del panorama de la acción y de la experiencia, dieron como resultado adolescentes más seguros de sí mismos, con historias más sanas y adaptativas que les hizo tener más visible la vida cotidiana que llevan, teniendo como una compañera de vida a la diabetes.

En conclusión, los adolescentes con diabetes mellitus tipo I viven una vida cargada de presión por el tratamiento continuo al que se ven sometidos. Chequeos constantes, inyecciones diarias; médicos, enfermeras, nutriólogos, endocrinólogos son personas con las que conviven cotidianamente; los cuidados

de los padres o cuidadores directos y de la familia extensa, ser el foco de atención y que la mayoría de los temas de conversación giren en torno a su cuidado y tratamiento es sofocante sobre todo en la adolescencia, que es una etapa en el desarrollo en el que se busca independencia.

Por lo tanto, todo esto implica formar una identidad con un pasajero extra incluido en el viaje, la diabetes, por lo que tienen que adaptarse a un doble camino, la adolescencia y la enfermedad resulta ser doblemente complicado.

Los días y las noches de estos adolescentes se encuentran saturados de discursos dominantes relacionados con la enfermedad, perdiendo así identidad propia y pasando a relacionarse con los demás como si fueran solamente la diabetes misma.

Un punto importante para el avance en el presente proceso terapéutico es la relación que se entabló a través de la terapia narrativa, donde la figura del terapeuta es vista desde una perspectiva de igualdad y de acompañamiento, lo que desvanece la jerarquía y el poder impuesto en relaciones establecidas anteriormente y coloca a los adolescentes en una posición en la que su voz es escuchada y valorada, pues ellos son los expertos en su propia vida. Esto hizo que los jóvenes se sintieran cómodos y que el proceso terapéutico fluyera.

La búsqueda de historias alternativas y de acontecimientos extraordinarios permitió visualizar nuevas historias que infundieron esperanza con miras al futuro en los adolescentes. Sus narraciones complementaban historias de una sola cara, proporcionando nuevas alternativas para su viaje, su vida. Al parecer el narrar y renarrar historias les dio elementos que se encontraban escondidos, habilidades, aptitudes, gustos e intereses que estaban ocultos y que fueron tomando voz en sus historias.

A través de las conversaciones de reautoría se crearon y co-crearon argumentos alternos en cuanto a sus relaciones interpersonales y la manera de relacionarse haciendo que los significados de los discursos cambiaran también, reconociendo con ello las redes de apoyo que tienen y el valor que poseen en su vida. El vislumbrar todas las características que poseen, independientemente de la diabetes, e incorporarlas a sus discursos, marcó la pauta para mejorar su autoestima y sentirse más seguros en su vida cotidiana. Asimismo, el compartir

historias y opiniones y mirarse en el *mismo tren*, favoreció la identificación y, con ello, la integración grupal.

La externalización del sentimiento que poseían al ser constantemente cuestionados por sus padres permitió a los adolescentes colocarlos fuera de sí mismos, para comprender mejor la emoción y analizarla desde fuera sin sentir culpas. Al sumarse los documentos terapéuticos, como la carta, se reforzó la empatía de los hijos a los padres, lo que les ayudó a reflexionar el porqué de las acciones de sus padres y concluir sobre la importancia de estos como supervisores en su tratamiento.

Las historias contadas desde un nuevo rol consolidaron la relación padres e hijos y aportaron nuevos argumentos a los relatos antes contados, lo que fortaleció la relación empática entre ambos. De igual forma, estas conversaciones apoyan en la toma de responsabilidad de los jóvenes, correspondiente a sus acciones y a su propio control, pues como varios de ellos mencionaron: es su diabetes y ellos son los que resultan afectados. Sin lugar a duda, este es un tema que costará aún más trabajo; sin embargo, hubo avances en este rubro al lograr la reflexión de los jóvenes y el comienzo del camino hacia la meta.

Los jóvenes tendieron nuevos rieles para emprender diversos viajes y pudieron constatar que su vida cotidiana no está llena solamente de la diabetes, sino que tienen muchísimas cosas que aportar a ellos mismos, sus familias y círculos en los que se desenvuelven.

Finalmente, se puede decir que la terapia narrativa fue útil para la adaptación de los adolescentes con diabetes mellitus a sus diversas situaciones de vida, pues permitió lo que ellos solicitaron en reiteradas ocasiones, ser escuchados y ser vistos de forma independiente al padecimiento, de igual forma les proporcionó nuevas alternativas para narrar sus historias y posicionarse como maquinistas de su propio tren o de su propia vida.

Sin embargo, durante el proceso terapéutico también fue posible encontrar algunas limitaciones, que deberían ser tomadas en cuenta. Las cuales se describirán a continuación.

La edad de los adolescentes fue un factor que fungió como una limitante. Esta comprendía un amplio rango: entre los 13 y los 17 años, lo que producía, en ocasiones, diferencias en las formas de pensar y en los gustos e intereses, dando

lugar a dificultades para la integración del grupo al inicio del proceso terapéutico.

Otro factor que actuó como limitante fue la rotación constante de los miembros del grupo terapéutico. Muchos de los adolescentes que participaron y que acuden normalmente a la Asociación viven fuera de la capital del estado, lo que les implicaba viajar para las sesiones. Algunos viven en comisarías de Mérida y no se encuentran tan alejados; sin embargo, otros tienen su residencia en otros municipios. Esto complicaba su traslado, pues varios de ellos, tenían que salir muy temprano para llegar a la hora de la sesión. Asimismo, algunos no conseguían transporte para salir de sus residencias y no podían llegar o lo hacían con retardo. No obstante, los adolescentes se portaban empáticos con sus compañeros y los apoyaban, comentándoles lo visto anteriormente.

Aunado a lo anterior está la situación económica. La diabetes es una enfermedad con un costo elevado y esto deja a las familias con poca estabilidad económica. A ello se le suma el vivir fuera de Mérida, algo que trae consigo mayor coste, debido a los transportes que requerían.

Por último, la Asociación maneja un calendario de sesiones quincenal a causa de los factores anteriores. La distancia en el espacio temporal, en ocasiones, rompía la continuidad de las sesiones y, en consecuencia, los participantes ya no tenían tan presente lo tratado en la sesión anterior y había que ahondar más disminuyendo el tiempo efectivo de la sesión.

Referencias

- Almirón, M., Gamarra, S. & González M. (2005). Diabetes gestacional. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, (152) 23-27. Recuperado de http://med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.pdf
- Ander-Egg, E. (2003). *Métodos y técnicas de investigación social IV*. Técnicas para la recogida de datos e información. Buenos Aires: Lumen.
- Armenta Mejía, J. (2002). Proactividad y psicoterapia: Una visión narrativa/centrada en la persona. *Revista Mexicana de Psicología Humanista y Desarrollo Humano Prometeo: Fuego para el Propio Conocimiento*, 33, 27-35. Recuperado de https://www.academia.edu/31247704/PROACTIVIDAD_Y_PSICOTERAPIA_UNA_VISION_NARRATIVA_CENTRADA_EN_LA_PERSONA
- Asenjo, S., Muzzo, S., Pérez, M., Ugarte, F. & Willshaw, E. (2007). Consenso en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 1 del niño y del adolescente. *Revista chilena Pediátrica*, 78 (5), 534-541. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-1062007000500012](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-1062007000500012&script=sci_arttext)
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000500012&script=sci_arttext
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2013). Clasificación de la diabetes mellitus. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*. 23-27. http://www.revistaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf
- Asociación Mexicana de Diabetes del Sureste. (2015). *Diabetes en números*. Recuperado de www.fmdiabetes.org.mx/sureste
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia centrada en las soluciones. En J. Navarro, A. Fuertes y T. Ugidos (Comps.): *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 211-245). Salamanca, España: Amarú.
- Campillo Rodríguez, M. (1996). La narrativa como alternativa psicoterapéutica. *Revista del Consejo Nacional para la enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(1) 193-208.
- Campillo Rodríguez, M. (2001). La narrativa como alternativa psicoterapéutica. Recuperado de <http://www.paginasprodigy.com/hipnosis->

- [capaf/pdefes/Narrativa%20como%20alternativa% 20Psicoterap%C3%A9utica.pdf](http://capaf/pdefes/Narrativa%20como%20alternativa%20Psicoterap%C3%A9utica.pdf)
- Castillo I., Ledo H. & Pino Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Revista Norte de Salud Mental*, 10(4), 59-66.
- Chase, P. (2008). *Un primer libro para entender la diabetes*. Estados Unidos de América: Children's Diabetes Foundation.
- Dreher, J. (2012). Fenomenología: Alfred Schütz y Thomas Luckman. En De la E. Garza y G. Leyva (Eds.), *Tratado de las ciencias sociales: perspectivas actuales*. México: Universidad Autónoma Metropolitana y Fondo de Cultura Económica. Recuperado de <https://imaginariosyrepresentaciones.files.wordpress.com/2015/05/tratado-de-metodologia-de-las-ciencias-sociales-de-la-garza-toledo.pdf>
- Federación Internacional de Diabetes. (2013). *ATLAS de la Diabetes de la FID*. (6ª edición). Recuperado de www.idf.org/diabetesatlas.
- Freeman, J., Epston, D & Lobovits, D. (2010). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. España: Paidós.
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. España: Universidad EAFIT.
- Gergen, K. & Warhus, L. (2003). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Revista venezolana de psicología clínica comunitaria*, 3, 13-45.
- Gobierno del Estado de Yucatán. (2013). *Plan Estatal de Desarrollo 2012-2018*. México: Autor
- International HIV/AIDS Alliance. (2002). *Una Guía para Facilitadores de Talleres Participativos con ONGs/OBCs que Trabajan en VIH/SIDA*. Recuperado de http://www.aidsalliance.org/assets/000/001/048/fgs0302_Facilitators_guide_sp_original.pdf?1413459083
- Ledón Llanes, L. (2012). Psychosocial impact of diabetes mellitus, experiences, meanings, and responses to disease. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es&tlng=en.

