

UNIVERSIDAD DE SONORA

**DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A UN GRUPO DE
MUJERES ADULTAS Y ADULTAS MAYORES CON DIABETES E
HIPERTENSIÓN.**

**TESIS DE MAESTRÍA PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

PRESENTA

LIC. ESTHER PAULINA MARQUEZ ULLOA

HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

DICIEMBRE, 2010

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

FORMA DE APROBACIÓN

Los miembros del Jurado Calificador designado para revisar el trabajo de Tesis de **Esther Paulina Márquez Ulloa**, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud.

Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea
Director Académico

Dra. Eva Moncada García
Secretario

Dra. María Elena Reguera Torres
Vocal

Dra. Martha Montiel Carbajal
Suplente

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Esta etapa que hoy está por culminar me encuentro con la dicha de poder compartirla con personas que me aman y que les amo...

El agradecimiento es para mi **MADRE**, por su ejemplo que me llevó a tomar decisiones que me han forjado para ser la persona que hoy está por culminar un logro más en su vida, GRACIAS.

A mi ausente pero siempre amado **ABUELO**, por ser esa cabecita blanca tan dulce que la diabetes no pudo detener la tentación de entrar en su vida, Gracias por ser agente de cambio en mi vida, GRACIAS.

A mis **AMIGOS**, que han estado conmigo durante varios años y que me han visto crecer; amigos aquí está un resultado más de su amor, apoyo, risas y descansos bien merecidos a su lado, GRACIAS.

A mis queridísimas señoras **del Grupo de Ayuda Mutua “Bienestar Dr. Chavira”**, por confiar en mí, por sus experiencias de vida, sus emociones y sus corazones que dejaron al descubierto en esas mañanas frías de confesiones, GRACIAS.

Al **grupo de investigación**, que me apoyó en todo momento, con ideas, opiniones, momentos de reflexión y de diversión, GRACIAS.

A la **Dra. Miriam Domínguez**, por haberme aceptado e integrado a su equipo de trabajo, por permitirme crecer en su espacio, por sus enseñanzas y paciencia en la lucha que emprendí al iniciar la Maestría, por ser y estar cuando lo necesité, GRACIAS.

A las **Dras. Eva Moncada, María Elena Reguera y Martha Montiel**, así como al **Dr. Montesinos**, por compartir sus conocimientos y ayudarme a llegar a término este proyecto, GRACIAS.

A **Carmen Arellano**, por tu paciencia, comprensión y asesoría brindadas para alcanzar mis metas, GRACIAS.

A **Dios**, por tenerte cerca y darme la oportunidad de elegir y equivocarme para aprender de ello, GRACIAS.

A los **maestros de la Maestría en Ciencias de la Salud**, pues sus conocimientos plantearon grandes retos a resolver que me prepararon como profesional, GRACIAS.

A **CONACYT**, por el apoyo financiero recibido para el trabajo de campo en esta investigación, por parte del proyecto 68843 “Evaluación de características psicosociales del paciente diabético adulto mayor para el diseño de programas de apoyo a la adherencia terapéutica y el control glicémico”, Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social, SSA/IMSS/ISSSTE-CONACYT, Convocatoria 2007-1. GRACIAS.

A todos ustedes les dedico este logro.

¡MUCHAS GRACIAS!

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
LISTA DE TABLAS -----	vii
LISTA DE FIGURAS -----	x
OBJETIVOS -----	xi
RESUMEN -----	xii
INTRODUCCION -----	1
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS -----	4
Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial -----	5
Grupos de Ayuda Mutua (GAM) -----	17
El envejecimiento como Proceso Natural -----	18
Trastornos Psicogerítricos Característicos en Adultos Mayores	23
Breve Revisión de los Conceptos de Ansiedad y Depresión ---	28
Intervenciones Psicológicas para Adultos Mayores -----	31
MATERIALES Y MÉTODOS -----	41
Identificación de Variables -----	42
Diseño de las Sesiones de la Intervención Psicológica -----	46
Descripción de Instrumentos -----	47
Procedimiento de Colecta de los Datos -----	51
Procedimiento de Análisis Estadístico de los Datos -----	52
Procedimiento de Análisis Cualitativo de los Datos -----	55
RESULTADOS Y DISCUSION -----	56
Efecto de la Intervención Cognitivo-Conductual, Comparación	
“Intra-Grupo” -----	63
Resultados del Análisis Cualitativo -----	86
Opiniones de las Participantes con Respecto a la Intervención -	90
Discusión -----	95
CONCLUSIÓN -----	99

