

Estrategias educativas y psicosociales en el tratamiento eficaz de la diabetes¹ (*Educational and psychosocial strategies in the effective treatment of diabetes*)

Roberto Montes Delgado
Francisco Augusto Laca Arocena
Isaac Uribe Alvarado
César Augusto García Avitia²

Resumen

La diabetes *mellitus* es un creciente problema de salud que afecta a todos los países, independientemente del grado de desarrollo que estos han alcanzado. En todo el mundo existen, aproximadamente, 537 millones de personas diagnosticadas con algún tipo de diabetes y se calcula que, para el 2030, esta cifra crecerá hasta alcanzar los 643 millones. Los tratamientos para atender la diabetes en muchos países han fracasado por centrarse, principalmente, en la salud física, por lo que es importante conocer los beneficios y alcances de los tratamientos integrales que abordan también la dimensión psicosocial. El propósito de este capítulo

1 Nota del autor: la correspondencia referente a este capítulo deberá dirigirse al Dr. Roberto Montes Delgado, Facultad de Psicología, Universidad de Colima. Av. Universidad 333, col. Las Víboras, C.P. 28040, Colima. Correo e.: <mondel@ucol.mx>.

2 Los autores están adscritos a la Universidad de Colima (México).

es mostrar algunos trabajos que presentan eficacia en el tratamiento integral de la diabetes a través de cinco estrategias educativas y psicosociales. Se concluye que las investigaciones revisadas como parte de cada una de estas estrategias han mostrado aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión, reducir los costos, mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de las personas que presentan esta condición.

Palabras clave: bienestar emocional, diabetes, atención, educación, psicosocial.

Abstract

Diabetes Mellitus is a growing health problem affecting all countries regardless of their developmental degree. Worldwide, there are approximately 537 million people diagnosed with some type of diabetes, and it is estimated that this number will increase to reach 643 by 2030. Treatments to treat diabetes in many countries have failed because they focus mainly on physical health, so it is important to know the benefits and scope of comprehensive treatments that also address the psychosocial dimension. This chapter's purpose is to show some interventions that demonstrate efficacy in diabetes integral treatment through five educational and psychosocial strategies. In conclusion, reviewed studies of each strategy have proven an increasing treatment adherence; diminished stress levels, anxiety, and depression; lower costs; and improved clinical results and life quality.

Keywords: emotional wellness, diabetes, attention, education, psychosocial.

Introducción

La diabetes *mellitus* es una de las enfermedades no contagiosas que más preocupa a todos los sistemas de salud en el mundo; su creciente prevalencia e incidencia la han convertido en uno de los problemas sanitarios más complejos del siglo XXI. Actualmente, se estima que, a nivel mundial, existen 537 millones de personas diagnosticadas con algún tipo de diabetes y se calcula que,

para el 2030, esta cifra crecerá hasta alcanzar los 643 millones. La diabetes, en 2021, fue responsable de 6.7 millones de muertes, una ocurrida cada cinco segundos, según cifras de la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2021).

En 2019, en México existían, aproximadamente, 13 millones de personas con esta condición, convirtiéndose, así, en la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (FID, 2019). Entre las consecuencias de este incremento se encuentran las incapacidades prematuras, ceguera y amputaciones de extremidades no causadas por traumatismos. De esta forma, a la diabetes se le considera una de las cinco enfermedades con mayor gasto económico en el sistema de salud mexicano (INSP, 2020).

De acuerdo con la FID (2019), la prevalencia de la diabetes aumenta con la edad, manifestándose, principalmente, en personas mayores de 65 años. Sin embargo, en las últimas décadas también se viene presentando en personas jóvenes, debido a factores como la carga genética, el consumo de alimentos con alto contenido calórico, la mínima actividad física, el estrés psicosocial, el tabaquismo y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

En este sentido, la Secretaría de la Salud (SSA, 2008) refiere que una diabetes descontrolada deteriora rápidamente el organismo; quienes la padecen reducen su expectativa de vida: nueve años en hombres y siete en mujeres. También ocurre una mayor mortalidad cardiovascular a diferencia de la población en general: 2.5 veces en hombres y 2.0 en mujeres. La esperanza de vida de una persona con diabetes descontrolada es equivalente a la de una persona que tuvo un infarto agudo de miocardio, pero si a esta última se le suma la diabetes, la mortalidad crece el doble.

Prevenir y controlar la diabetes representa un importante desafío para los profesionales de la salud. Desafortunadamente, en México, como en otros países, los profesionales sanitarios egresaron de las universidades con una formación centrada en la atención de enfermedades infecciosas agudas de corta duración, pues era la principal exigencia en el siglo xx. Sin embargo, los avances en la medicina y la salud pública contribuyeron a su disminución, logrando aumentar la esperanza de vida de la población. Como resultado, las personas quedaron expuestas durante más tiempo a la presencia de factores de riesgo que favorecieron el desarrollo e incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes.

Esta transición epidemiológica pronto exigió una atención más compleja, pero los profesionales no contaban con la preparación suficiente para hacer

frente a esta nueva demanda. Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) propuso fortalecer la educación de los profesionales de la salud a través del aprendizaje de nuevas cualificaciones que permitieran mejorar la eficacia en sus tratamientos. En este nuevo planteamiento se capacita al personal de salud para que dé a los pacientes una atención de larga duración, tomando en cuenta su edad, creencias, valores, necesidades emocionales, nivel de escolaridad, situación socioeconómica, y que no solo brinde información, sino que promueva, de forma sencilla, el desarrollo de habilidades que les ayude a prevenir complicaciones.

En este sentido, Funnell (2009) refiere que los tratamientos integrales, cuando abordan la dimensión psicosocial, tienen la oportunidad de lograr, en las personas, un control eficaz de su enfermedad, debido a que promueven un sentido de responsabilidad en el autocuidado y autocontrol de su diabetes. Asimismo, López-Carbajal, López-López y Ortiz-Gress (2016) refieren que los tratamientos integrales, además de abordar aspectos psicosociales, nutricionales y médicos, deben de incluir estrategias culturalmente competentes acordes a las características de la población, en especial para quienes son analfabetos o cuentan con educación básica.