- López De Martín, S. (2011). *Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Martínez Chamorro, M., Lastra Martínez, I. & Luzuriaga Tomás, C. (2002). Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 42 (180) 114-119.
- Martínez-Taboas, A. (2012). La narrativa como guía de vida: las psicoterapias narrativas. *Ciencias de la conducta*, 27(1), 81-102. Recuperado de http://www.albizu.edu/Portals/0/Documents/cau/sju/Revista/2012/6_La_Narrativa_como_Gu%C3%ADa_de_Vida.pdf
- Mendoza Romo, M., Velasco Chávez, J., Nieva de Jesús, H., Andrade Rodríguez, H., Rodríguez Pérez, C. & Paulou Fragac, E. (2013). Impacto de un programa institucional educativo en el control del paciente diabético. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3) 254-259. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133d.pdf>
- Merlinsky, G. (2006). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado: notas para una pedagogía de la investigación. *Revista Cinta de Moebio: Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*, 27, 27-33. Recuperado de http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=2197&clave_busqueda=157274
- Naranjo, D. & Hood, K. (2013). Problemas psicológicos en los niños con diabetes. *DiabetesVoice*, 6 (especial), 38-40.
- Novato, T, Grossi, S., & Kimura, M. (2008). Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 562-567. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400005>
- Nutre y mueve tu vida. (2015). Recuperado de. <http://www.nutreymuevetuvida.uady.mx/nutre/somos.php>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Temas de salud. Enfermedades crónicas*. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

- Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre el Sistema de Salud en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. México: Autor.
- Ortiz Parada, M. (2006). Estrés, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Terapia psicológica*, 24(2) 139-148. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524203.pdf>
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Una introducción parra profesionales. España: Paidós.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., Leal, E., Martínez, Y., & Cano, R. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1), 13-17. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642004000100003&lng=es&tlng=es.
- Rioja, M. & Pinto, B. (2008). Terapia narrativa aplicada a un niño con problemas de conducta “Andrés el travieso”. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 6(1), 61-79. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612008000100004&lng=es&tlng=es.
- Russell, S. & Carey, M. (2004). Reautoría: Respuestas a las preguntas más frecuentes. *Narrative Therapy*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Salvador Ortiz, M. (2004). Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Psykhé (Santiago)*, 13(1), 21-31. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100002&lng=es&tlng=es.
- Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. (2da edición). México: Manual Moderno.
- Secretaría de Salud de México. (2007). *Programa Nacional de salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Autor.

- Secretaría de Salud y Federación Mexicana de Diabetes, A.C. (2008). *Tomando el control de mi diabetes*. México: Autor.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Tarragona, M. (2003). Escribir para re-escribir historias y relaciones. *Psicoterapia y familia*, 16(1).
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas. Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14(3), 511-532. Recuperado de [http://www.fesna.org/pdfs/Terapias%20posmodernas.%20Colaborativa%20narrativa%20y%20TCS%20\(texto%20margarita%20tarragona\).pdf](http://www.fesna.org/pdfs/Terapias%20posmodernas.%20Colaborativa%20narrativa%20y%20TCS%20(texto%20margarita%20tarragona).pdf)
- Tarragona, M. (2008). Postmodern/poststructuralist therapies. En J. L. Lebow (Ed.), *Twenty-first century psychotherapies* (pp. 206-236). New York: Wiley
- Villalobos Pérez, A. Brenes Saenz, J, Quiros Morales, D. y León Sanabria, G. (2006). Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de costa rica. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 31-38.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa.
- White, M. (2005). Workshop notes. Dulwich Centre, Recuperado de www.dulwichcentre.com.au.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Zlachevsky Ojeda, A. M. (2003). Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación. *Revista Limite*, 10. 47-64. Recuperado de https://www.academia.edu/14234622/Psicoterapia_sist%C3%A9mica_centrada_en_narrativas._Una_aproximaci%C3%B3n

CAPÍTULO IV

INTERVENCIÓN EN TRASTORNO POR ATRACÓN. UN ESTUDIO DE CASO DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL INTEGRATIVO

Ana Claudina Pacheco Ortega

Ricardo Rafael Castillo Ayuso

Universidad Autónoma de Yucatán

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo el diseño y aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual que promueva el control de los episodios de atracón en el Trastorno alimenticio por atracón. El diseño de la intervención se encuentra basado en la revisión teórica de los tratamientos cognitivo-conductuales que han resultado eficaces para el tratamiento de este. Se midió el cambio a través de la frecuencia de los episodios de atracón en comparación de los reportados al principio y al final de la intervención. La participante fue una mujer de 26 años de edad, la cual cumplió con los criterios diagnósticos del Trastorno por atracón, según los estipulados en el DSM-V (2014). Desde el modelo terapéutico mediante el cual se abordó el caso de estudio se identificaron las creencias irracionales de la paciente sobre el peso y la figura, ambas cuestiones relacionadas con la percepción de la propia valía. Asimismo, al identificar los posibles factores que incidieron en el desarrollo del trastorno, se utilizaron técnicas de terapia del perdón y reparentalización, lo anterior relacionado con su madre. Como resultado de la intervención de la intervención se registraron cambios en la frecuencia de los episodios de atracón, las cuales al inicio del proceso se encontró que estos ocurrían hasta más de dos veces por semana y hasta seis días de la semana y al finalizar las sesiones se observaron cero episodios durante varias semanas continuas. Como efecto secundario, la

paciente logró reducir 7.5 kilogramos durante las últimas semanas de intervención.

Introducción

Todo ser vivo requiere del alimento para mantenerse saludable y, por lo tanto, con vida. Lo anterior implica comer, es decir, la ingesta de alimentos. El no comer o no comer en cantidad suficiente resulta —a cierto plazo— mortal. Para el ser humano específicamente, el comer no significa únicamente nutrirse. Es un acto que a lo largo de su vida se asocia a múltiples circunstancias que, con frecuencia, resultan emocionalmente significativas. Desde el nacimiento, alimentarse del seno materno, aparte del objetivo primordial de preservar la vida del recién nacido, se construye un vínculo entre madre e hijo, el bebé puede percibir el amor y cuidado y le genera experiencias gratificantes por las acciones que acompañan al acto, por ejemplo, caricias, sonrisas o besos de la madre. A través de este simple acto, el niño va adquiriendo significados socio afectivos de los que carecía previamente (Toro, 2003).

El comer implica un acto social. Aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas que se perpetúa a lo largo de nuestras vidas. Con frecuencia la comida también adquiere un significado de recompensa o castigo, por lo que la comida deja de ser solo un medio para saciar el hambre. Al igual las celebraciones sociales suelen ir acompañadas de banquetes, festines, etc. Son varias las situaciones alimentarias en las que el comer tiene un papel adicional al objetivo que en realidad posee. A lo largo de la historia, la alimentación también se puede ligar con el prestigio social y el estatus (Toro, 2003).

El presente trabajo pretende hacer una descripción del trastorno por atracón, que consiste en una ingesta de grandes cantidades de comida en un periodo relativamente corto, estos episodios son recurrentes y forman parte importante tanto de la conducta, como de la vida de las personas que lo sufren, afectando principalmente la parte emocional y psicológica de las personas y, con frecuencia, también su salud física, por las consecuencias que estos hábitos implican (Chinchilla Moreno, 2003).

Por lo anterior, este trabajo tiene también como objetivo realizar una intervención psicológica en un caso de trastorno por atracón reportado en el

formato de historia de caso clínico. Para esto, es necesario explorar sobre los pensamientos, conductas y emociones que se encuentran alrededor de la ingesta compulsiva. Identificar lo que representa para la persona usar la comida como medio de expresión y, por lo tanto, buscar una manera de afrontar las situaciones difíciles o de estrés emocional de una forma más apropiada, buscando romper el círculo vicioso que conlleva el trastorno. Tal y como se observa en la paciente del presente trabajo, quien ingería en momentos de estrés, al sentirse presionada o cuando se encontraba enojada.

Características del trastorno por atracón

Stunkard (como se citó en Guisado y Vaz, 2001) fue el primero en describir el trastorno por atracón como episodios de consumo de grandes cantidades de comida en un lapso relativamente corto, esto, seguido de sentimientos de culpa, malestar e intentos para reducir la ingesta calórica del atracón con dietas, con diferencia a otros trastornos de no existir conductas compensatorias como vómitos, uso de laxantes, diuréticos, ejercicio físico, etc.

El DSM-IV-TR (2005) describía al trastorno por atracón dentro de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Posteriormente, fue descrito en la sección de Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, como ingesta compulsiva de comida frecuentemente en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada, típica de la bulimia nerviosa. Las pruebas realizadas demuestran que las personas tienen una falta de control sobre la alimentación hasta sentirse desagradablemente lleno.

Se observa también que la ingesta compulsiva aparece incluso en ausencia de hambre, y posterior al atracón, la persona suele sentirse disgustado, culpable o deprimido. Existe, además, insatisfacción durante y después de cada episodio y preocupación sobre los efectos que estos tendrán a largo plazo en la imagen corporal y peso. Los individuos pueden tener conductas compensatorias (purgas, abstención de comer o ejercicio físico excesivo); sin embargo, estas no se practican habitualmente para contrarrestar los efectos de los atracones. En la versión más reciente del DSM-V (2014), el trastorno por atracón ya es identificado como un trastorno de la conducta alimentaria con los siguientes criterios diagnósticos.

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
6. Malestar intenso con respecto a los atracones.
7. Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o la anorexia nerviosas.

Estudios epidemiológicos llevados a cabo en Estados Unidos sobre el trastorno por atracón en la población en general indican que entre 1% y 3% de esta presenta el trastorno, sobre todo se encuentra mayor incidencia en pacientes obesos o en pacientes que se encuentran en programas de pérdida de peso, con una prevalencia de 16% y 25% respectivamente (Striegel-Moore y Franko, 2002). La frecuencia de los atracones puede variar de persona a persona, ya sea de una a dos veces por semana hasta una o dos veces por día; sin embargo, existe

similitud en el consumo calórico que se da durante estos episodios, que va de 1,000 a 2,000 calorías. Dicho trastorno incide en un aumento de peso, por lo que comúnmente se observan niveles de sobrepeso u obesidad en las personas con el trastorno (Raich, 2011).

Por una parte, la tendencia social actual exige una gran perfección corporal y, por otra, se observa el “ambiente tóxico”, como le llamaron Henderson y Brownell (como se citó en Raich, 2011), que consiste en un bombardeo de estímulos alimentarios y estilos de vida que hace que comer parezca una necesidad fisiológica que hay que satisfacer de inmediato con comida rápida y que incide en el aumento de la obesidad.

Si bien los trastornos alimenticios son un conjunto de muchos factores, el siguiente trabajo tiene la intención de delimitar cuáles de estos han incidido a que el sujeto en este estudio de caso clínico desarrolle el trastorno por atracón, Asimismo, cuáles son los factores o características que lo perpetúan y, de tal forma, realizar una intervención psicológica enfocada al desarrollo de mejores técnicas de reestructuración cognitiva, con la finalidad de que la persona pueda reaccionar de manera distinta a dichos estímulos detonantes y sobreponerse a la necesidad de ingerir comida compulsivamente.

Los pacientes con trastorno por atracón y obesidad presentan una mayor comorbilidad psiquiátrica que los pacientes obesos sin el trastorno; asimismo, está asociado con otros padecimientos como depresión, probablemente relacionada con los sentimientos constantes de culpa ante la pérdida del control y baja autoestima (Gempeler Rueda, 2005).

Henderson y Boland (como se citó en Gempeler Rueda, 2005) encontraron que, tanto en pacientes con trastorno por atracón con obesidad como en pacientes obesos sin este, se presentan índices elevados de ansiedad antes del episodio de ingesta compulsiva y previo a las comidas, el cual disminuye cuando este impulso se sacia. El afecto negativo suele ser mayor antes del atracón que después de las comidas regulares, y mientras se produce el atracón este persiste en un nivel elevado.

A pesar de no haber experiencias idénticas en las personas que sufren de dicho trastorno, se ha observado que las verdaderas ingestas compulsivas

presentan dos características comunes: la gran cantidad de alimentos ingeridos durante la ingesta y la sensación de pérdida de control (Fairburn, 1998).