BIBLIOGRAFÍA - - - - -	103
APÉNDICE 1: Planeación de Sesiones - - - - -	112
APÉNDICE 2: Datos Generales - - - - -	122
APÉNDICE 3: Pre-Evaluación del Cuestionario Cualitativo - - - - -	123
APÉNDICE 4: Post-Evaluación del Cuestionario Cualitativo - - - - -	126
APÉNDICE 5: Cuestionarios - - - - -	129
APÉNDICE 6: Medición del Estado de Ánimo al Inicio y Término de cada Sesión - - - - -	133
APÉNDICE 7: Evaluación de la Intervención por las Participantes - - -	134
APÉNDICE 8: Consentimiento Informado - - - - -	135

LISTA DE TABLAS

TABLA		PÁGINA
I	Total de muertes registradas, por sexo, durante el año 2007 en México- - - - -	10
II	Mortalidad por edad y sexo, en Sonora durante el año 2005	12
III	Mortalidad por edad y sexo, en Sonora durante el año 2006	13
IV	Mortalidad por edad y sexo, en Sonora durante el año 2007	14
V	Mortalidad por edad y sexo, en Sonora durante el año 2008	15
VI	Morbilidad de hipertensión arterial y diabetes mellitus II en Sonora- - - - -	16
VII	Intervenciones psicológicas realizadas en pacientes diabéticos- - - - -	33
VIII	Definición de la variable respuesta ansiedad- - - - -	43
IX	Definición de la variable respuesta depresión- - - - -	44
X	Definición de las variables intervinientes- - - - -	45
XI	Propiedades psicométricas de los inventarios IDARE e IDERE - - - - -	49
XII	Estadística descriptiva para la edad de las participantes- - -	57
XIII	Frecuencia del diagnóstico de las participantes- - - - -	58
XIV	Tipos de familia y ciclo vital de las mismas- - - - -	59
XV	Frecuencia de la religión practicada por las participantes- -	60
XVI	Frecuencia de estado civil de las participantes- - - - -	61
XVII	Nivel de educación de las participantes- - - - -	62

XXXIII	Prueba de rangos de wilcoxon para las variables de ansiedad y depresión en ambas versiones (estado/rasgo)- -	80
XXXIV	Diferencias de medias entre la pre y post evaluación de las variables de interés- - - - -	81
XXXV	Casos en los que se registró un incremento en la post-evaluación-- - - - -	85
XXXVI	Porcentaje de mejoría registrado por participante en relación a cada variable de interés- - - - -	87
XXXVII	Análisis de contenido de la pre-evaluación- - - - -	88
XXXVIII	Análisis de contenido de la post-evaluación con respecto a la pre-evaluación-- - - - -	89
XXXIX	Mejoría del estado de ánimo registrada por participante- - -	92
XL	Opiniones de las participantes con respecto a las sesiones de la intervención- - - - -	93
XLI	Utilidad de la intervención establecida por las participantes-	94

LISTA DE FIGURAS

FIGURA		PÁGINA
1	Pirámide poblacional ----- Comparación antes-después de las puntuaciones obtenidas de depresión estado/rasgo de las 11 participantes -----	19
2	Comparación antes-después de las puntuaciones obtenidas de ansiedad estado/rasgo de las 11 participantes -----	82
3	Comparación antes-después de las puntuaciones obtenidas de ansiedad estado/rasgo de las 11 participantes -----	83

OBJETIVOS

Objetivo General

Reducir los indicadores de ansiedad y depresión, de un grupo de mujeres adultas mayores con diabetes e hipertensión pertenecientes a un Grupo de Ayuda Mutua, como resultado de una Intervención Cognitivo-Conductual Grupal.

Objetivos Particulares

1. Determinar el estado basal de las participantes.
2. Aplicar la intervención cognitivo-conductual grupal.
3. Aplicar la post-evaluación a las participantes
4. Determinar si los indicadores de ansiedad y depresión disminuyeron como resultado de la intervención cognitivo-conductual grupal, mediante la comparación de las puntuaciones obtenidas entre la pre y post evaluación.