Uno de los esfuerzos más importantes que se han realizado a nivel mundial sobre las necesidades de las personas con diabetes se llevó a cabo en 2001, con el estudio DAWN (Diabetes, Actitudes, Deseos y Necesidades de la diabetes), que tuvo como propósito conocer las recomendaciones que daban los pacientes para lograr un tratamiento eficaz. Los resultados mostraron que se debe dar más protagonismo a los aspectos psicosociales, tales como el estrés, ansiedad, depresión, problemas sexuales, y trastornos cognitivos y conductuales. Asimismo, debe darse una atención interdisciplinaria, donde se incluya a un especialista de la salud mental, como psicólogo, psiquiatra o trabajador social (Snoek y Van Ballegoie, 2004). Una década después, se realizó el estudio DAWN 2 en 17 países, incluyendo México, con el objetivo de evaluar los factores que dificultan o facilitan el control eficaz de la diabetes. En este nuevo estudio no solo se incluyó a los pacientes, sino también a sus familiares y proveedores sanitarios (Peyrot, 2013). Los resultados mostraron que las personas con diabetes presentaban un impacto negativo en su economía, así como en la relación que tenían con su familia, amigos y trabajo. Además, presentaban necesidades educativas y de atención psicosocial, ya que más de la mitad de

los participantes reportaron verse afectados en su bienestar emocional (Hermanns y Pouwer, 2013).

Con base en lo anterior, surge la pregunta: ¿cuáles serían algunas estrategias educativas y psicosociales que permitan aumentar la eficacia de los tratamientos de las personas con diabetes al tomar en cuenta no solo la dimensión biomédica, sino también la dimensión psicosocial? Como lo refiere Colagiuri (2004), los problemas psicosociales deben ser reconocidos como una complicación diabética y controlados de la misma manera que se controla la salud física en relación con la diabetes. En este sentido, el propósito de este capítulo es mostrar algunos trabajos que presentan eficacia en el tratamiento integral de la diabetes a través de cinco estrategias educativas y psicosociales que se fundamentan, principalmente, en las recomendaciones de la FID y la OMS. Asimismo, es relevante señalar que el conocimiento de estas estrategias (consideradas de bajo costo y gran beneficio) son de utilidad para personas, familiares y profesionales de la salud que presentan o trabajan con pacientes con diabetes.

Las estrategias educativas y psicosociales seleccionadas para este capítulo son la educación en diabetes, autocontrol, entrevista motivacional, atención centrada en el paciente y manejo del estrés. Su combinación durante el tratamiento puede ayudar a las personas a llevar una vida larga y saludable, y percibir a la diabetes no como una adversidad, sino como una oportunidad para vivir mejor.

Educación en diabetes

En este capítulo, cuando se habla de profesionales de la salud, se hace referencia a todos los profesionales que trabajan directa o indirectamente con personas con diabetes, es decir, personal de enfermería, psicología, medicina, nutrición, odontología, activación física, entre otros más. Es importante mencionar que para que estos profesionales brinden una atención de calidad deberán capacitarse como educadores en diabetes y así hacer frente a una enfermedad compleja que es para toda la vida, ya que su gestión puede resultar muy costosa, tanto para el paciente como para el sistema de salud (Klatman y Ogle, 2017). A continuación, se describe la importancia que tiene la educación en diabetes como parte de la dimensión psicosocial.

La educación en diabetes es considerada una estrategia fundamental para la adherencia al tratamiento del paciente por ser un arma poderosa en su atención y control. Esta debe ser la base de toda la atención, ya que se tendría mayor probabilidad de éxito cuando las personas logran traducir la información enseñada en habilidades y cambios saludables de comportamiento. Se reconoce que la educación eficaz es aquella que se fundamenta en la evidencia científica para la obtención de conocimientos válidos en el uso apropiado de estrategias de aprendizaje, cambio conductual y desarrollo de habilidades psicosociales (Rosas, Lyra y Cavalcanti, 2009).

En este sentido, para Funnell (2009), la educación en diabetes puede mejorar los resultados clínicos y de calidad de vida a corto plazo; al ser económicamente viable, puede generar un ahorro en el gasto sanitario, prevenir hospitalizaciones y visitas a las salas de urgencia. Señala, también, que la educación en diabetes ha cambiado en los últimos años, ya que los programas se diseñaban para ser impartidos como una clase tradicional llena de información; ahora se centran más en el paciente, atendiendo la parte biomédica, pero también la dimensión psicosocial. De esta manera, son tomadas en cuenta las preocupaciones, creencias y motivaciones de las personas que asisten al tratamiento y que buscan comprender cómo controlar de mejor manera esta enfermedad.

Del mismo modo, la FID (2008) señala que la educación del paciente debe influir en los conocimientos y comportamientos relativos a la salud mediante distintos métodos de enseñanza, como el asesoramiento en el manejo de una alimentación saludable y la práctica adecuada de actividad física y de técnicas de modificación de conducta. Al respecto, Weiss (2007) señala que, para lograr un cambio en el comportamiento de las personas con diabetes, se deberá de alentar más su participación y compromiso para tomar decisiones respecto a su tratamiento. Además, la educación que reciban debe darse en dos niveles: primero, conocer y tratar los efectos fisiológicos de la diabetes; y segundo, pero con la misma importancia, atender los factores psicosociales y económicos, ya que estos tienen un impacto relevante en sus emociones.

Por esta razón, la FID (2008) destaca que la tarea del educador no es imponer lo que debe de hacer el paciente, sino facilitarle el proceso de aprendizaje para el cumplimiento de objetivos, enseñarle a tomar decisiones mejor orientadas y, además, responsabilizarse de su tratamiento, para atender su padecimiento como parte integral de su vida y no como un factor que interfiere en ella. En relación con esto, Castro-Meza, Pérez-Zumano y Salcedo-Álvarez

(2017) puntualizan que solo puede hablarse de educación cuando se ha conseguido un cambio favorable en la salud, por lo que el compromiso y trabajo de equipo entre el educador y el paciente para elaborar un plan de tratamiento deberá ser una tarea fundamental.