Las personas que suelen incurrir en los episodios de ingesta compulsiva describen que, durante estos, al inicio aparecen sentimientos placenteros e intensamente agradables, no obstante, estos disminuyen a medida que se ingiere más y más comida y se reemplaza por un sentimiento de disgusto, en ocasiones de asco. Pero son incapaces de parar ya que, durante este periodo, la ansiedad de comer se transforma en una sensación de desesperación la cual produce que el periodo de la ingesta sea relativamente corto por la velocidad que produce la misma agitación, por ello, las personas que padecen de este trastorno lo describen como una sensación de estar en trance durante la ocurrencia del evento (Fairburn, 1998).

Otra de las características es que estas conductas se suelen mantener en secreto. Los sentimientos de vergüenza y culpa derivan en que la persona utilice estrategias para ocultar su problema de los demás (Fairburn, 1998). Stein *et al.* (como se citó en Goodheart, Clopton, Jacalyn & McComb, 2011) señalan que el trastorno por atracón ocurre regularmente cuando la persona se encuentra sola (58%) y normalmente se presenta en la cocina (30.7%), en menor porcentaje, aparece cuando la persona se encuentra en su sala (31.1%) y cuando se encuentra acompañado por su pareja (17.4%). La pérdida de control es un factor determinante en este trastorno. En un estudio se les preguntó a las personas qué causó esa pérdida de control durante el atracón, 27% de las mujeres reportaron que estaban tratando de cambiar su humor (Latner & Clyne, como se citó en Goodheart *et al.*, 2011).

Casi todos los afectados por este trastorno refieren sentirse solos, en lo que perciben como una conducta vergonzosa, lo que refuerza y mantiene el problema ya que les impide buscar ayuda o hablar al respecto (Fairburn, 1998).

Atracón. La Asociación Americana de Psiquiatría define “atracón” como: un episodio de ingesta compulsiva, que se caracteriza por: comer en un periodo discreto (por ejemplo, en unas dos horas) una cantidad de comida claramente superior a lo que comería una persona normal en un periodo similar, en circunstancias parecidas, y por tener una sensación de falta de control sobre la

ingesta durante el episodio (por ejemplo, la sensación de que no se puede parar de comer o de que no se puede controlar la cantidad de comida que se ingiere).

La compulsión por comer. La compulsión, en ocasiones, es definida como un sentimiento de desesperación emocional. Las sustancias, personas o actividades que hacen que los individuos se comporten de una forma compulsiva son aquellos que se cree serán capaces de liberar dicho sentimiento. Existe evidencia que confirma que el trastorno por atracón produce vías neuroquímicas en el cerebro, similares a las que se encuentran en aquellos con conductas adictivas. Comer libera dopamina, que es un alto reforzador y perpetúa seguir comiendo (Mathes *et al.* Como se citó en Goodheart *et al.*, 2011).

El comer y las emociones. Comer de manera compulsiva es una forma equivocada de remediar todos los problemas. El comer puede ser una manera de evitar fracasos, es decir, una manera de eludir encarar una nueva tarea o responsabilidad, lo que puede generar ansiedad que desemboca en un atracón (Witkin, como se citó en Abramson, 1999). Comer puede representar un mecanismo para hacer frente a las cosas, la comida puede fungir como un sustituto de amor, un sedante de tensiones (Roth, 1999). Estas personas son bombas que estallan hacia adentro, la persona que come compulsivamente se come sus emociones, por ello la depresión se torna profunda y crónica (Weitzner, 2008).

De acuerdo con esto, se observa nuevamente cómo estas características podrían explicarse desde la teoría de los Esquemas Maladaptativos Tempranos de Young (2006), quien señala que las experiencias adversas en la infancia desarrollan esquemas disfuncionales, Asimismo, señala que desarrollamos estilos de afrontamiento según nuestro temperamento y otras condiciones, estos pueden ser de sobrecompensación, de rendición o por evitación.

El estado emocional puede movilizar una secuencia de conductas alimentarias, que bien pueden durar por un periodo relativamente corto y desaparecer tras el episodio o volverse hábitos instaurados. El estado emocional de una persona y comer puede ser diferente de persona en persona. En algunos sujetos, una emoción específica lo conduce a anhelar determinados alimentos, en otras personas puede ser indistinto y comer lo que encuentren (Abramson, 1999).

Las emociones se identifican también al final de un episodio de atracón. Las personas que se ven afectadas por este trastorno sienten culpa y asco hacia ellas mismas, sobre todo después de cada atracón, por lo anterior es común que lo hagan a escondidas. Con frecuencia tienen la sensación de que no podrán controlar nunca sus impulsos de comer. En un estudio en el que se evaluaron los efectos psicológicos que se producen después del atracón, se solicitó a 15 personas (que se daban atracones 3.9 veces semanalmente) registrar las emociones y los estados físicos que les generaban los episodios y una hora después del mismo. Los resultados indicaron que las emociones más frecuentes eran: el sentirse gordos (aun cuando estuvieran en un peso normal), estar molestos consigo mismos, sentirse cansados, culpables y estresados. En la parte física, los participantes indicaron en su mayoría presentar dolores de abdomen y de cabeza. En un estudio relacionado, estos determinaron que los humores de los sujetos después del episodio de atracón fluctuaban entre mayor ansiedad y depresión en comparación con sujetos que comen normalmente (Abramson, 1999).

Como se mencionó al inicio, existen sobre todo sentimientos de culpa cuando se cede de nuevo a los impulsos de atracarse, por lo que paulatina y crecientemente se observa cómo estas personas se muestran más deprimidas y distantes de su ambiente. Es común encontrarse con personas con el trastorno que definen “querer ser invisibles”, estos sentimientos se cubren normalmente con la comida. Además, manifiestan una profunda vergüenza cuando se les descubre comiendo, por lo que suelen mentir sobre esto y tratan de ocultar lo consumido, sobre todo durante los episodios. El atracón es considerado como un acto a la vez reconfortante y degradador para la persona, lo que genera conflicto en los sentimientos. Existen aparte sentimientos de vergüenza frente al propio cuerpo (Weitzner, 2008).

Terapias Cognitivo Conductuales y Trastornos Alimenticios

Si bien no es posible generalizar las características de las personas que sufren de un trastorno alimentario, se encuentran varios puntos comunes. Se trata de problemas psicológicos, cuya característica principal es de origen cognitivo, y se observa una coherencia entre pensamiento, conducta y las

emociones (Raich, 2011). Las personas con desórdenes alimenticios expresan con frecuencia frases que se van a los extremos, por ejemplo: “nunca me recuperaré”, “todo estuvo pésimo”, “siempre fracaso”.

En cuanto al peso y la figura, las cogniciones suelen girar en torno a la resignación. Estas personas suelen conformarse, y al sentirse culpables por ello generan sentimientos de depresión, lo que las lleva nuevamente a atracarse. En cuanto a las distorsiones en la imagen corporal, estas suelen ser sutiles, puesto que es común encontrarse con personas con sobrepeso y obesidad que presentan el trastorno (Weitzner, 2008).

Es común encontrar en las personas que presentan el trastorno con el pensamiento del tipo: “todo o nada” que tienden a ver las cosas en términos extremos. En el caso del trastorno, el paciente puede clasificar los días “buenos” de los días “malos” en cuestión de si tuvieron o no autocontrol absoluto. Lo anterior no solo se aplica a la comida, sino también a todas las otras áreas de su vida. A menudo suele estar relacionado con una personalidad perfeccionista, lo que influye en su percepción de fracaso. El pensamiento “todo o nada” influye de igual manera en la perpetuación del trastorno puesto que lleva a las personas a abandonar el control después de cualquier transgresión en las dietas estrictas a las que suelen someterse (Fairburn, 1998).

De acuerdo con los resultados de múltiples estudios publicados en la década pasada, hay evidencia de la eficacia de dos tipos de terapia en el trastorno por atracón: la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal (Pull, 2004). La terapia cognitivo conductual ha sido la más empleada y la que ha demostrado mayor efectividad en la reducción del número de atracones; se ha encontrado que mientras más prolongada, las recaídas suelen prevenirse (Correas Lauffer, Quintero Gutiérrez del Álamo, García Moreno, García Blázquez y Chinchilla Moreno, 2003).

Terapias Cognitivo Conductuales en Trastorno por Atracón

El en caso del trastorno por atracón se demuestra que la esperanza para las personas que sufren de este trastorno el tratamiento psicológico es la mejor opción. La terapia cognitivo conductual es efectiva puesto que dirige la intervención a los aspectos cognitivos que desencadenan las conductas.

Asimismo, actúa ante los pensamientos que perpetúan y provocan malestar, es decir, la preocupación extrema acerca del peso y la figura, los sentimientos de fracaso y baja autoestima que llegan a desarrollar depresión, abuso de sustancias, etc. (Fairburn, 1998).

La propuesta de Fairburn (1998) en cuanto al tratamiento psicológico cognitivo conductual para el trastorno sugiere que se dividan por etapas para lograr un cambio progresivo. Se recomienda comenzar por las técnicas conductuales y educativas para ayudar a la persona a retomar el control sobre sus impulsos de ingerir compulsivamente alimentos, no obstante, lo anterior es algo que probablemente la persona ha intentado en otras ocasiones y no ha tenido éxito, por lo que es importante en la segunda etapa reducir la vulnerabilidad de hacer dieta y las formas problemáticas de pensamiento que mantienen estos episodios. La tercera y última etapa consiste en una revisión de las estrategias utilizadas en las etapas anteriores que puedan ayudar a elaborar una prevención de recaídas.

Marcus (como se citó en Gempeler Rueda, 2006) planteó un modelo de conceptualización del trastorno por atracón el cual hace referencia a las oscilaciones del ánimo y a su relación con la restricción y la sobreingesta. Por lo tanto, el abordaje psicoterapéutico se ha basado, por una parte, en romper la restricción y buscar una ingesta más ordenada y, por otra, paralelamente, en eliminar los atracones de alimentación. Fairburn (1998) plantea que, si los atracones parecen ocurrir como consecuencia de estados de ánimo adversos, la intervención debería centrarse en el entrenamiento en solución de problemas y en la generación de habilidades para el manejo de los estados emocionales. Si aparecen como una respuesta a la ruptura de la restricción dietaria, el acercamiento sería más próximo al de la bulimia nerviosa, y consistiría en la moderación de la restricción. Si aparecen frente a una intolerancia de la intensidad de los estados emocionales es necesario un abordaje que se acerque al manejo de control de impulsos en sí. Si parecen estar relacionados ante una pobre evaluación de sí mismos, el trabajo debe sentarse en la autoestima. De esta manera, se espera una normalización de los patrones de alimentación y una consiguiente pérdida de peso.