RESUMEN

Entre la población adulta mayor, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son unos de los principales problemas de salud al señalarse como las enfermedades con mayor prevalencia en México (Rodríguez y col., 2006). Sumado a esto la depresión y la ansiedad hacen que la salud del adulto mayor se vea complejizada al encontrarse estrechamente relacionadas con el incremento de sintomatología clínica y sumándose a los factores que dificultan la adherencia terapéutica (Martínez-Sánchez y col., 1994).

Es importante señalar que en el adulto mayor la depresión y la ansiedad suelen tener manifestaciones diferentes al resto de la población, siendo así que se presentan situaciones donde la sintomatología depresiva o ansiosa suele ser confundida con los tan famosos “achagues de la tercera edad”.

Diversos estudios han señalado la relación tan cercana que mantienen estos trastornos emocionales con el desarrollo y su correspondiente complicación, de la diabetes e hipertensión arterial, argumentando que esta población es de las más susceptibles debido a la descompensación a nivel orgánico que presentan y a los cambios que deben de hacer a sus estilos de vida (Pérez, 2006). Así mismo, la literatura científica avala el hecho de crear intervenciones psicológicas dirigidas a atender éstas –y otras más problemáticas de orden emocional, reportando resultados favorables y exitosos (Barrowclough y col, 2001; Cappeliez, 2001; Floyd y col., 1998; Gallagher-Thompson y col., 1994).

Por lo anterior se propuso realizar una intervención psicológica dirigida a disminuir indicadores de ansiedad y depresión de un grupo de mujeres adultas mayores con diabetes e hipertensión, pertenecientes al Grupo de Ayuda Mutua “Bienestar Dr. Chavira” de Hermosillo, Sonora.

La muestra constó de 11 participantes mujeres, el género fue definido de acuerdo con las características del propio grupo pues en él predominan las féminas. La media de la edad fue de 58.6 años (D.E. de 8.83).

La intervención constó de diez sesiones, dos veces por semana de dos horas cada una, mismas que se llevaron a cabo en las instalaciones del Centro de Salud "Santa Isabel". Se realizaron dos evaluaciones, una antes de impartir la intervención y una después de haber culminado las sesiones programadas.

Los resultados reportan cambios significativos para los indicadores de depresión-estado ($p=0.03$), depresión-rasgo ($p=0.02$) y ansiedad-rasgo ($p=0.00$), no así para ansiedad-estado ($p=0.07$). Sin embargo, dado que los cambios más significativos se reportaron a nivel rasgo, el impacto que tuvo la intervención psicológica sobre dichos indicadores fue considerada como efectiva ya que el nivel rasgo supone cambio de estructuras internas como creencias, ideas y pensamientos.

Así mismo, la información recabada por el instrumento cualitativo ofrece un complemento a lo mencionado anteriormente al encontrar que las participantes reportaron como estrategias de solución a sus problemas el cambio de pensamiento inadecuado y el uso de relajación, al término de las sesiones de la intervención.

El estudio realizado apoya los hallazgos reportados por diversos autores que avalan el uso de este tipo de estrategias para incrementar la calidad de vida del ser humano al brindarle herramientas que le permita enfrentar las diversas situaciones que pudiesen afectar su salud.

Lo anterior sugiere la necesidad de continuar con líneas de investigación mixtas que permitan obtener resultados significativos y que estos sean enriquecidos por testimonios de los participantes a fin de poder establecer lo más claramente posible aquello que esté impactando más en las personas y que les ayude a disminuir su ansiedad y/o depresión.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mexicana ha presentado un nuevo reto ante la necesidad de controlar y prevenir las enfermedades crónicas propias de la tercera edad; mismas que son responsables de la mayor pérdida de años saludables (Gutiérrez, 2004). De entre las diversas enfermedades crónicas que aquejan a la población de la tercera edad, la diabetes e hipertensión sobresalen por la asociación a complicaciones micro y macro vasculares (Andrade y Pelá, 2005; Coeli y col., 2002).