En conclusión, es importante mencionar que no hay tratamientos de talla única, es decir, ningún programa puede ser implementado con eficacia por cualquier educador. Los tratamientos de grupo o individuales pueden ser igualmente eficaces. No obstante, algunas personas con diabetes prefieren un enfoque u otro. Sin embargo, la evidencia científica señala que los programas exitosos tienen una serie de elementos en común, una base teórica sólida y la integración de elementos psicosociales, tales como el manejo del estrés, la expresión de emociones, las relaciones interpersonales y el desarrollo de la autoestima. Finalmente, debe señalarse que la educación eficaz en diabetes considera a la persona protagonista de una atención permanente, donde los profesionales de la salud se integran como apoyo indispensable para ayudarles a enfrentar las complicaciones presentes o futuras; por esta y otras razones más, la educación en diabetes tiene la misma importancia que los tratamientos farmacológicos (Peeples, Koshinsky y McWilliams, 2007).

Autocontrol

La diabetes es una enfermedad compleja que, día con día, exige realizar diversas actividades que ayuden a mantener la glucosa en niveles óptimos. Sin embargo, a gran número de pacientes se les dificulta tomar diariamente los medicamentos, medirse la glucosa con regularidad, controlar la ingesta diaria de calorías o realizar actividad física con frecuencia. En otras ocasiones, lo que dificulta su autocontrol es el estrés de la vida cotidiana, la ansiedad o la depresión asociadas al manejo de su enfermedad. Muchos de estos problemas podrían mejorarse si las personas tuvieran la oportunidad de aprender técnicas de autocontrol para el logro de objetivos y metas durante su plan de tratamiento.

El *desarrollo de autocontrol*, según Bornas (2005), es definido como aquellos procedimientos que las personas utilizan para conseguir sus objetivos propuestos. En este sentido, es importante aprender a reorganizar el medio externo (físico y social) en el que la persona vive, así como el medio interno (biológico y cognitivo), los cuales le permitirán tomar mejores decisiones en su tra-

tamiento. Para lograr estos propósitos es necesario contar con la ayuda de un psicólogo o profesional de la salud mental con conocimientos en educación en diabetes, para que, en colaboración, diseñen un plan de autocontrol realista que se adapte a las condiciones psicosociales de la persona. No obstante, como mencionan Martin y Pear (2008), las personas o profesionales de la salud pueden obtener ciertos conocimientos de modificación de conducta y aplicarlos en beneficio de sus pacientes o de ellos mismos.

Para Kazdin (2000), el *autocontrol* se refiere a aquellas conductas que una persona inicia de manera deliberada para lograr los resultados seleccionados por ella misma. Por tal motivo, el autocontrol, dentro de la modificación conductual, permite entrenar a las personas con diabetes en el logro de sus metas. En este sentido, Ricke (2010) describe que el cambio de conducta no sucede por accidente; por ejemplo, propone que, para realizar cambios duraderos en los hábitos alimenticios, es necesario tener un plan, y para lograrlo es importante tomar en consideración las siguientes sugerencias: llevar un diario de comidas, disfrutar la comida, cumplir con los horarios, encontrar un sitio adecuado para comer, tratar de comer por hambre (no por emoción), detenerse cuando la persona se sienta satisfecha y vigilar los niveles de estrés. En este mismo sentido, Vickers (2010) sugiere a las personas con diabetes llevar registros de sus alimentos para saber con exactitud qué y cuánto comen, la cantidad de actividad física que realizan diariamente, el consumo de medicamentos y las técnicas de relajación utilizadas durante la semana.

Las personas que realizan esta conducta de autocontrol tienen mayor éxito para perder peso, equilibrar sus emociones y controlar su enfermedad. Por ello, el control externo es esencial para iniciar un plan de tratamiento, donde los profesionales de la salud capaciten a sus pacientes en el aprendizaje de estas técnicas, además de proporcionarles recomendaciones, firmes advertencias, elogios sistemáticos y retroalimentación. Al concluir con este entrenamiento, se espera que los pacientes puedan aplicar las técnicas e ir modificando nuevas conductas en diferentes situaciones. En un estudio realizado por Muñoz y Cortés (2017) encontraron que los participantes reportaron que un cambio de conducta ocurre cuando los tratamientos responden a sus características y necesidades; por ello, es importante que estos cuenten con un soporte psicológico que les ayude a mejorar su autocontrol y obtener beneficios en salud.

Funnell (2009) refiere que la educación para el autocontrol en diabetes debe ser la piedra angular de la atención diabética, ya que, a diferencia de las

enfermedades agudas y las emergencias médicas que, en su mayoría, son controladas por el profesional de salud, la diabetes es controlada, en gran parte, por la persona afectada.

El autocontrol incluye el desarrollo de múltiples tareas que la persona con diabetes diariamente debe realizar para cuidar su afección. También comprende la permanente toma de decisiones asociadas a la manera de enfocar el tratamiento. En este sentido, el autocontrol resulta ser una tarea compleja, pero de importancia crítica para conseguir los objetivos metabólicos acordados entre el profesional de la salud y el paciente. Es importante mencionar que en el autocontrol no se trata de que los pacientes sean más obedientes, sino que incorporen a la diabetes en su vida del modo que mejor les funcione, basándose en sus propias circunstancias, prioridades y objetivos de tratamiento.

Los cambios conductuales necesarios para asegurar un control óptimo de la diabetes parecen, en gran medida, estar determinados por los sentimientos que tienen las personas en torno a su diabetes, a su tratamiento y sobre sí mismas. La persona con diabetes necesita creer que los resultados del tratamiento merecen la pena; además, deben confiar en que tienen la capacidad de adoptar comportamientos adecuados para combatir su afección y que estos esfuerzos le beneficiarán (Van Der Ven, Weiger y Snoek, 2002).

En conclusión, es importante que los profesionales de la salud se capaciten en el manejo de técnicas de modificación de conducta, como el autocontrol, para facilitar a las personas con diabetes los conocimientos y técnicas necesarias que les ayuden a responsabilizarse del control de su enfermedad. Cuando un paciente está mejor, logra mayor confianza y autocontrol sobre sus comportamientos, además de que es más participativo e independiente para tomar decisiones documentadas que favorezcan el desarrollo de una mejor salud social y emocional.