Otras investigaciones (Wilfey *et al.*, como se citó en García-Marín, Antón-Menárguez & Martínez-Amorós, 2016) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual aplicada al Trastorno por atracón se debe dividir en tres fases focales. En la primera fase, de la sesión 1 a la 6, se deben emplear estrategias comportamentales y autorregistros, lo cual ayuda al paciente a identificar los episodios de atracones, y se debe motivar al paciente a normalizar sus patrones alimenticios. De la sesión 7 a la 14, se le enseñarán al paciente habilidades cognitivas para identificar los pensamientos que predisponen al trastorno. Asimismo, durante esta fase se trabaja la reestructuración cognitiva, lo que ayuda al paciente a debatir los estereotipos rígidos sobre el peso y la figura, y promueve la aceptación del propio cuerpo. Por último, en la tercera fase, de la sesión 15 a la 20, se centra en la prevención de recaídas, en la cual, el paciente aprende técnicas para resolver problemas y de afrontamiento ante situaciones de riesgo; se busca mantener los cambios.

Método

Objetivos

- Describir los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que acompañan al Trastorno por Atracón atendido.
- Utilizar diversas técnicas de intervención cognitivo conductual integrativo para el tratamiento del trastorno referido.
- Verificar si las técnicas utilizadas con el sujeto de caso son eficaces en el tratamiento del trastorno.

Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son los pensamientos, emociones y conductas que acompañan al paciente antes, durante y después de los episodios de atracones?
- ¿Las técnicas utilizadas en la intervención para el tratamiento del trastorno por atracón fueron efectivas en conjunto?

Variables de la investigación

La variable de la investigación fue el episodio de atracón, el cual es el momento en el que la persona ingiere de manera compulsiva. En cada episodio, el individuo ingiere una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de la población comería en el mismo tiempo y después experimenta un sentimiento de culpa.

Participantes y tipo de estudios

La investigación de tipo cualitativa fue un estudio de caso en el que se utilizó a una persona como objeto de investigación. La paciente, M. J. es una chica de 26 años y medio, originaria de la ciudad de Mérida, Yucatán. Es la mayor de dos hermanas. Tiene estudios de licenciatura y maestría, trabaja como jefa de departamento en una oficina de gobierno, la paciente comenta que es un trabajo muy estresante y demandante. No obstante, está muy contenta en su trabajo y no se ve en otro lugar, a menos de que sea muy bueno y relacionado con el tema de políticas públicas, que es el tema que le apasiona. Es una persona muy responsable y comprometida desde sus estudios, actividades hasta su trabajo.

Instrumentos y materiales

Para el programa de intervención se utilizaron los protocolos de aplicación de las técnicas seleccionadas para el proceso terapéutico. En este caso, la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, los Esquemas Maladaptativos Tempranos de Jeffrey Young y la Terapia del Perdón de Robert D. Enright fueron los modelos que se utilizaron para abordar e intervenir en el caso.

Respecto a la revisión teórica de intervenciones con el modelo cognitivo conductual en casos del trastorno alimenticio se seleccionaron distintas técnicas de intervención, las cuales fueron aplicadas en distintos momentos, según el desarrollo del proceso terapéutico. A continuación, se incluye un listado con las técnicas utilizadas (tabla 1).

Tabla 1

Técnicas utilizadas para la intervención

Técnica	Descripción
Debate	El propósito de la técnica es enseñar al paciente a utilizar el método científico para el análisis de su pensamiento. Tiene dos estrategias básicas: se ayuda a que el paciente 1) examine y cuestione su forma actual de pensar y 2) desarrolle nuevos y más funcionales modelos de pensamiento. La técnica de debate consiste en cuestionar las cogniciones disfuncionales que pueden ser de tres tipos: pensamientos automáticos, incluyendo inferencias, atribuciones y predicciones (debate empírico o inferencial), creencias irracionales evaluativas y creencias irracionales nucleares o esquemas (debate filosófico).
Debate Estilo Socrático	Tiene como meta principal el cuestionamiento de las ideas irracionales del paciente a través de preguntas enfocadas hacia su carencia de funcionalidad, falta de lógica e inconsistencia empírica. Su propósito es incitar y animar al paciente a pensar por sí mismo en lugar de aceptar automáticamente el punto de vista del terapeuta. Consiste primordialmente de hacer preguntas, aunque puede incluir breves explicaciones para corregir el punto de vista del paciente.
Debate Estilo didáctico	En algunas etapas del proceso pueden ser necesarias explicaciones de tipo didáctico. Es decir, se puede explicar por qué una idea irracional es autodestructiva, porque su alternativa racional puede ser más productiva. Es necesario asegurarse de que el paciente entienda en su totalidad el significado de lo que se dice. Corroborar qué es lo que el paciente ha entendido.
Debate Estilo chistoso	El uso del humor puede ser una técnica muy eficaz. En este estilo, se busca exagerar la idea irracional en una forma graciosa, de tal manera que el paciente pueda ver lo poco empírico y lo irracional de lo que está diciendo. Este estilo solo debe utilizarse cuando ya hay una buena relación establecida entre el terapeuta y el paciente, cuando hay evidencia previa que el paciente tiene sentido del humor, cuando es claro que la intervención está siendo dirigida al pensamiento y no a la persona.
Tareas para la casa	Con el propósito de reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica, como su nueva filosofía racional o su habilidad para debatir, a través de ejercicios para practicar en casa entre sesión y otra, cuando el sujeto

	tiene que funcionar en el mundo real. Lo anterior facilita el proceso de generalización y le permite al terapeuta revisar de forma sistemática el proceso del paciente.
Reencuadrar la evidencia que soporta el Esquema	El siguiente paso es tomar la lista de evidencia que soporta el esquema y generar explicaciones alternativas sobre por qué pasaron. El terapeuta toma eventos que el paciente ve como prueba de su esquema y le atribuye otras causas. El objetivo es desacreditar dicha evidencia.
Diálogo entre el lado del Esquema y el lado sano	El terapeuta instruye al paciente a cambiar de silla y a interpretar dos papeles o dos lados, en una silla el paciente interpreta el papel del esquema y en el otro el lado sano. De tal manera se crea un debate en el cual, en un principio, el terapeuta puede intervenir y modelar la técnica, puesto que el paciente no está acostumbrado a debatir sus esquemas.
Flash Cards de Esquemas	Las flash cards hacen un resumen de las respuestas sanas a los activadores de los esquemas. Los pacientes cargan con estas tarjetas todo el tiempo y las leen cada vez que los esquemas se detonan. Las flash cards contienen las evidencias y argumentos más poderosos en contra del esquema y le proveen al paciente las respuestas racionales.
Diario de Esquemas	Con el Diario de Esquemas, el paciente construye sus propias respuestas sanas cuando el esquema es activado en el transcurso de su día a día. Cuando el esquema es activado el paciente completa la forma en la cual llegó el problema y logra llegar a una solución sana. En el Diario de los Esquemas el paciente identifica los eventos activadores, emociones, pensamientos, conductas, esquemas, puntos de vista sanos, preocupaciones realistas, reacciones exageradas
Reparentalización con Imaginería	Esta técnica es especialmente útil para pacientes con esquemas de abandono o rechazo. Cuando estos pacientes fueron niños, sus habilidades para relacionarse con otros y sentirse seguros, queridos y valiosos fue destruido. Mediante esta técnica el terapeuta ayuda al paciente a recordar esa parte de su infancia y a aprender, primero, del terapeuta y luego por sí mismo lo que perdió. Los tres pasos a seguir son: 1) el terapeuta le pide permiso de entrar a la imagen y hablar directamente con el niño vulnerable, 2) el terapeuta reparentaliza al niño vulnerable y 3) el paciente, el adulto sano, reparentaliza al niño vulnerable.

Carta a sí mismo	Como asignación se le pide al paciente escribir una carta a él mismo con el propósito de decirse lo que se desee con el fin de valorarse.
Educación en el Modelo	Enseñar al paciente el modelo ABC con la finalidad de que este pueda identificar las situaciones, pensamientos y emociones que generan estas.

Resultados

Al inicio del proceso terapéutico se dedicaron tres sesiones para conceptualizar el caso, es decir, explorar cuestiones familiares, antecedentes del motivo de consulta, antecedentes personales de la paciente, escolares, laborales y sociales, evolución de la problemática y, principalmente, explorar las conductas de los atracones para realizar el diagnóstico del trastorno alimenticio. En un principio la paciente manifestó que los episodios de atracón ocurrían aproximadamente seis veces por semana, y en algunas ocasiones estos se presentaban más de una vez por día; las cantidades consumidas eran variables, pero, sin duda, en los registros de los episodios se encontró un consumo calórico excesivo en un corto periodo. Se observó también la sensación de falta de control ante lo que se come, así como sentimientos de fracaso, culpa y vergüenza después de la ingesta compulsiva. M. J. suele esconderse durante los atracones. Por tales criterios se determinó, con base en el DSM-V (2014), que la paciente presenta el trastorno alimenticio denominado trastorno por atracón.

En un inicio, se identificó en la paciente creencias irracionales tales como: *“debo ser fuerte”*, sobre todo para los demás, *“debo ser perfecta”*, *“debo ser delgada”*, *“debo siempre decir que sí”*, *“no debo enojarme”*, entre otras autoexigencias que resultaban frustrantes cuando no eran cumplidas. Asimismo, el *“debo ser fuerte”* reprimía las emociones que se originaban las cuales incidían en un episodio de atracón. También se observó la distorsión cognitiva de *“todo o nada”*, por lo que, o cumplía de manera excelente dichas exigencias o había fracasado, o comía toda una caja de galletas o no comía ninguna. Relacionado con lo anterior, la percepción de autovalía de la paciente se observó deteriorada, ya que no cumplía de manera satisfactoria las expectativas de ella misma y de su familia. Asimismo, se detectaron sentimientos de resentimiento hacia la madre, puesto que esta ha sido muy crítica con la paciente con el tema del peso, de una manera agresiva e hiriente.

Con base en lo anterior, el proceso terapéutico se vio enfocado a debatir dichas creencias irracionales, flexibilizar los pensamientos de la paciente buscando un punto medio que fuera funcional y adaptativo. Se buscó debatir los cuestionamientos sobre su autovalía e incrementarla. Se trabajó con técnicas de terapia del perdón para minimizar los sentimientos de resentimientos hacia su madre. Igual, por medio de la reparentalización, se logró que la paciente, con sus recursos, pueda darse la fuerza que en su momento su madre no le dio.

Como resultado de dicho proceso, la paciente fue capaz de modificar sus creencias irracionales y aumentar su autovalía, de modo que el peso y la figura no la hiciesen valiosa o no como persona. En comparación con la sesión número dos, en la que la paciente reportó que ocurrieron nueve episodios de atracón durante la semana, en la sesión número 17, M. J. logró un autocontrol de la necesidad de comer compulsivamente y logró un manejo y expresión asertiva de sus emociones, lo mismo se obtuvo en el último registro de la sesión 20, donde mantuvo un total de cero episodios. El resultado secundario fue que la paciente logró bajar 7.5 kilogramos.

Reporte de las sesiones

A continuación, se describen a detalle las características particulares del sujeto de caso. Inicialmente se explican las circunstancias personales, familiares, antecedentes, motivo de consulta y evolución de la problemática reportada. Posteriormente se describe las sesiones de intervención psicoterapéutica con la paciente M. J.