De acuerdo con Olaiz (2000), en el 2000, la Encuesta Nacional de Salud estimó la prevalencia total de diabetes mellitus en México, siendo ésta de 7.5%, cuyo 22% se encontró entre la población de 60 a 79 años de edad, mientras que, para ese mismo año, la prevalencia de hipertensión en la población mayor a los 55 años, fue 30.05% (Rodríguez y col., 2006).

En lo que respecta a las estadísticas de mortalidad en edad post productiva, estas enfermedades también ocuparon los primeros lugares dentro del periodo 2000-2004 y en el 2005 se convirtieron en la principal causa de muerte (Sistema Nacional de Información en Salud, 2007).

La Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-1994) para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes y la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión (NOM-030-SSA2-1999), plantearon la importancia de la formación de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en los cuales se promoviera la adopción de estilos de vida saludable entre pacientes, además de involucrar a la familia como parte del tratamiento no médico. Sin embargo, estudios revelan la ineficacia y el pobre éxito de dichos grupos para mantener en control la enfermedad entre sus miembros (Velázquez y cols., 2001; García y col., 2002; Muñoz-Reyna y col., 2007).

El soporte emocional y su respectivo manejo en pacientes diabéticos se ha visto ausente tanto en las Normas Oficiales Mexicanas NOM-015-SSA2-1994 y

NOM-030-SSA2-1999, así como en el Manual para el Funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua. Lo anterior es importante de mencionar pues la literatura señala que ante el diagnóstico y los cambios en los estilos de vida que se desencadenan en un paciente diabético suele devenir un malestar emocional (Taylor, 2007).

En este sentido, las emociones como la depresión y la ansiedad, se han visto relacionadas con el incremento de malestares clínicos y con la falta de apego al tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos (Martínez- Sánchez y Fernández-Casto, 1994). Diversas investigaciones señalan que tanto la depresión como la ansiedad pueden impactar de manera negativa en la salud de personas enfermas (Anderson y col., 2001; Ciechanowski y col., 2003; Lustman y col., 2000; Van der Does y col., 1996; Van y col., 2001).

Dado lo anterior, a lo largo del tiempo se ha puesto en práctica diversas estrategias de intervenciones psicológicas que atiendan al manejo emocional en pacientes con enfermedades crónicas, estrategias que han mostrado ser altamente eficientes (Barrowclough y col., 2001; Cappeliez, 2001; Floyd y Scogin, 1998; Gallagher-Thompson y col., 2008).

En el 2007, Domínguez-Guedea realizó un estudio de evaluación a pacientes diabéticos e hipertensos de tres Grupos de Ayuda Mutua de Hermosillo, Sonora. Los resultados revelaron un malestar emocional dirigido hacia la dinámica familiar de los pacientes, más específicamente hacia las relaciones interpersonales; problemáticas de adicciones y de comunicación familiar (Domínguez-Guedea, 2009).

Es por ello que el presente proyecto se dirigió hacia la creación de una intervención psicológica enfocada a atender el malestar emocional generado en dichos pacientes. Se partió de un enfoque psicológico cognitivo-conductual dirigido a disminuir indicadores de intensidad de ansiedad y depresión en dicha población.

Este proyecto de tesis se derivó de la investigación “Evaluación de características psicosociales del paciente diabético adulto mayor para el diseño de programas de apoyo a la adherencia terapéutica y el control glicémico” (Domínguez, 2009) que fue aprobado por el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SSA/IMSS/ISSTE-CONACYT en la Convocatoria 2007. En el presente se trabajó con un grupo de ayuda mutua para pacientes diabéticos e hipertensos coordinado por el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS).

Es importante señalar que el proyecto del cual formó parte la presente investigación, implementó una serie de cuatro talleres a cada uno de los tres Grupos de Ayuda Mutua que son coordinados por CAAPS-Hermosillo, por lo que los resultados que aquí se reportan solo conciernen al taller de emociones que fue impartido a uno de los tres Grupos de Ayuda Mutua.