Entrevista motivacional

La diabetes implica el cambio gradual de comportamientos poco saludables por otros que permitan lograr un control óptimo de la glucosa, como la alimentación saludable, el incremento de la actividad física, el manejo adecuado del estrés o la ansiedad, entre otros más. Para lograr el cambio eficaz de estos comportamientos saludables, en los últimos años los profesionales de la salud

han utilizado, con gran éxito, el estilo de comunicación de la entrevista motivacional. Como lo señala González, Cooper, Méndez, Cardona y Rodríguez (2021), la buena comunicación durante el diagnóstico puede resultar determinante sobre la manera de afrontar la enfermedad y vivir con ella.

En este sentido, es conocido que los profesionales de la salud en ocasiones tratan de convencer a sus pacientes para que cambien su estilo de vida, utilizando, como estrategia motivacional, el miedo, los consejos o tratando de imponer su forma de pensar. Pero en realidad son pocos los pacientes que logran cambios con esas estrategias, ya que, en general, hay una baja eficacia en sus resultados. En este sentido, Miller, Rollnick y Asensio Fernández (2015) proponen el enfoque de la entrevista motivacional para mejorar la eficacia de cambio en las personas que presentan una enfermedad crónica.

La entrevista motivacional (EM) tiene como propósito entablar conversaciones de manera que las personas se convencen a sí mismas de cambiar, basándose en sus propios valores e intereses. Se centra en la persona, ayudándola a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábitos insanos para promover cambios hacia la práctica de estilos de vida más saludables. En el caso de las personas con diabetes, uno de los comportamientos más difíciles de cambiar es la alimentación; ya que, entre otros factores, los rápidos cambios culturales han modificado el consumo de alimentos ricos en fibra por otros ricos en azúcar y harina refinada, entre otros factores. Según Raji y MacManus (2009), en las últimas décadas, la constitución del cuerpo humano se está transformando porque se está pasando de los delgados cazadores-recolectores que una vez fuimos a humanos con un predominante exceso de peso, consumiendo calorías continuamente, a la vez que se gasta muy poca energía.

En este sentido, la EM se ha ido consolidando como una estrategia que permite al profesional de la salud provocar un aumento en la motivación para crear un cambio en el paciente; por ejemplo, si la persona quiere cambiar su comportamiento respecto a la alimentación, primero debe tomarse en cuenta su nivel de motivación basal, respetando siempre sus creencias, valores y decisiones, sin penalizarla por ello. De esta manera, a su ritmo, el paciente va estableciendo metas realistas, que le permitirán incrementar la posibilidad de lograr un resultado positivo respecto a este comportamiento.

Es importante mencionar que la entrevista motivacional no es ser amable con los demás, y aunque retoma algunos elementos de la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers, no es igual. La EM tiene una direccionalidad clara a tra-

vés de los procesos de enfocar, evocar y planificar. Es un estilo complejo que se puede ir perfeccionando a través del tiempo y que ha sido utilizado con buenos resultados en el ámbito de la salud, específicamente en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles. Por ello, se presenta evidencia científica sobre los alcances que ha tenido en los últimos años este estilo de comunicación.

En un estudio realizado por García y Morales (2015) sobre la eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, encontraron que la EM resultó efectiva para aumentar la adherencia terapéutica. Sin embargo, señalaron que en este tipo de estudios es importante tomar en consideración que, por cuestiones personales y culturales, a las mujeres les puede resultar más difícil cumplir con los objetivos del tratamiento. En otro estudio sobre los efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes *mellitus* tipo 2, García y Sánchez (2013) realizaron, en una institución de salud pública, una intervención cognitivo-conductual grupal, reportando cambios importantes en el control del padecimiento, ya que se detectó una disminución en los niveles de hemoglobina glucosilada en casi todos los pacientes. Los datos permitieron concluir que la intervención provocó cambios conductuales no solo en el control glucémico, sino que la entrevista motivacional también logró un mayor efecto positivo en los aspectos emocionales de los pacientes.

En conclusión, se entiende que la entrevista motivacional es un estilo de conversación colaborativa cuyo objetivo es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio. En el tratamiento de la diabetes esto es importante, ya que el profesional de la salud y el paciente deben trabajar en equipo para establecer y lograr metas que el mismo paciente propone durante el tratamiento. En este sentido, se puede decir que es el encuentro de dos expertos: uno que cuenta con el conocimiento teórico, y otro que habla de su conocimiento práctico al vivir con la enfermedad; por esta razón las personas suelen quedar más convencidas, por ser tomadas en cuenta durante el tratamiento. Al ser una enfermedad de larga duración, el enfoque de la entrevista motivacional es muy útil, ya que este brinda al paciente una guía directiva y de acompañamiento, pues en un tratamiento continuo pueden existir altibajos que afectan su control, como son la enfermedad de algún familiar o problemas económicos, entre otros. Finalmente, es relevante mencionar que a la entrevista motivacional no se le debe ver como la panacea para el cambio de comportamiento,

pero puede ser una herramienta de gran utilidad en el tratamiento de las personas que presentan una enfermedad crónica no transmisible.

Atención centrada en el paciente

Una de las grandes exigencias que tuvieron los profesionales y sistemas de salud en el siglo xx fue la atención de las enfermedades infecciosas agudas, pero gracias a los avances de la medicina y la salud pública se pudo disminuir su incidencia, logrando aumentar la esperanza de vida de las personas. Desafortunadamente, los cambios en los estilos de vida de la población han afectado de forma importante su salud, dando paso a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo que ahora, gracias a los avances en la tecnología, las personas viven más años, pero, en muchas ocasiones, con dolencias y discapacidad (OMS, 2005).

El equilibrio entre los problemas de salud agudos y crónicos está cambiando aceleradamente, por lo que esta evolución está planteando nuevas y diferentes exigencias para los profesionales de la salud del siglo XXI. Por esta razón, la OMS propuso, junto con diferentes organizaciones mundiales de profesionales, pacientes y compañías farmacéuticas, el desarrollo de nuevas cualificaciones para poder enfrentar el grave problema que representan las enfermedades crónicas no transmisibles, primera causa de muerte en el mundo. Una de estas nuevas cualificaciones es la atención centrada en el paciente, donde el protagonista de la atención ya no es el profesional de la salud, sino la persona con enfermedad crónica. Desde esta estrategia es importante tomar en cuenta, en los tratamientos de los pacientes, sus valores, preferencias, necesidades y experiencias, para obtener mejores resultados en el control del padecimiento (OMS, 2005). Asimismo, como lo señalan Castro-Meza *et al.* (2017), la atención centrada en el paciente debe atenderse desde un enfoque multidisciplinar que les ayude a vencer los desafíos de vivir con diabetes y solucionar los problemas que vayan apareciendo a lo largo de su tratamiento.