Motivo de consulta. La paciente acude después de leer un artículo sobre el trastorno por atracón en el que se identificó con las conductas descritas y que caracterizan dicho trastorno alimenticio. Antes de leer esto, indicó no haber escuchado sobre el tema y sentirse débil al no poder controlar sus hábitos alimenticios.

Relaciones familiares. La paciente informa que la relación entre sus padres es muy buena, los define como un matrimonio con mucho amor, se pelean como cualquier pareja, mayormente es por cuestiones económicas pues describe a su mamá como muy cuidadosa con el dinero y a su papá más despilfarrador. La

relación de ella con sus papás es muy buena, describe a su papá como su consentido, *“es mi papá héroe”*, es una persona muy noble. Mientras su mamá es más estricta; sin embargo, siempre se buscan para salir y platicar. Su madre es muy protectora con ellas, crea una imagen muy fuerte, pero para que la gente no vea por todo lo que ha pasado, es más precavida que su papá. Su hermana menor es una persona con mucho talento artístico, pero tiene una actitud de siempre dejar las cosas. Sus papás la han apoyado con muchos proyectos que no ha concluido, suele hacer lo contrario de lo que quieren sus papás. Su padre se ha desgastado por sacarla de su actitud, lo cual lo está enfermando. Tanto el padre como la paciente le ayudaron a terminar su tesis y a graduarse, ella se ha puesto también en el papel de mamá, indica que su hermana menor: *“tiene tres papás”* indicó la paciente sobre su hermana menor.

Antecedentes personales. M. J. indica que es una persona que siempre ha vivido bajo mucho estrés, ya que desde muy chica se metía a muchas actividades extracurriculares. Le gusta el teatro, y en bachillerato estuvo en una ocasión en cinco obras diferentes, las mismas que tenía que coordinar con sus responsabilidades escolares. En el área escolar, refiere haber sido una muy buena alumna, por lo que sus padres la apoyaban en sus diversos intereses. Se considera líder entre su grupo de amigos.

Antecedentes relacionados con el motivo de consulta. Respecto al motivo de consulta M. J. piensa que desde chica ella y su hermana menor se escondían para comer. Asimismo, narra que desde pequeñas el pediatra le dijo a su madre que ambas tenían tendencia a engordar, por lo que tenía que cuidar su alimentación. Debido a esto, la paciente añade que la comida en su casa era *“como tabú”*, no entraba comida chatarra y el peso era algo muy vigilado. Refiere que sus padres eran delgados; sin embargo, han ido subiendo de peso conforme los años. Su madre era una persona delgada, pero durante sus embarazos subió de peso y, posteriormente, tuvo problemas en su salud por eso. M. J. indica que desde siempre su mamá ha vigilado mucho su peso y en muchas ocasiones le hizo comentarios al respecto que hirieron sus sentimientos, *“es mi mamá ¿por qué me dice eso?”*.

Antecedentes familiares. Refiere que su hermanita menor, al nacer, no respiró por lo que perdió algunas neuronas y requirió mucha atención de sus

papás. Asimismo, narra que hace cinco años su hermana menor les confesó que su primo la había violado cuando tenía 7 años, esto fue un golpe muy fuerte para la familia. Los padres no dejaban de llorar y la paciente fue su apoyo, no dejaba que la vieran llorar... *“ella tenía que ser la fuerte”*, ya que sus papás la necesitaban así (durante la sesión llora al recordar esto). Sus padres se sentaban a llorar con ella, *“yo lloraba sola, cuando estaba con mis papás, necesitaban que yo esté completa y que vean que todo está bien”*, no lo hacían delante de su hermana para no angustiarla, ella no sabía qué hacer, fue muy difícil para ella y en general para la familia.

A partir de este evento se dio una ruptura con la familia materna, puesto que el primo vivía con la abuela y esta lo defendió. Ahora su hermana es una carga en general para la familia, y M.J. no ve el momento para salirse de su casa, puesto que se siente comprometida con sus papás y con su hermana. *“No puedo irme a vivir sola, siento que mi familia me necesita mucho, mis amigos de mi edad, ninguno de sus papás necesita de ellos, al contrario, los que siguen en casa necesitan de ellos, tengo que ver qué sucede con ella para ver si me doy el lujo de poderme independizar”*, no puede desentenderse. Además, su papá en ocasiones se apoya económicamente en la paciente, ya que el negocio que tiene (jugos de naranja) tiene épocas muy bajas.

Evolución del problema. La paciente señala que nunca ha sido delgada; sin embargo, a finales de la preparatoria y por cuestiones de salud se sometió a una dieta con la que bajó bastante de peso. Pero siempre vuelve a subir. Nunca ha podido concluir una dieta. Los pensamientos que tiene cuando se cuida es *“ya me cuidé en la semana puedo comer mucho ahora”*, posteriormente, se observan pensamientos de *“no debí haberlo comido, soy débil”*. La paciente tiene sentimientos de fracaso al no cumplir lo que desea: *“cómo es que si es algo que quiero no puedo”*.

Sesiones con la paciente

A continuación, se exponen con detalle las sesiones de M. J. para ejemplificar cómo fue el proceso en la aplicación de las técnicas y la evolución del tratamiento y, por lo tanto, de la paciente, para lograr el objetivo terapéutico. Durante las primeras tres sesiones el objetivo fue conceptualizar el caso,

posteriormente se inició con el proceso de intervención terapéutica, lo anterior ocurrió de la sesión número cuatro a la sesión 17. Por último, se trabajó con la prevención de recaídas de la sesión número 18 y 19 y la sesión número 20, dedicada al cierre del proceso.

Sesión 1 (11 de agosto de 2015). Durante esta sesión se exploraron aspectos generales de la paciente, de su vida familiar, social y laboral. Al igual se exploró el motivo de consulta y las expectativas que se tienen de la terapia: *“me gustaría poder controlarme, soy de las personas que hasta que no ven fin no dejan de comer”*. M. J. indica que suele esconderse para comer, o suele no comer tanto frente a otras personas: *“mis papás deben pensar: ¿cómo es que estás así si no comes tanto?, pero lo que no saben es que puedo pasar después a comprar algo en Burger King”*, *“es verdad que cuando comí mucho un día anterior, al otro día puedo levantarme temprano a caminar para compensar, mi mamá cuando ve esto me dice: ¿qué comiste ayer?, porque sabe que no es algo que haga habitualmente y lo hago por culpa”*. Esto suele pasar varias veces en la semana, e incluso más de una vez en el día. Aparte del trastorno por atracón la paciente refiere que en ocasiones tiene dificultad para mostrar sus emociones con los demás, lo cual comenta es algo que le gustaría trabajar durante este proceso.

Por último, como en cada sesión, se asigna la tarea para la casa, la cual se describe a continuación:

- **Tarea para la casa:** Registrar los episodios de atracón durante la semana, qué ingirió, la hora de inicio y la duración de este.
- **Objetivo de la asignación:** Crear una línea base y explorar la conducta de los atracones.

Sesión 2 (18 de agosto de 2015). Esta sesión se inició con la revisión de la tarea para la casa, en la que los momentos de mayor ansiedad eran por la madrugada, los días que se durmió tarde. El total de episodios registrados fue de nueve durante la semana, es decir, todos los días y en ocasiones dos veces durante el día. A continuación, se incluye un relato de la paciente:

“Me di cuenta que las horas en las que puedo estar comiendo sin parar es a mediodía, entre el mediodía y que se pega con la comida, empiezo a comer como a las 12:00 pm y termino de comer como a la 01:00 pm, no son tantas cosas, pero toda la hora estoy comiendo, y llego a comer a mi casa como a las 02:30 más o

menos, o sea, no hay mucho tiempo de lo último que comí a esa hora. En la tarde también como y duermo un ratito y cuando despierto estoy buscando qué comer, si está en el refrigerador o en la oficina me lo voy a comer”.

En esta sesión también refirió que si está en una plaza o un lugar que vendan comida buscará algo para comer. Los fines de semana es cuando los episodios ocurren más en la madrugada, viernes y sábado según lo que pudo observar en la asignación para la semana.

Como Intervención Exploratoria, se indaga qué tanto la paciente busca y logra controlar las ganas de comer, a lo cual la paciente indicó que si bien en varias ocasiones lo logra también refirió lo siguiente: *“a propósito dejo lejos de mí la comida y luego me paro a buscarlo, lo agarro y me siento a comerlo, hasta que me lo acabo, cuando me doy cuenta ya me lo acabé, no soy de las que puedo guardar algo. Si sé que queda, voy a hacer todo lo posible por acabármelo”.*

La paciente siente culpa, tal y como puede observarse en sus narraciones:

- *“Como que no tengo autocontrol ni fuerza de voluntad para no decir ya, hasta aquí”.*
- *“Como, no sé si como desesperación de no tener esa fuerza de decir no, no puede ser que mi cuerpo me esté ganando a mi cerebro, no es posible, entonces entra ese conflicto entre mi cerebro y mi cuerpo”.*
- *“Soy una débil, no puede ser, soy una débil, porque puedo estar bien varios días y luego digo, si ya lo logré varios días por qué caigo tan rápido y tan feo, y también esa frustración de ya empecé a trabajar por mí, por mi salud y por mi cuerpo y es como si hubiera algo dentro de mí que dijera: ¡ay no me importa!, ya, a la tostada”.*
- *“Pero luego lo hago y luego me vuelvo a sentir mal, porque no es como que no me importe”.*
- *“No me siento cómoda con mi cuerpo”.*

La paciente refiere que se compara con sus amigas, ya que no tiene amigas gordas, Asimismo, observa que algunas pueden comer lo que sea sin subir de peso ni hacer ejercicio y esto le causa envidia, *“me entra el: ¿por qué tú y yo no?”*, comenta.

La preocupación por el peso es algo que tiene muy presente en su vida: *“todo el tiempo, todos los días”.* Hasta el momento lo ha sobrellevado —a veces—

no dándole tanta importancia, lo que más le genera conflicto es que no sea capaz de tener disciplina por hacer algo para bajar de peso.

Durante esta sesión se abordó con mayor profundidad los antecedentes, situaciones y circunstancias familiares de la paciente, en esta exploración la paciente indica que después de la primera sesión le comentó a su novio sobre esta y su novio le dijo: *“jamás pensé que estuvieras cargando con tanto, no se nota”*, la paciente añade: *“yo soy una persona que llora en silencio, si me siento triste o me pasó algo, me siento en mi rincón, voy al parque, no me gusta que me vean así”*. Yo creo que el hecho que como mi mamá es así, mi mamá me decía *no llores, las cosas las puedes enfrentar, cuando ve que son cosas que no valen la pena llorar eso me decía*. Se confrontó a la paciente sobre las consecuencias de eso, y responde: *“sí lo sé, es raro, porque a mí sí me gusta apapachar y consolar a los demás, pero a mí no, no quiero ser una carga para ellos, para mis amigos y para mi familia”*.

- **Tarea para la casa:** Hacer de nuevo un registro de los episodios de atracones durante la semana y se agrega qué es lo que pienso y lo que siento cuando pasa.
- **Objetivo de la Asignación:** Identificar pensamientos y sentimientos que acompañan a los episodios.