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Desde hace algunos años México se ha visto sujeto a cambios importantes en su demografía, particularmente hablando en el proceso de envejecimiento de su población. Lo anterior como resultado de importantes avances en la reducción de la mortalidad infantil, el control de enfermedades infecciosas y el incremento de esperanza de vida al nacer. Sin embargo esto se ha visto reflejado en un mayor uso de los servicios de salud a causa del incremento de enfermedades crónicas características de los adultos mayores (Rodríguez y col., 2006).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Rodríguez y col., 2006), la vida sedentaria, los cambios dramáticos en los patrones de conductas alimentarias y de estilo de vida, junto con “la probable susceptibilidad genética” (pg.61), han tenido un efecto directo para presentar un incremento en la prevalencia en enfermedades crónicas asociadas con la obesidad, tales como la diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), dislipidemias y algunos tipos de cáncer.

El crecimiento desmesurado en la prevalencia de enfermedades crónicas esenciales en el adulto (ECEA), tales como hipertensión arterial sistémica (HTAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), dislipidemias obesidad, síndrome metabólico y arterosclerosis, entre otras, han superado la prevalencia de enfermedades transmisibles, incrementando considerablemente la carga económica en el sector salud (Rosas y col., 2008).

Lo antes descrito se ve reflejado en un peso mayor tanto para la familia del paciente como para el servicio de salud ya que el impacto que tienen sobre la morbilidad, mortalidad y sobre todo en la calidad de vida del paciente es enorme.

Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial

“La diabetes incluye a un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas” (Arellano y col., 2008; pg. 9); dichas enfermedades tienen como denominador común la hiperglucemia, la cual resulta en una secreción y/o acción defectuosa de insulina. En este sentido, la DM surge ante el inadecuado funcionamiento del páncreas, lo que ocasiona una alteración al metabolismo de los hidratos de carbono e impide el aprovechamiento del azúcar en el cuerpo (American Diabetes Association, 2008).

De acuerdo con Arellano y col. (2008), la clasificación de la DM comprende cuatro grupos, no obstante aquí solo se abordarán dos de los más importantes dados los altos índices de morbi-mortalidad de los que son causantes:

- Diabetes Mellitus tipo 1 (DM-1): “resulta de la destrucción progresiva de las células beta del páncreas endócrino con la consecuente pérdida de insulina” (pg. 21). La hipótesis más aceptada, en relación a su etiología, es la referente a la predisposición genética, quien en conjunto con los factores ambientales, desencadenan una respuesta autoinmune que se ve reflejada en la destrucción de las células beta y en la subsecuente pérdida completa de producción y secreción de insulina; los pacientes con este tipo de diabetes son conocidos como insulino dependientes.
- Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2): “es un trastorno genéticamente y ambientalmente heterogéneo” (pg. 21) cuya expresión final se manifiesta en una hiperglucemia, donde existe cierta resistencia hacia la insulina y una deficiencia progresiva en la producción de la misma.

Cuando la diabetes se encuentra descontrolada surgen síntomas característicos, como la polidipsia, poliuria, fatiga, irritabilidad, visión borrosa,

polifagia, resequedad en la piel o con picazón, pérdida repentina de peso (en la diabetes tipo 1) y sobrepeso (en la diabetes tipo 2). Estos síntomas alertan posibles futuras complicaciones, como retinopatías, cegueras subsecuentes, fallas en los riñones, neuropatías, problemas urinarios, digestivos, circulatorios, enfermedades coronarias, accidentes cerebro-vasculares, hipoglucemia, como cetoacidótico en el caso de la diabetes tipo 1; y coma hiperglicémico en personas con diabetes tipo 2 (Arrivillaga y col., 2007).

El diagnóstico se establece ante la presencia de cualquiera de los siguientes criterios; se recomienda repetir la prueba si ésta ha dado positivo a fin de confirmar el diagnóstico y como otras medidas de confirmación se deben de emplear métodos de laboratorio enzimáticos y automatizados, no así medidas de glucemia capilar y de hemoglobina glucosilada (Arellano y col., 2008; pg. 19):

- Glucemia plasmática de ayuno ≥ 126 mg/dl
- Glucemia en la muestra de dos horas durante una curva de tolerancia a la glucosa (75g) ≥ 200 mg/dl
- Glucemia plasmática tomada en cualquier momento del día ≥ 200 mg/dl y síntomas compatibles con la hiperglucemia.