La atención centrada en el paciente requiere que el profesional de la salud desarrolle algunas habilidades, como explicar las recomendaciones del tratamiento utilizando un lenguaje sencillo, emplear material didáctico fácil de comprender para explicar de forma clara la enfermedad, así como dar importancia a sus decisiones y respetar las preferencias. En ocasiones, el paciente

presenta grandes preocupaciones emocionales o su situación económica no es favorable, cuando el profesional de la salud identifica y da importancia a estos eventos, ayuda a brindar una atención de mayor calidad. Como lo refiere González *et al.* (2021), los pacientes son más participativos y valoran mejor las recomendaciones cuando el personal de salud es comprensivo y empático.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones que deben tomar en cuenta los profesionales de la salud para trabajar desde esta estrategia centrada en el paciente:

- a. *Escuchar y promover una buena comunicación.* Aquí es importante interesarse por las actividades que realiza el paciente en su vida diaria para generar confianza y poderlo orientar en las dificultades que se vayan presentando durante el tratamiento.
- b. *Educar e informar.* Como se sabe, la información por sí sola no permite el cambio de conducta, por lo que es importante educar al paciente en el desarrollo de habilidades, como aprender a manejar el glucómetro, saber hacer la lectura de niveles clínicos, conocer la cantidad de actividad física que debe realizar por día y el tipo de alimentación que debe llevar, entre otras destrezas más.
- c. *Compartir la toma de decisiones y la gestión de la enfermedad.* Los pacientes, en ocasiones, proponen diferentes actividades en el manejo de su enfermedad; el saber que tienen la libertad de expresar lo que piensan puede hacer que aumente su confianza.
- d. *Coordinar la atención continua y oportuna.* La enfermedad crónica es de larga duración por lo que es importante tener un plan de actividades con objetivos realistas en cada una de las visitas, esta acción motiva al paciente a trabajar en sus propias metas, le permite hacer ajustes y tomar decisiones para mejorar el control de sus niveles clínicos.
- e. *Aliviar el dolor y el sufrimiento.* Al generar un ambiente de confianza, los pacientes hablarán de lo que les afecta, previniendo de esta forma la presencia de una discapacidad.
- f. *Promover el bienestar y la formación de hábitos saludables.* Respetar siempre su cultura, promoviendo en el paciente diversas actividades que permitan, gradualmente, modificar sus hábitos –como llevar una alimentación saludable–, ya que, actualmente, las personas consumen

mayor cantidad de calorías debido a que hay un acceso cada vez mayor a porciones de alimentos más grandes y ricos en energéticos (OMS, 2005).

En este sentido, en la actualidad, en los establecimientos de comida rápida, una sola porción grande de alimento puede incluir entre 1 500 y 2 000 calorías, lo que equivale, aproximadamente, a las calorías que el ser humano necesita consumir en un día. El exceso de peso aumenta el riesgo de contraer más de 50 problemas de salud, entre los que se encuentran las principales causas de muerte en muchos países, como lo son las afecciones cardíacas, accidentes vasculares, algunos tipos de cáncer y, por supuesto, diabetes (Raji y MacManus, 2009).

En conclusión, desde la estrategia centrada en el paciente, promover la participación activa de los usuarios aumentará su satisfacción y el cumplimiento de las recomendaciones clínicas, fortaleciendo así la responsabilidad en el cuidado de su salud, lo que reducirá la morbilidad y mejorará su calidad de vida. De esta manera dejarán de ser receptores pasivos para convertirse en responsables activos de su tratamiento. Este tipo de enfoque puede ser particularmente importante en situaciones donde hay pocos profesionales de la salud y escasos recursos médicos.

El manejo del estrés en personas con diabetes

El estrés es la respuesta a un evento, no el evento en sí mismo; la respuesta puede ser física, emocional o ambas. Cuando a una persona se le diagnostica diabetes, es frecuente que presente estrés y preocupación por tener una enfermedad compleja y amenazante que desconoce. Además, le implica múltiples exigencias en su vida cotidiana, debido a que tendrá que cambiar su estilo de vida y practicar de forma permanente comportamientos saludables, como incrementar la actividad física, llevar una alimentación saludable, tomar diariamente una medicación que le permita controlar sus niveles de glucosa en sangre y, además, deberá practicar técnicas para manejar el estrés, debido a que las afecciones emocionales pueden hacer que abandone de forma precipitada el tratamiento, comprometiendo su salud y calidad de vida (Clínica Mayo, 2009).

En personas con diabetes es frecuente la presencia de algunos síntomas como fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida de peso y disfunción sexual.

Aunque estos corresponden a criterios diagnósticos de depresión, en realidad son atribuibles a la inestabilidad de la enfermedad crónica (Juárez, De la Cruz y Baena, 2017). En este sentido, se sabe que el estrés consume energía, por lo que es normal que las personas se sientan cansadas después de un evento exigente. Si tras el incidente tienen la oportunidad de relajarse, podrán recuperarse. Sin embargo, algunos problemas, como los sociales y económicos, no pueden resolverse con rapidez, por lo que algunas personas pueden sentirse estresadas por largo tiempo debido a que la respuesta de «pelea o huida» se activa y no se desconecta, así, las hormonas del estrés seguirán fluyendo (American Diabetes Association, 2011).

En este sentido, Benson y Casey (2009) refieren que al estrés que se presenta por largos periodos de tiempo se le considera crónico, provocando la aparición o deterioro de diversas enfermedades, como asma, artritis reumatoide, problemas gastrointestinales, depresión, ansiedad y diabetes. La evidencia científica reporta que el estrés no es responsable de generar directamente la diabetes; sin embargo, para las personas que tienen esta tendencia, un estrés incrementado puede acelerar la aparición de esta enfermedad. Es común escuchar erróneamente historias de familiares y amigos que les diagnosticaron diabetes después de una experiencia estresante, como la muerte de un familiar cercano o un accidente. Lo que desconocen es que la diabetes ya estaba presente, pero el estrés vino a desenmascarar al elevarse los niveles de glucosa muy por arriba de los rangos de control o al provocar la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad (American Diabetes Association, 2012).