Sesión 4 (01 de septiembre de 2015). Al inicio de la sesión se revisa lo ocurrido en la semana, la paciente narra algunos sucesos del trabajo. Posteriormente se continuó con la revisión de la tarea. A continuación, en la siguiente tabla se enlistan los “deberías y no “deberías” que la paciente pudo identificar (tabla 2).

Se hace una revisión de la asignación y ella refiere que escribir “debo” y “no debo” fue muy significativo para ella, pues se siente con el compromiso de resolverle los problemas a los demás y siente que la gente la ve de esa manera. Otro comentario fue que esos “deberías” son cosas que también la gente ve en ella, por ejemplo, su padre le dice: *“tú siempre has sido muy fuerte, sé fuerte”*. Y ella misma reflexiona que esa es la actitud ha mostrado frecuentemente, pero reconoce que también tiene su parte débil.

Tabla 2
Lista de Creencias Irracionales

“Yo debo...”	“Yo no debo...”
Ser fuerte	Mostrar mis sentimientos
Ser perfecta	Enojarme
Apoyar a mis papás	Quejarme
Apoyar a mi hermanita	Aguantarme muchas cosas
Ayudar a todos los que pueda	Flaquear
Ser humilde	Ser hipócrita ni cínica
Ser delgada	Estar triste
Preocuparme por los demás	Lastimar a los demás
Callar (guardar secretos)	Ser egoísta
Ser exitosa	Opinar
Controlar mis emociones	Compararme
Ser segura de mí	Ser floja
Ser un ejemplo a seguir	Detenerme
Estudiar mi doctorado	Ser orgullosa
Ser responsable	Decir “no”
Ser profesional	
Trabajar de manera más que eficiente	
Ser productiva	
Ser amable	
Ser la mejor amiga	
Ser sociable	
Seguir mis valores	
Estar siempre feliz	
Comunicarse	
Tener confianza en mí	
Confiar en los demás	
Preocuparme por mi imagen física y lo que proyecto	
Ser inteligente	
Estar académicamente preparada	
Ser empática	
Ser comprensiva	
Alcanzar mis metas	
Decir que “sí”	

Revela que a raíz de una plática con una amiga esta le dice que la gente espera mucho de ellas, porque ellas mismas lo hacen, es decir, se exigen demasiado. Indica que en su familia, en comparación con sus primos, ella ha sido una persona que ha logrado muchas cosas, no obstante sus tíos lo han manejado como: *“eres perfecta, pero no eres delgada”* —esto por ambas familias—, cuando llegó a bajar de peso ya no la criticaban, *“ahora por fin veían en mí la perfección, aunque por dentro habían cien mil cosas, por lo menos la parte exterior o lo que*

ven no podían decir nada, cuando empiezo a subir de peso es lo primero que recalcan”. Eso era lo más importante para ellos, a pesar de su desarrollo, era el único defecto que ellos veían.

Comenta que sus padres acostumbran a competir con sus hermanos y utilizan a sus hijos en dicha competencia, esto le genera mucha presión, y siente que no puede fallar, *“desde muy niña dije: yo quiero algo grande para mí, y desde muy niña me dediqué a trabajar por eso, y si llego a titubear va a ser como: ¡ahhh!, ¿ves?, no era tan perfecta. Para mí es desgastante, porque tienes que empezar a fingir cosas que no son solo para que sigas aparentando esa imagen”*.

En esta sesión también se habla sobre la perfección cuanto a que nadie es perfecto y no tendría por qué serlo o aparentarlo ella: *“me gusta ser perfeccionista, pero no me gusta que me presionen, me gusta hacer las cosas lo mejor posible y ser la mejor persona posible; sin embargo, a mis papás sí les he permitido que me digan: tienes que ser perfecta”*. Por esa misma forma de ser siente que la gente la observa constantemente: *“por eso igual tengo que ser fuerte, porque es señalado el día que no lo soy, el día que yo fallo por lo que sea, es el día que yo me siento señalada, mi conclusión es que todo el tiempo están viéndome y no se van a meter cuando están bien las cosas”*. Se debate sobre la audiencia imaginaria que ella misma está creando y quizás ella misma al fallar siente que todos se dan cuenta, puesto que se siente culpable de no haber sido *“perfecta”*.

Asimismo, se habla sobre las expectativas de los demás y el que no es nuestro deber complacer dichas expectativas. *“Lo he pensado, pero no lo he llevado a la práctica, muchas veces he sacrificado cosas mías para que los demás estén bien”*.

Se hace una revisión sobre los avances respecto a decir las cosas que piensa y siente, la paciente manifiesta sentirse mucho más tranquila y libre, *“¿Cómo se siente no tragarse las cosas?”*.

- **Tarea para la casa:** Identificar en qué momentos sienten mayor ansiedad, describirlo.
- **Objetivo de la asignación:** Explorar cómo vive la paciente su ansiedad e identificar detonantes y conducta que deriva.

Sesión 9 (14 de octubre de 2015). El reporte de la asignación de la paciente mostró que pudo disminuir los episodios a cuatro durante la semana, no

obstante, en esta sesión la paciente reportó un suceso el cual le generó un atracón. A continuación, se muestra el relato de la paciente: *“me siento ahorita casi, casi como cuando entré, con la comida, o sea, veo comida y no la puedo dejar de comer, y había empezado a hacer ejercicio y lo dejé de hacer y me vuelvo a sentir otra vez culpable y cuando me siento culpable vuelvo a comer y así”*.

Se le preguntó qué es lo que ha influido en esta recaída. La paciente comentó no estar muy segura, puesto que con los temas que se han tocado en las sesiones, percibe que va por buen camino: *“me siento tranquila en muchos aspectos de mi vida, pero no sé”*. Narra que, en el trabajo, aunque tiene estrés no está preocupada ya que va a buen ritmo con su carga laboral: *“incluso cuando tengo mucho trabajo, no me la paso comiendo”*. M. J. ha estado analizando por qué han ocurrido tales atracones. Se explora en qué situaciones o momentos, dándose cuenta de que han sucedido los fines de semana y en la semana entre el desayuno y la cena.

La paciente habla de un evento que le generó mucha molestia: Desde hace meses que organizaba una excursión al luz y sonido de Chichén Itzá; sin embargo, se había pospuesto por complicaciones de los participantes; finalmente se programó para el fin de semana, pero por cuestiones económicas ella no podía ir en esta ocasión. *“Ese viaje yo lo llevaba organizando desde hace mucho tiempo”*. La paciente señaló sentirse triste y enojada, puesto que sus compañeros fueron sin ella. Añadió que sus compañeros le insistieron e incluso le sugirieron prestarle dinero, pero ella no lo aceptó. *“Es como que tú organices la fiesta y luego no te inviten, y no supero eso, entonces el sábado me la pasé comiendo”*. Agregó que todos los demás viajes se habían cancelado, pero esta vez sintió como: *“bueno si tú no vas no pasa nada, nosotros vamos. De hecho, no les he dirigido la palabra, estoy muy enojada”*.

Durante la sesión se debatió la idea de *“si tú no vas no pasa nada”*, puesto que ya había mencionado que sus compañeros le insistieron y le dieron opciones para que fuera. Asimismo, se exploran otras posibilidades del porqué sus compañeros fueron sin ella, propuestas hechas por la misma paciente. A pesar de que expone otras alternativas, subraya que, las veces anteriores, las cancelaciones se debieron a causa de otras personas que ni siquiera son parte de

la organización, por lo que agrega: *“estoy tan enojada que no me deja ver esas otras opciones. Me siento como cuando a Steve Jobs lo sacaron de su empresa”*.

Se analiza por qué esto es tan importante para ella ya que, quizás no es una ofensa directa, comienza a llorar y dice: *“siento, por una parte, envidia de que ellos sí hubieran podido ir... (llora), ¡uy, es que me enoja! (con coraje), y sí, sentida de que mi presencia no haya sido tan importante”*. Continúa: *“no me interesa hablar de ellos, no los quiero de ver”*.

A continuación, se ilustra la intervención en donde se le confronta a la paciente:

Terapeuta: Me parece que eres tú la que está dudando de su propia valía, ¿estás de acuerdo? Porque es una interpretación que estás haciendo quizás por esa inseguridad. Ya que, como hablamos la sesión pasada, solemos hacer interpretaciones conforme lo que nosotros pensamos, en este caso de nosotros mismos, y no necesariamente es así, ya que me diste opciones diferentes muy válidas que no necesariamente son “no importa que M. J. no vaya”. Yo sé que era un plan que te emocionaba y se había pospuesto, pero también me dices: *“es que, si no se hacía ahorita, quizás ya nadie iba a ir”*, ¿entonces por qué tendría que ser un ataque hacia ti?

Paciente: No lo sé, o sea mi cabeza que no quiere pensar de otra manera, estoy muy cerrada ahorita.

Terapeuta: Sí, pero no los estás afectando a ellos, tú estás rumiando al respecto. Y al final de cuentas ellos sí te dieron opciones para que tú fueras y tú con tus razones muy válidas preferiste no ir.

Paciente: De alguna manera me molestó esa insistencia, hasta me dijeron: “seguro no vas porque va Jorge” (su exnovio, quien trabaja en el mismo lugar), entonces, pues no sé. Y sí, puede ser, pero me sigo sintiendo así.

Terapeuta: Claro, pero pensar así y sentirte así no te sirve de nada.

Paciente: Claro que no, al contrario.

Terapeuta: Ok, y tú misma estás diciendo: *“yo no importo y no le importo a los demás y en otras ocasiones yo cedí y ellos no fueron capaces de hacer lo mismo”*. Claro, pero igual no necesariamente porque tú hubieras actuado diferente los demás también tendrían que actuar como tú, y no necesariamente el que no actúen igual significa que sean malos o que no les importas.

Paciente: Yo creo que mi problema es que esperé demasiado, o esperé que actuaran de la misma manera que ha ocurrido exactamente lo mismo, que se vuelva a programar, esa idea yo tenía.

Terapeuta: Sí, y las diferencias de conductas no necesariamente es que tu estés bien y ellos mal o viceversa.

Paciente: Sí, pero ya no vuelvo a organizar algo, de alguna manera siempre que he perdido amistades ha sido por algo así como “oye, yo sí lo hubiera hecho por ti y tú no fuiste capaz de hacerlo por mí”. Yo siempre espero mucho de la gente, sobre todo porque me considero una persona muy entregada, me puedo quitar cosas con tal de que otra persona esté bien y a los que considero muy mis amigos sí espero eso mismo, tampoco hago las cosas por esperar que eso se dé, pero sé que si en algún momento necesito la ayuda, voy a recibirla y me decepciona mucho, y eso me causa conflicto, el que no reaccionen de la forma que esperaba, es lo que siento ahorita.

Terapeuta: Sí, y es válido y respetable la forma de ser de las otras personas, y me parece que esto está atacando una idea como: “*bueno, yo no merezco ser ayudada, yo no merezco a pesar de que yo ya te di*”. Y eso te enoja y sí parece que estás esperando algo de los demás.

Paciente: Así es.

Terapeuta: Pero no es así, tú misma te lo estás cuestionado. ¿Qué pasa cuando una persona no es recíproca?