Castro (2001) señala que, generalmente, la DM co-existe con el diagnóstico (posterior o anterior) de la hipertensión arterial. Dicho autor señala que en la DM-1 la hipertensión suele manifestarse a través de nefropatía diabética y que en los pacientes con DM-2 la hipertensión le precede y se asocia con otros factores de riesgo cardiovascular “en lo que se denomina síndrome metabólico” (pg. 8). Es decir que, “la hipertensión favorece el desarrollo de la diabetes y, a su vez los diabéticos son con frecuencia hipertensos” (Castro, 2001; pg. 7).

A fin de entender mejor la relación que ambas enfermedades mantienen resulta importante establecer la definición y tipificación de la hipertensión arterial, misma que se define como “un padecimiento crónico de etiología

variada, cuya característica es el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica, o en ambas” (Guadalajara, 1996; pg.8).

Así mismo, para su correcto diagnóstico es importante que se le clasifique, de acuerdo con su etiología, en primaria o secundaria. A continuación se explica a que refiere cada una, de acuerdo con lo que Aguilar y col., (2008), establecen:

- Primaria (también llamada hipertensión arterial esencial): llamada así dado que la causa que la origina es desconocida, sin embargo no se desconoce la fuerte influencia que tienen los factores poli genéticos, metabólicos, inflamatorios y neurohormonales, así como ambientales en el inicio y mantenimiento de este trastorno.
- Secundaria: se le identifica de esta manera ya que surge ante una serie de alteraciones en los lípidos a consecuencia de otras enfermedades como la diabetes, dislipidemias, nefropatía, síndrome metabólico, trastornos congénitos, endócrinos, entre otros.

Así mismo, Aguilar y col., (2008), mencionan que la hipertensión arterial puede ser definida con base a la gravedad de la enfermedad, por estadios y/o por el valor numérico de la presión diastólica y/o sistólica:

a) Clasificación de la gravedad de la enfermedad:

- Nivel Óptimo: presión sistólica < 120 mm Hg y diastólica < 80 mmHg.
- Normal: cuando la sistólica oscila entre 120 y 129 y/o la diastólica oscila entre 80y 84.
- Normal-Alta o Pre-hipertensión: presión sistólica entre 130 y 139 mmHg, y/o diastólica de 85 a 89 mmHg.
- Hipertensión: cifras mayores a 140mmHg en la sistólica y/o > 90 mmHg en la diastólica de forma sostenida.

b) Clasificación de acuerdo con los estadios:

- Estadio 1: el diagnóstico se establece ante los valores de presión sistólica que oscilan entre 140 y 159mmHg y/o la diastólica entre los 90 y 99 mmHg. No obstante, ante la presencia de una segunda enfermedad, como la diabetes o daño renal con proteinuria, se asigna un diagnóstico de hipertensión arterial en estadio 2 dada la necesidad de administrar tratamiento farmacológico para lograr cifras de presión arterial óptimas.
 - Hipertensión Estadio 2: se diagnostica de acuerdo a las cifras de presión sistólica mayores a 160 mmHg y/o diastólica mayor de 100 mmHg.
 - Elevación Extrema de la Presión Arterial: establecida cuando hay cifras de sistólica mayores a 180 mmHg y/o diastólica mayor de 110 mmHg.
- c) *Clasificación de acuerdo con el valor numérico de la presión sistólica y/o diastólica:*
- Se establece el diagnóstico ante la presencia de cifras mayores a 140/90 mmHg, no es necesario que ambas estén elevadas lo que permite hablar de hipertensos con predominio diastólico o incluso de hipertensos diastólicos puros cuyas cifras son mayores a 90 mmHg con una sistólica normal; y de hipertensión con predominio sistólico o incluso hipertensión sistólica aislada pura ante valores mayores a 140 mmHg con diastólica normal.

Con respecto a la relación que mantienen la DM y la HTA, la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (2010) establece que entre el 30 y 75% de las complicaciones de la diabetes pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial. Así mismo, la hipertensión puede verse afectada por el tipo de diabetes con el que co-existe de tal manera que en pacientes con DM-1 las cifras de presión arterial se mantienen en niveles óptimos los primeros 5 a 10 años logrando verse alterada (tanto en la presión sistólica como la diastólica) ante la

aparición de enfermedad renal (Barbería, 1998); contrario sucede en pacientes con DM-2, donde la hipertensión ha antecedido al diagnóstico de DM, lo que sugiere que “las anomalías hormonales y metabólicas asociadas con la hipertensión arterial pudieran exacerbar la intolerancia de hidratos de carbono o que ambas condiciones se relacionen a un mismo mecanismo patogénico subyacente” (Aguilar y col., 2008; pg. 80).