En las personas con diabetes, los factores estresantes se potencializan, ya que, por un lado, tienen que lidiar con las exigencias que presenta la vida cotidiana y, por otro, tienen que atender las demandas que implica de forma permanente la enfermedad. Por esta razón, cuando el paciente maneja mal el estrés, los nervios que controlan el páncreas pueden llegar a inhibir la secreción de insulina. En las personas que no presentan diabetes, estas fuentes de energía pueden utilizarse y gastarse rápidamente. Sin embargo, en las personas con diabetes, la falta de insulina –o la insensibilidad a la misma– provocará que la glucosa recién producida se acumule por largos periodos de tiempo en el torrente sanguíneo. Este proceso ocasionará, de forma gradual, lesiones en los vasos sanguíneos que se sitúan, principalmente, en ojos y riñones, produciéndose complicaciones crónicas denominadas retinopatía y nefropatía. A la adrenalina y al cortisol se les denomina «hormonas del estrés» debido a que

tienen como principal función movilizar la energía almacenada, como la glucosa y los ácidos grasos. La constante activación de la respuesta del estrés en las personas con diabetes puede generar que se agote toda su energía, provocando un cansancio rápido al realizar alguna actividad; de no ser atendida esta situación podría presentarse la denominada «fatiga crónica» (Surwit, 2002).

Otro factor que genera estrés es la falta de sueño o sueño irregular, puesto que las ya mencionadas hormonas del estrés se elevan aún más cuando la cantidad de sueño es menor o hay varios despertares nocturnos, manteniendo elevado el nivel de glucosa. Dormir entre 5 y 6 horas en un ciclo de 24 horas disminuye la sensibilidad a la insulina en un 40 %. De esta manera, cuando el sueño irregular se asocia a otros factores de riesgo, puede desencadenar la diabetes, ya que este evento favorece la resistencia a la insulina (Ramírez, 2007).

En las personas con diabetes el estrés puede ser percibido como negativo o positivo. La percepción negativa puede aparecer cuando se percibe a la enfermedad fuera de control y existe incertidumbre sobre las posibles complicaciones; ante este mal control y evolución de la enfermedad pueden presentarse sentimientos de frustración, tristeza y abandono. En cambio, el estrés positivo puede generar que las personas se sientan confiadas para controlar la glucosa, ya que, cuanto mejor conozca un enfermo su padecimiento, más fácil lo aceptará y mejor lo afrontará, llegando a percibirlo no como un castigo, sino como una oportunidad para mejorar su salud (Juárez *et al.*, 2017).

De acuerdo con Durán, Bravo, Hernández y Becerra (1999), las personas con diabetes que no reciben educación diabetológica pueden mostrar mayor preocupación y estrés por no poder manejar su nueva condición de salud, razón por la cual se sugiere que, en el manejo del estrés y la diabetes, no se deje sola a la persona afectada; la participación y comprensión de la familia tendrá gran beneficio en la salud emocional del paciente. En este sentido, Juárez *et al.* (2017) refieren que el tener problemas familiares serios puede repercutir en el control de la enfermedad crónica, por lo que es conveniente que, al inicio del tratamiento, se explore el ambiente familiar y se invite a los integrantes para que apoyen al paciente a lograr sus metas de control.

El manejo del estrés depende, en gran medida, de la persona que lo padece, de la interacción y de la buena comunicación que exista entre ella y las personas con las que convive diariamente. Es relevante señalar que el estrés es altamente individualizado, ya que algunas personas enfrentan bien las situaciones difíciles o tensas; sin embargo, otras se derrumban con facilidad ante

las mismas circunstancias. Carrasco *et al.* (2007) refieren que el estrés no solo se relaciona con niveles altos de glucosa, sino que hay personas con diabetes a quienes el estrés les genera niveles bajos de glucemia. En otros casos, cuando algunos pacientes se encuentran angustiados, incrementan el consumo de alimentos con alto contenido calórico con el fin de calmar su ansiedad. Otros, por el contrario, con el estrés pierden el apetito y aumentan el riesgo de presentar una hipoglucemia que podría poner en riesgo su vida.

En conclusión, enseñar a las personas con diabetes a manejar adecuadamente el estrés a través del entrenamiento en diferentes técnicas (atención en la respiración, relajación muscular, imaginación guiada, reestructuración cognitiva, activación física y apoyo social) será una actividad fundamental dentro de los planes de tratamiento. No es una tarea fácil, ya que implica adoptar nuevos estilos de afrontamiento ante situaciones estresantes. Sin embargo, les podría traer grandes beneficios a su estabilidad emocional y social, previniendo, de esta forma, el abandono temprano del tratamiento y el deterioro rápido de su enfermedad.

Conclusiones

La evidencia científica ha demostrado que tomar medidas simples relacionadas con el estilo de vida pueden resultar eficaces para prevenir o retrasar la aparición de la diabetes. Una vez instalada la enfermedad, el tratamiento casi es el mismo, si no fuera por la administración de medicamentos. Por lo que el estilo de vida a seguir para tener un buen control de la enfermedad es llevar una alimentación saludable, realizar actividad física con regularidad, disminuir el estrés psicosocial y abandonar el consumo de tabaco y alcohol. Sin embargo, durante mucho tiempo, los tratamientos se han centrado más en la administración de medicamentos, los análisis clínicos y las revisiones médicas, restando importancia a la atención de los factores psicosociales, como ya se describió a lo largo del texto. Por esta razón, el objetivo del capítulo fue mostrar algunos trabajos que presentan eficacia en el tratamiento integral de la diabetes a través de cinco estrategias educativas y psicosociales que se fundamentan, principalmente, en las recomendaciones de la FID y la OMS.