Paciente: Que es una persona muy egoísta.

Terapeuta: Y si es egoísta, ¿qué?

Paciente: Como que quieren ellos recibir todo.

Terapeuta: Y entonces si son así en general, ¿por qué tendrían que ser diferentes contigo?

Paciente: Porque yo soy buena con ellos (se ríe).

Terapeuta: Claro, pero eso es algo que tú decides, es algo que tú quieres.

Paciente: Sí, es lo que me causa conflicto, puedo darte todo ahorita y no estoy pensando en cuándo me lo vas a devolver, pero el día que lo pido, y es algo que me cuesta trabajo hacer, es como un “pues yo no puedo” y si me pongo a pensar “oye, yo estuve incondicional contigo”, no debería ser así, estoy de acuerdo. Mi pensamiento es: “*le di demasiado a esa persona que no lo merece*”,

es como: “*otra vez ahí fui a caer, confié demasiado, di demasiado y al final esa persona no valía*”, me siento culpable de haber sido buena persona con él o ella que no lo valía.

Terapeuta: Bueno, pero la gente no vale por lo que da, entonces tú estás diciendo como: “*yo valgo porque sí te di y tú no, porque no me diste*”.

Paciente: Sí, se puede interpretar así, pero es que, no sé cómo explicarlo.

Terapeuta: Sí, pero si tú piensas que la otra persona te lo debía de dar, y no fue así, entonces esa persona debe pensar de ti... ¿qué no lo mereces?

Paciente: Podría ser, es como un: “no soy tan importante para ti”.

Terapeuta: Ah, y tú necesitas ser muy importante para los demás.

Paciente: En el mismo nivel que yo les doy importancia, sí. Es un sentimiento de importancia mutuo. Pero cuando pasa algo así es como: “ah, yo no era tan importante para ti”, y eso es lo que me frustra.

Se le confrontó a la paciente con ejemplos que ella misma ha mencionado en la terapia, con personas que parecen darle más importancia a ella que ella a ellos y qué pasa cuando es diferente, y qué pensarían y sentirían dichas personas y se le refleja, ella lleva la cuenta de las cosas que dan y le dan. En el siguiente apartado se ilustra la intervención realizada con la paciente:

Paciente: Sí, entiendo tu punto. En el tiempo que tengo viniendo contigo, me he dado cuenta de que soy muy egocéntrica, en todas las áreas de mi vida, sí me llega a molestar que el mundo no gire alrededor de mí

Terapeuta: ¿Por qué tendría que hacerlo?

Paciente: Pues no tendría que hacerlo, pero no sé por qué soy así.

Terapeuta: ¿Irrracionalmente por qué tendría que hacerlo? ¿Para que se den cuenta de que eres importante? ¿Para qué te reconozcan?

Paciente: Sí.

Terapeuta: Y no basta de que tú sepas eso.

Paciente: Es que, en el ámbito social, sí me gusta ser esa persona que todos admiren, que todos reconozcan, que alaben, que noten lo buena que soy en algo.

Terapeuta: ¿Qué es lo que alimenta todo eso, ¿qué dice de ti cuando eso pasa?

Paciente: Me da más seguridad.

Terapeuta: Y si no lo tienes entonces...

Paciente: Me siento insegura, porque siento que no tengo ese valor, por así decirlo.

Terapeuta: Pero entonces tú misma estás cuestionando tu valía y la manejas en función de los demás. Entonces, ¿por qué tú serías valiosa independientemente de lo que hagas, no hagas o los demás piensen o hagan?

Paciente: Primero, porque soy un ser humano, creo que primero, y segundo y último y todo (llora). Me gusta mi personalidad, que trato de buscarle las cosas positivas, que soy inteligente y me gusta explotarla, que tengo un buen corazón (llora desconsoladamente). Me duele que lo olvide. Es una decisión que tengo que hacer y aceptar que soy valiosa, pero a veces pienso que ni eso es suficiente.

La paciente indicó existe una diferencia enorme entre lo que proyecta y lo que realmente siente, por lo que se retoma lo de las sesiones pasadas sobre **lo que muestro a los demás y lo que realmente siento lo canalizo en escapes como la comida.**

Se continúa con la intervención realizada:

Paciente: Es muy difícil para mí creerme que tengo todas esas virtudes.

Terapeuta: ¿Quién o qué te ha hecho dudar de eso?

Paciente: Siento que mucho mi mamá, regresando a lo que esperan de mí, entonces mi mamá es como “tienes que ser así”. Y como te comentaba, siempre la cuestión del peso, de la talla, para ella ha sido demasiado importante, siempre ha sido “la figura que yo quiero ver”, desde chicas. No ha sabido cómo llevarlo para no hacernos sentirnos mal, siento que es algo que hemos venido cargando, y yo vengo cargando con eso toda la vida, ese chip de cómo tengo que ser, y el no poder ser así me causa muchísima frustración.

Hace dos años tuve un problema muy fuerte con mi mamá, porque no puedo entender cómo, si soy tan buena hija, tan trabajadora, soy una buena persona, soy inteligente, me gusta tener ambiciones, para mamá no sea suficiente, porque en mí no ve físicamente lo que quiere ver, entonces es esa lucha entre ese valor físico contra ese valor interno, y me cuesta mucho romperlo porque en mi casa tengo que cumplir con ese valor físico, sin descuidar el valor interno por así decirlo (llora desconsoladamente). Antes me decía: “*si no bajas de peso no te voy a comprar ropa*”, y era así como: si estoy gorda no merezco nada, y ahorita así me siento, porque mi ropa ya no me queda, pero siento que no

merezco comprarme ropa, y es una pesadilla, es luchar por lo que me voy a poner, porque ya no me queda.

Se le preguntó a la paciente cómo se siente y contestó que aliviada, puesto que eso era algo que la estaba *“comiendo”*, por lo que se le agradece la confianza y se devuelve la metáfora utilizada de cómo el sentimiento que la estaba *“comiendo”* la hace *“comer”*. Se resume la sesión al interpretar la manera en la que su madre ha influido en la percepción de su autoconcepto y propia valía en función al peso. Se reflejan los avances observados en la terapia y se señala que lo que ocurrió en esta sesión será el punto clave para el trabajo terapéutico posterior. Se hacen ejercicios de respiración para tranquilizar a la paciente y se concluye la sesión.

- **Tarea para la casa:** Se continúa la asignación de los registros de los episodios de atracón con la finalidad de disminuir la frecuencia.
- **Objetivo de la asignación:** Que la paciente pueda controlar los episodios.

Sesión 16 (20 de enero de 2016). Se inició la sesión con la revisión de la semana. La paciente relató situaciones laborales que le causan estrés. Se destina parte de la sesión a hablar al respecto. Para continuar con el objetivo del proceso terapéutico, se revisó la asignación para la casa, en la que se utiliza la tarea realizada al principio de las sesiones (la asignación en la cual la paciente registró los pensamientos y sentimientos que tenía durante un episodio de atracón) y se le solicitó que identificara cuáles son los pensamientos y sentimientos actuales. A continuación, se muestra el comparativo (tabla 3).

La paciente comenta que ahora se limita más en sus comidas y evita los episodios de atracón, por ejemplo, de un paquete de galletas no se come el paquete completo. Se normaliza el comer en ocasiones galletas o algún antojo, sin llegar al atracón. *“Lo comí y no pasa nada”*, por lo que se observa cambio en el pensamiento de *“todo o nada”* y no se llega a los extremos de *“no comer o comer sólo lechuga”*. *“Poco a poco es esto, cuánto tiempo me llevó subir esto, quizás me toma el mismo tiempo llegar al peso que debo de tener”*.

Se refuerzan los avances identificados. *“Sí, muchos. Soy más consciente de lo que hago en general. Sí, referente a la comida, pero, en general, de todo lo que hago, me siento muchísimo más tranquila y muchísimo más feliz siendo consciente de las cosas que ignorándolas, y luego diciendo: ¿cómo pasó esto?”*.

Tabla 3

Comparación de pensamientos anteriores y pensamientos actuales

Pensamiento antes	Sentimiento Antes	Pensamientos actuales	Sentimientos actuales
“¿Por qué no puedo detenerme al comer?”	Culpa	Es que han sido mucho menos los episodios. Antes del episodio: “No lo hagas, porque no es manera de resolver las cosas y le estoy haciendo daño a mi cuerpo y a mi mente porque es engañarla”. “¿Para qué lo haces si sabes que después te vas a sentir mal?” Menos y no tan abundantes.	Tranquilidad y no conductas compensatorias
“Estoy abusando, no debí comer esto, todo lo que había logrado en la semana lo eché a perder”	Culpa		
“Es por el cumpleaños de una amiga, solo por eso, solo por hoy”		“Dejé de buscar excusas, si ese día se me antojó comer un pedazo de pastel, me lo como y no pasa absolutamente nada, y no es todos los días”.	
“Cuando termine la dieta voy a premiarme a comer todo lo que no he comido”		“La he buscado hacer lo más posible y si me doy mis antojos, y me como un antojo y no me vuelvo a permitir hasta quién sabe cuánto”. “Un elote que yo me coma no me va a matar”. “No lo veo como un premio, he buscado otras formas de premiarme, cosas para mí, me incentiva porque me gusta cómo me veo y no me estreso, aunque no siempre haya ropa de mi talla, pienso que tengo que seguir cuidándome, entonces el ir a la tienda ya tampoco me produce estrés espantoso que terminaba odiándome”.	

Sesión 20 (17 de marzo de 2016). La paciente reportó cero episodios de atracón durante la semana al preguntarle por los registros de asignación. Posteriormente se revisó la siguiente asignación. La paciente mencionó que pensó

en algunas frases que resumen para ella el proceso terapéutico de *“haz las cosas por ti y para ti, para que tú estés bien, esa es más como un dejar a un lado todo lo que los demás digan, piensen u opinen de lo que yo hago o de cómo soy”*. La paciente aclaró que cuando habla de los demás, se refiere principalmente a su madre, ya que era quien se encontraba más presente en los sentimientos de culpa. Otra de las frases que eligió fue: *“disfruta el momento, eso abarca desde mi cuestión del protagonismo, de estar siempre presente para los demás. Ahora me siento en un punto medio, se refiere a disfruta el momento de descanso, disfruta el momento de convivencia, ya no siento el remordimiento de no ir a todo”*. Agregó también la frase: *“la motivación la tienes solo tú, he estado haciendo cosas por mí y para mí y me siento bien”*. Asimismo, indicó la paciente: *“No debo cargar mi enojo, puedo platicarlo, lo he platicado en mi casa y eso me ha ayudado”*. Y, por último: *“soy valiosa por ser yo, esto sobre todo lo pensé cuando hicimos el ejercicio de la carta, y el hacerla y decirme que me quiero me ayudó muchísimo”*. Se refuerza a la paciente por sus avances, se recuerdan brevemente las estrategias que se han trabajado durante el proceso y se concluyó la sesión.