En México, la DM y la HTA son las enfermedades crónicas de mayor relevancia en la población adulta. Así lo relatan las cifras de prevalencia de las mismas donde se ha observado un incremento pues en el año 2000, la prevalencia de la hipertensión arterial era de 30.05% y de diabetes mellitus era de 5.8%, para población mayor a los 20 años de edad; lo que aumentó considerablemente para el año 2006, donde la hipertensión arterial obtuvo una prevalencia del 31% (más de 15 mil millones de mexicanos mayores a los 20 años de edad) y la diabetes mellitus de un 7% (Aguilar y col., 2008; ENSANUT, 2006).

De acuerdo con Velázquez y col., (2002), la relación que existe entre la hipertensión y la diabetes es “bidireccional” (pg. 80). La Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) lo confirma al reportar una prevalencia de diabetes en población hipertensa (compuesta por el 30.05% de la población total) del 16.4%, mientras que en la población no hipertensa fue de 8.2%.

Por otra parte, de toda la población diabética (el 10.8% de la población total) el 46.2% reportó ser hipertensa, mientras que de la población no diabética, la prevalencia de hipertensión fue 28.1% (Velázquez y col., 2001).

Respecto a la mortalidad, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2008) reporta que durante el 2007, la DM, las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas, fueron las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres, siendo más acentuada la mortalidad en mujeres a causa de la diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas (ver Tabla I).

Tabla I.- Total de muertes registradas, por sexo, durante el año 2007 en México.

	Diabetes Mellitus	Enfermedades Isquémicas del Corazón	Enfermedad Cerebrovascular	Enfermedades Hipertensivas
Mujeres	37,202	24,543	15,362	8,372
Hombres	33,310	31,478	13,912	6,226

Fuente: Adaptado de INEGI, 2008.

En Sonora el panorama no es tan ajeno al del resto de la república mexicana ya que, de acuerdo con las cifras de mortalidad durante los años 2005, 2006, 2007 y 2008 (ver tablas II, III, IV y V), las enfermedades de hipertensión y diabetes encabezaron las listas de defunción, de las cuales más del 80% correspondieron a personas mayores de 55 años de edad.

En cuanto a la morbilidad, Sonora ha reducido sus cifras con respecto a los años 2006 y 2007, no obstante, esto no ha sido marginal ya que continúan encabezando las listas al prevalecer la diabetes e hipertensión como las enfermedades de mayor morbilidad (ver Tabla VI).

Lo antes expuesto remarca la importancia de abordar el nuevo reto que impone la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, en especial a la prevención primaria y secundaria en población adulta mayor, ya que más de la mitad de los casos de estas enfermedades se presentan en personas mayores a los 55 años de edad.

En atención a lo anterior y a la necesidad de unificar las estrategias de apoyo y de trabajo en los distintos niveles de atención a la salud, nace la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes (NOM-015-SSA2-1994) y la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial (NOM-030-SSA2-1999) con las cuales se pretende crear acciones preventivas por parte del sector público, social y privado.

Las acciones a contemplar en dichas normas conciernen al combate de la obesidad, la desnutrición, el sedentarismo, el consumo de alcohol, la promoción a la actividad física, la reducción del consumo de sales y la reducción del estrés. Como parte del tratamiento no farmacológico se menciona la necesidad de crear un Grupo de Ayuda Mutua donde se pueda propiciar el autocuidado de los pacientes y facilitar la adopción de estilos de vida saludables y el

Tabla II.- Mortalidad por edad y sexo, en Sonora durante el año 2005.

2005					
Edad (años)	Sexo	Diabetes Mellitus N=1,369	Enfermedades Hipertensivas N=343	Enfermedades Isquémicas del Corazón N=1871	Enfermedades Cerebro-vasculares N=618
55-64	Hombres	148	32	219	38
	Mujeres	163	24	81	27
65-74	Hombres	175	47	312	76
	Mujeres	230	40	167	61
75-84	Hombres	139	44	301	95
	Mujeres	184	57	219	98
85 y más	Hombres	54	23	135	49
	Mujeres	68	52	183	92
TOTAL		1161	319	1617	536

Fuente: Adaptado de INEGI, 2008.