Asimismo, se trató de visibilizar la importancia que tiene la atención de las necesidades de apoyo educativo y psicosocial en las personas que viven con

diabetes, debido a que han sido poco trabajadas o ignoradas por parte de los profesionales de la salud y, en general, por los sistemas de salud en el mundo. Esta propuesta se fortaleció con los hallazgos del estudio DAWN y DAWN2 (Diabetes, Actitudes, Deseos y Necesidades de la Diabetes), los cuales demostraron que tratar la diabetes centrándose solo en lograr los objetivos médicos es un gran error (Hermanns y Pouwer, 2013). Como ya se señaló, la diabetes, lejos de detener o disminuir su incidencia, seguirá aumentando de forma preocupante en los próximos años si las prácticas de los profesionales de la salud no son más cercanas a las necesidades de las personas con las que trabajan día con día.

En el documento se identificó que las personas con diabetes podrían no disfrutar de una buena salud y calidad de vida, ya que están más propensas a experimentar preocupaciones y temores cuando la enfermedad o el cuidado de la salud se ven comprometidos. Se sabe que el padecimiento puede afectar la autoestima y relaciones familiares, por lo que la presencia de conflictos psicológicos a partir de una enfermedad crónica aumenta el riesgo de asociarse con trastornos o desórdenes mentales, tales como fobias, ataques de pánico, ansiedad y depresión (Alpizar, 2020).

Es necesario que los profesionales de la salud que se dedican a la atención de enfermos crónicos busquen capacitarse en el conocimiento y aplicación de estrategias educativas y psicosociales que les ayuden a conocer a sus pacientes como personas, procurando comunicarse mejor y empatizando con ellos para crear un ambiente de confianza en el que puedan mostrar libremente sus dudas, además de impulsarlos a participar activamente en las decisiones que mejor les convengan. De esta forma, se podrían prevenir, con una orientación oportuna, algunas posibles complicaciones o apoyarles a disipar temores, como cuando se resisten a inyectarse insulina por ideas irracionales difundidas por amigos o familiares que les han dicho que esta sustancia los hará perder la vista. Por otra parte, para que estas prácticas puedan llegar a consolidarse, es importante la suma de esfuerzos de diferentes actores sociales, como los pacientes, profesionales de la salud, familiares y responsables de organizaciones de salud en sus diferentes niveles. Así, la entrevista motivacional se presenta como una excelente estrategia psicosocial de cambio con la que podrán trabajar colaborativamente tanto el profesional de la salud como la persona que presenta la enfermedad.

Por lo anterior, es relevante que los profesionales de la salud también se capaciten en una de las principales cualificaciones propuestas por la OMS (2005):

la atención centrada en el paciente; esto con el propósito de que, poco a poco, se modifique su forma de pensar y reconozcan que el paciente con diabetes ahora es el único protagonista de la atención.

De acuerdo con Van Der Ven *et al.* (2002), muchos pacientes, a pesar de su buena actitud, no logran controlar la enfermedad, sintiéndose, después de un tiempo, tristes y desamparados. Los sentimientos negativos son resultado de múltiples experiencias de fracaso que formarán una actitud pesimista hacia la diabetes y hacia la misma persona. Estos sucesos los llevará a un estado de agotamiento emocional y posible abandono del tratamiento. Superar los sentimientos perjudiciales y mejorar la confianza para controlar la enfermedad es posible a través de técnicas cognitivo-conductuales, las cuales pueden ayudar a las personas con diabetes a identificar las creencias disfuncionales para, así, contrastarlas con la realidad y poder reemplazarlas por creencias más apropiadas. Además, desde estos modelos se puede promover en el paciente la responsabilidad en el establecimiento de objetivos realistas que permitan cambiar su estilo de vida y lograr metas de control.

Otra estrategia psicosocial revisada fue la educación eficaz en diabetes, la cual se fundamenta en la evidencia científica para la obtención de conocimientos válidos sobre la educación, el cambio conductual y los factores psicosociales. Se le reconoce como la base de toda la atención, ya que existe mayor probabilidad de éxito cuando las personas logran traducir la información enseñada en habilidades y cambios saludables de comportamiento; también ayuda a mejorar los resultados clínicos y de calidad de vida a corto plazo; además, al ser económicamente eficaz, puede generar un ahorro en el gasto sanitario, y prevenir hospitalizaciones y visitas a las salas de urgencia.

Un aspecto común durante las consultas es decirles a los pacientes qué hacer, por ejemplo, «coma mejor, haga ejercicio, no se estrese», como si por sí sola esta información iniciará un cambio de comportamiento permanente. En este sentido, las estrategias educativas y psicosociales aquí revisadas tratan de mostrar, en términos generales, el cómo lograr esto; es decir, toman en cuenta los múltiples factores biopsicosociales y ambientales que intervienen en el control de la enfermedad de cada paciente de modo que puedan iniciar con un tratamiento multidisciplinar, donde cada profesional aporte sus conocimientos y habilidades para capacitar a la persona en un mejor manejo de su enfermedad.

Es importante decir que, en este texto, no se revisaron todas las estrategias psicosociales y educativas existentes, pero las que se revisaron se carac-

terizan por ser de bajo costo y gran beneficio; al combinarlas e incorporarlas, poco a poco, en la atención diaria, pueden contribuir al tratamiento eficaz de la diabetes. Para finalizar, es importante aclarar que estas estrategias no mitigaran de inmediato el avance de la diabetes, pero sí tratan de visibilizar las prácticas que no se han venido realizando, la falta de capacitación en los profesionales de la salud en sus diferentes niveles de atención, la ignorancia de las personas para prevenir y atender esta enfermedad, pero, sobre todo, plantean una gran oportunidad para trabajar de forma diferente, realmente desde una atención integral.