Conclusiones

Como se pudo observar en la conceptualización del caso de la paciente M. J., cumple con las características del Trastorno por atracón según los Criterios Diagnósticos del DSM-V (2014). La paciente refirió presentar una falta de control sobre lo que ingiere (*“¿en qué momento me comí todo esto?”*), sentimientos de culpabilidad, vergüenza y de fracaso posteriores a los episodios de atracón, la paciente también reportó ingerir una gran cantidad de alimentos en un periodo relativamente corto. Aun cuando no siente hambre físicamente. M. J., suele ocultarse para ingerir dichos alimentos. Lo anterior con una ocurrencia de seis días aproximadamente a la semana y en ocasiones más de dos veces por día. La paciente no tiene conductas compensatorias como el vómito o la purga; sin embargo, los sentimientos de culpa frecuentemente la motivan a ejercitarse o comer saludablemente al siguiente día, dichas conductas no suelen perdurar por mucho tiempo y se recae en el atracón, por lo que se vuelve un círculo vicioso.

Al explorar los antecedentes del trastorno se encontró que la paciente presenta factores de riesgo que probablemente incidieron en el Trastorno por

atracón, como son los comentarios críticos de la familia acerca del peso y la figura y altas expectativas por parte de los padres, lo anterior ha sido interiorizado por M. J., puesto que tiene altos estándares sobre sí misma y se describe desfavorablemente cuando no cumple con las expectativas autoimpuestas, esto se ve acompañado de estrés emocional y ansiedad. El comer representa una aceptación crítica de los pensamientos y creencias irracionales. Se observó también baja autoestima, una autovalía empobrecida y constantes preocupaciones por el peso y la figura (Jacobi *et al.*, 2011; Heatherthorn y Baumeister, 1991). Las descripciones teóricas anteriores concuerdan con las características de la paciente del presente estudio.

De acuerdo con el modelo terapéutico recomendado en estos casos, la intervención psicoterapéutica se basó principalmente en debatir las creencias irracionales sobre la propia valía, el peso y la figura —ambos relacionados—, el manejo funcional de emociones y además la reconciliación con la figura materna, utilizando técnicas de terapia de perdón y reparentalización. A lo largo de las sesiones se observó que M. J. tenía creencias como “debo ser fuerte”, “no debo enojarme” y “debo ser perfecta”, mismas que impulsaban a que la paciente comiera compulsivamente como una manera de remediar las emociones de tensión cuando esto ocurría; como mencionó Weitzner (2008), son personas que estallan hacia adentro y es más sencillo comerse sus emociones.

A lo largo de la intervención se pueden observar cambios en la paciente M. J. El objetivo sobre la disminución de los episodios de atracón se cumplió de tal manera que al principio la paciente registró mínimo seis días a la semana episodios de atracón y en ocasiones incluso más de dos veces por día. Al final de la intervención se registraron cero ocurrencias de los episodios en los registros de las últimas seis semanas. Asimismo, una característica de los pacientes con este trastorno alimenticio son los pensamientos “todo o nada”. De lo anterior se encontraron cambios en el pensamiento y sentimientos de la paciente, como se ilustró en la sección resultados. Un ejemplo de ello es el siguiente: *“me puedo comer un chocolate sin sentir culpa, solo porque se me antojó, no es pecado, no me voy a morir. Era el extremo de si me comía tal cosa me sentía la peor persona del mundo, y si me comía todo lo demás también era la peor persona del mundo, pero además seguía comiendo, entonces esos antojos lo veo como algo normal”*.

Se observa en la paciente un aumento de su autovalía y una flexibilización de sus pensamientos. Respecto a la autovalía, se utilizó el debate. Asimismo, por medio del debate y la silla racional e irracional la paciente fue capaz de cuestionar sus propias creencias irracionales en cuanto a sus “deberías rígidos” con respecto al peso y con respecto a las autoexigencias. Finalmente, a lo largo de las sesiones se hizo evidente que se logró un cambio significativo hasta la última sesión reportada, puesto que el objetivo general de la intervención se cumple satisfactoriamente. Como cambio secundario se logró una disminución de su peso de 7.5 kilogramos desde el inicio del tratamiento hasta la sesión de cierre. A continuación, se incluye una gráfica con los registros de los episodios de atracón que se recogieron durante el proceso terapéutico en donde podemos observar cómo la paciente logró disminuir de nueve episodios por semana a cero durante las últimas semanas de intervención (figura 1).

En relación con lo anterior, se observó que al abordar un caso que presente o involucre la conducta de ingerir grandes cantidades de comida mayores al promedio (ingesta compulsiva) será importante explorar cuáles son las creencias irracionales que ocasionan la frustración, cuestionamiento de autovalía y la falta de expresión emocional que derivan en los episodios de atracón, ya que al intervenir en las variables existe una mayor probabilidad de que el paciente logre desarrollar una alternativa más saludable a su estilo de afrontamiento de manera asertiva y no refugiándose en la comida.



Figura 1: Comparación de la sesión inicial a la última sesión de la frecuencia e incidencia de los episodios de atracón.

Como ya se ha mencionado, las personas —sobre todo las mujeres en la actualidad— se encuentran constantemente, si no es que a diario, inmersas en una sociedad que fomenta, motiva y valora la delgadez extrema, siendo lo anterior sinónimo de belleza y salud, por lo que es común encontrar la constante insatisfacción por el físico, la constante búsqueda de la “perfección” del cuerpo, con pocas posibilidades de cubrir las expectativas (Rey y Selva, 2012). Por esto, las personas que padecen del Trastorno por atracón presentan sentimientos de fracaso y culpa al no cubrir dichos estándares de belleza, esto cuando se tiene sobrepeso. No obstante, aún sin sobrepeso, dichas personas se sienten decepcionadas de su falta de control y la incapacidad de dejar de hacer aquello que le daña y que le impide ser “perfecta”.

Como se observó también a lo largo de la intervención, fue importante explorar el ambiente familiar y sus dinámicas, puesto que es uno de los aspectos en los trastornos alimenticios en general, con una gran relevancia para el desarrollo y el mantenimiento de la conducta.

Limitaciones de la Intervención

Las limitaciones durante el proceso de intervención van en función del tiempo, debido a que la paciente, por cuestiones laborales, en varias ocasiones le impidieron asistir, por lo que en ocasiones era complicado retomar la continuidad de las sesiones, temáticas y asignaciones, lo que tomaba algún tiempo de la sesión la recapitulación de lo que se trabajó la sesión anterior.

Referencias

- Abramson, E. (1999). *El comer emocional*. España: Descleé Brouwer.
- Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Correas Lauffer, J., Quintero Gutiérrez del Álamo, J., García Moreno, C., García Blázquez, V. & Chinchilla Moreno, A. (2003) Trastorno por atracones. En A. Chinchilla Moreno, *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. (pp. 247-251). Barcelona: Masson.
- DSM-IV-TR. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- DSM-V (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. España: Paidós.
- García-Marín, P. V., Antón-Menárguez, V. & Martínez-Amorós, R. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 67-74. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/4771/477152548009/#page-1>
- Gempeler Rueda, J. (2006). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2), 242-250.
- Goodheart, K., Clopton, J. R., Jacalyn, J. & McComb, R. (2011). *Eating Disorders in Women and Children: Prevention, Stress Managment, and Treatment*. (2nd Edition). USA: CRC Press.
- Guisado, J. A. y Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón o “binge eating disorder”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(77), 27-32.
- Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge Eating as Escape from Self Awarness. *Psychological Boletin*. 110 (1), 86-108.
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C. & Barr Taylor, C. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and

- full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychol Med*, 41(9). 1939-1949. doi: 10.1017/S0033291710002631
- Pull, C. B. (2004). Binge Eating Disorder. *Current Opinion in Psychiatry*. 17 (1). Recuperado de http://www.medscape.com/viewarticle/466376_6
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Roth, G. (1999). *Cuando la comida sustituye al amor: cómo acabar con el exceso de peso y salir del círculo vicioso de las dietas*. Barcelona: Urano.
- Striegel-Moore, R. H. & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 19-29.
- Toro, J. (2003). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. (3ª edición). Barcelona: Ariel.
- Weitzner, A. (2008). *Ayudando a personas con anorexia, bulimia y comer compulsivo: guía práctica para maestros, terapeutas y médicos*. México: Pax.
- Wiffley, D. E, Welch, R., Stein, R. I., Borman Spurrell, E., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Zoler Douchins, J., Frank, M.A., Wiseman, C. V. & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *American Medical Association. Arch Gen Psychiatry*, 59; 713-721.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2006). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

PRESENCIA PSICOLÓGICA

Volumen I

- Perfil de estados de ánimo en deportistas del sureste mexicano
- Apoyo social en mujeres: un abordaje colaborativo en promoción de la salud
- La imagería en el tratamiento de la ira en niños
- Explorando relaciones y diferencias ¿Son más felices las personas espirituales?

Volumen II

- Satisfacción en el noviazgo: construcción y validación de un instrumento
- Síndrome de burnout en amas de casa urbanas, rurales e indígenas veracruzanas
- Propuesta y evaluación de software de entrevista biopsicosocial forense para niños, niñas y adolescentes en procesos jurídicos
- Inteligencia emocional en preescolares: su desarrollo a través de un programa de educación emocional

Volumen III

- Terapia de esquemas maladaptativos tempranos con mujeres que vivieron violencia: una intervención grupal en foco
- Intervención psicoterapéutica con hombres que ejercen violencia hacia su pareja: propuesta integrativa técnica pragmática
- La ingesta compulsiva como expresión de la ira y la ansiedad: estudio de caso clínico
- El aprendizaje de las matemáticas desde un enfoque participativo

PRESENCIA PSICOLÓGICA

Volumen IV

- Autorregulación académica, diferencias por sexo y nivel socioeconómico en primarias privadas de Mérida, Yucatán
- Personalidad positiva. validación de una escala y estudio en personas con insuficiencia renal crónica
- Conversaciones colaborativas en la decisión sobre la entrega o no en adopción

Volumen V

- Perfil de personalidad prosocial en niños de sexto grado de primaria
- Celos e infidelidad en personas homosexuales y heterosexuales
- Inteligencia emocional y desempeño académico: su abordaje con adolescentes de una telesecundaria en Yucatán
- Atención en estudiantes de primaria: software de entrenamiento
- Terapia de juego filial y adopción: un estudio de caso clínico

Volumen VI

- Ira e inteligencia emocional: relación entre factores de riesgo y protección en adultos con hipertensión
- Felicidad y bienestar: su relación, predominancia y atribuciones en el contexto de la cultura yucateca
- Estructura y dinámica familiar desde la perspectiva de padres migrantes, no migrantes y sus hijos
- Experiencias de mujeres yucatecas parejas de migrantes. Análisis desde la promoción de la salud.

Cada vez resulta más evidente la importancia que la investigación científica adquiere en las universidades mexicanas; la investigación es la base sobre la que se sustentan los conocimientos para abordar los diversos problemas que tiene una sociedad, sin embargo, el desarrollo de esta actividad requiere de diversos factores, entre los que están: personal calificado y comprometido, que cuente con un ambiente de libertad y diálogo que le permita contar con el tiempo y la motivación para investigar, la disponibilidad de recursos financieros, junto con políticas que incentiven su importancia.