Referencias

- Alpízar, M. (2020). Guía para el manejo integral del paciente diabético (4ª ed.). Alfil.
- American Diabetes Association. (2011). *Complete Guide to Diabetes*. Arlington: American Diabetes Association.
- Benson, H., y Casey, A. (2009). *Controle su Estrés, Cómo Prevenirlo y Reducirlo*. Boston: Harvard Health.
- Bornas, X. (2005). *Autocontrol y estilos de vida saludables: Aprenda a modificar sus hábitos*. Bogotá: PSICOM.
- Carrasco, E. Flores, G. Gálvez, C. Miranda, D, Pérez, M., y Rojas, G. (2007). *Manual para Educadores en Diabetes Mellitus, Programa de Educación en Diabetes*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Castro-Meza, A.N., Pérez-Zumano, S.E., y Salcedo-Álvarez, R.A. (2017). La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. *Enfermería universitaria*, 14(1), 39-46. <<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.003>>.
- Colagiuri, R. (2004). Programas nacionales de diabetes: integrar los aspectos psicosociales. *Diabetes Voice, Federación Internacional de Diabetes*, 49, 31-33.
- Clínica Mayo. (2009). *Mi solución a la diabetes, Tu coach profesional para el manejo de la diabetes*. Rochester: Mayo Clinic.
- Durán, L. Bravo, P. Hernández, M., y Becerra, J. (1999). *El Diabético Optimista: Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud*. Guadalajara: Trillas.

- Federación Internacional de Diabetes (FID). (2019). *Atlas de la Diabetes de la FID*. Novena edición. Bruselas: FID. Recuperado de <https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-idf-atlas-span-book.pdf>.
- Federación Internacional de Diabetes (FID). (2021). *Atlas de la Diabetes de la FID*. Décima edición. Bruselas: FID. Recuperado de <<https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>>.
- Federación Internacional de Diabetes (FID). (2008). *Currículo Internacional para la Educación Diabética de Profesionales Sanitarios, Sección Consultiva sobre Educación Diabética*. Bruselas: FID.
- Funnell, M. (2009). Educación y apoyo para el autocontrol diabético: la clave de la atención diabética. *Revista Diabetes Voice*, 54(especial), 20-23.
- García, I., y Morales, B. V. (2015). Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Universitas Psychológica*, 14(2), 511-522. <<http://dx.doi.org.10.11144/Javeriana.upsy14-2.eemp>>.
- García, R. F., y Sánchez, J. S. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193. Recuperado de <<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/500>>.
- González, L., Cooper, D., Méndez, H., Cardona, D., y Rodríguez, A. (2021). Barreras identificadas por pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en su atención integral. *MEDISAN*, 25(2), Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000200388>.
- Hermanns, N., y Pouwer, F. (2013). Los resultados del estudio DAWN2 ponen de manifiesto que es necesario aumentar el apoyo psicosocial y la educación para el autocuidado. *Diabetes Voice*, 58, 17-20.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-9. Primera edición. Resultados Nacionales*. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf>.
- Juárez, M. J., De La Cruz, J. V., y Baena, A. B. (2017). El estrés y las enfermedades crónicas. *Médico de Familia Andal*, 18(2), 69-73. Recuperado de <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v18n2_12_artEspecial.pdf>.

- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Klatman, E. L., y Ogle, G. D. (2017). Cobertura médica universal y atención diabética asequible para todos. *Diabetes Voice*, 63, 4-25. Recuperado de <<https://www.idf.org/component/attachments/?task=download&id=1243:dvo217-final-es>>.
- López-Carbajal, M. J., López-López, E., y Ortiz-Gress, A. A. (2016). Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad. *Investigación en Educación Médica*, 5(17),11-16 Recuperado de <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349743621003>>.
- Martin, G., y Pear, J. (2008). *Modificación de Conducta Qué es y Cómo Aplicarla*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Miller, W. R., Rollnick, S., y Asensio Fernández, M. (2015). *La entrevista motivacional Ayudar a las personas a cambiar*. Tercera edición. Barcelona: Paidós.
- Muñoz-Flórez, A. M., y Cortés, O. (2017). Impacto de la Entrevista Motivacional en la Adherencia de Pacientes Diabéticos Inactivos a la Actividad Física: Estudio Piloto de un Ensayo Clínico EMOACTIF-DM. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 263-281. Recuperado de <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80454275006>>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43236/9243562800_spa.pdf;jsessionid=90f69334c47a22b464550dae658f491e?sequence=1>.
- Peeples, M., Koshinsky, J., y McWilliams, J. (2007). Beneficios de la educación diabética: mejores resultados sanitarios mediante un buen control personal. *Diabetes Voice*, 52, 5-8. Recuperado de <<https://xdoc.mx/preview/beneficios-de-la-educacion-diabetica-mejores-resultados-sanitarios-5f4c0bc38fbb6>>.
- Peyrot, M. (2013). DAWN2: un estudio multinacional, con participación de múltiples partes, poderosa plataforma de actuación para promover una atención diabética centrada en el individuo. *Diabetes Voice*, 58, 13-16.
- Raji, A., y MacManus, K. (2009). *Cómo perder peso sin recuperarlo*. Boston: Harvard Health.

- Ramírez, J. (2007). *Control de la diabetes mellitus en el consultorio*. Ciudad de México: Alfil.
- Ricke, P. (2010). Cambia tus conductas. En Good, M. (Ed.), *La dieta de la Clínica Mayo* (pp. 132-141). Ciudad de México: InterSistemas.
- Rosas, J. Lyra, R., y Cavalcanti, N. (2009). *Diabetes Mellitus, Visión Latinoamericana*. Ciudad de México: Intersistemas.
- Secretaría de Salud. (2008). Programa de acción específico 2007-2012. Diabetes Mellitus. *Secretaría de Salud*. Recuperado de <https://www3.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=421-programa-de-acci%C3%B3n-espec%C3%ADfico-2007-2012-diabetes&category_slug=programas-y-%20proyectos&itemid=493>.
- Snoek, F., y Van Ballegooie, E. (2004). Diabetes y atención psicosocial: qué dicen las recomendaciones. *Diabetes Voice*, 49, 28-30.
- Surwit, R. (2002). Diabetes tipo 2 y estrés. *Diabetes Voice*, 47, 38-40.
- Van Der Ven, N., Weiger, K., y Snoek, F. (2002). Terapia cognitivo-conductual: cómo mejorar el autocontrol de la diabetes. *Diabetes Voice*, 47, 10-13.
- Vickers, K. (2010). Adopta cinco hábitos adicionales. En Good, M. (Ed.), *La dieta de la Clínica Mayo* (pp. 44-55). Ciudad de México: InterSistemas.
- Weiss, M. (2007). Capacitación, educación y disciplina: implementar un plan de autocontrol diabético. *Diabetes Voice*, 52, 16-18.