Tabla III.- Mortalidad por edad y sexo, en Sonora durante el año 2006.

2006					
Edad (años)	Sexo	Diabetes Mellitus N=1436	Enfermedades Hipertensivas N=299	Enfermedades Isquémicas del Corazón N=1853	Enfermedades Cerebro-vasculares N=642
55-64	Hombres	154	14	232	52
	Mujeres	181	17	87	34
65-74	Hombres	189	38	293	76
	Mujeres	221	35	182	58
75-84	Hombres	177	38	288	87
	Mujeres	181	48	193	97
85 y más	Hombres	43	30	128	56
	Mujeres	67	46	222	90
TOTAL		1213	266	1625	550

Fuente: Adaptado de INEGI, 2008.

Tabla IV.- Mortalidad por edad y sexo, en Sonora durante el año 2007.

2007					
Edad (años)	Sexo	Diabetes Mellitus N=1456	Enfermedades Hipertensivas N=356	Enfermedades Isquémicas del Corazón N=1955	Enfermedades Cerebrovasculares N=655
55-64	Hombres	180	24	246	57
	Mujeres	164	23	66	30
65-74	Hombres	213	41	317	92
	Mujeres	229	39	175	63
75-84	Hombres	156	50	310	101
	Mujeres	165	69	239	100
85 y más	Hombres	49	22	168	40
	Mujeres	76	54	173	88
TOTAL		1232	322	1694	571

Fuente: Adaptado de INEGI, 2008.

Tabla V.- Mortalidad por edad y sexo, en Sonora durante el año 2008.

2008					
Edad (años)	Sexo	Diabetes Mellitus N=1556	Enfermedades Hipertensivas N=382	Enfermedades Isquémicas del Corazón N=2,052	Enfermedades Cerebro-vasculares N=707
55-64	Hombres	195	19	243	51
	Mujeres	200	33	86	38
65-74	Hombres	229	46	327	86
	Mujeres	222	37	159	73
75-84	Hombres	153	53	342	117
	Mujeres	221	57	257	96
85 y más	Hombres	40	34	183	63
	Mujeres	78	61	188	92
TOTAL		1338	340	1785	616

Fuente: Adaptado de INEGI, 2008.

Tabla VI.- Morbilidad de hipertensión arterial y diabetes mellitus II en Sonora

Edad (años)	Sexo	Total de casos por Hipertensión Arterial	Lugar de Importancia	Total de casos por Diabetes Mellitus II	Lugar de Importancia
2007					
50 a 59	Mujeres	2 584	7 ^o en Mujeres	1 504	10 ^o en Mujeres
	Hombres	1297		940	
60 a 64	Mujeres	955		614	
	Hombres	622		382	
65 y más	Mujeres	2 059	9 ^o en Hombres	1 069	13 ^o en Hombres
	Hombres	1631		881	
2006					
50 a 59	Mujeres	2379	6 ^o Mujeres	1432	10 ^o en Mujeres
	Hombres	1192		840	
60 a 64	Mujeres	860		535	
	Hombres	612	9 ^o en Hombres	350	13 ^o en Hombres
65 y más	Mujeres	1874		1001	
	Hombres	1481	754		

Fuente: CENEVACE. Anuario de Morbilidad 1984-2007

cumplimiento de las metas del tratamiento; así mismo se estipula la necesidad de contar con la participación activa de los familiares de los pacientes a fin de facilitar el manejo no farmacológico (NOM-030-SSA2-1999; NOM-015-SSA2-1994).

Grupo de Ayuda Mutua (GAM)

En 1995, el Centro de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, a través del Programa de Salud del Adulto y del Anciano, promocionó los Grupos de Ayuda Mutua (también llamados “clubes de diabetes”), cuyos principales objetivos fueron: (1) garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación (conocimiento, habilidades y destrezas) indispensable para el buen control de la enfermedad; (2) contribuir a la prevención y manejo de diabetes e hipertensión arterial; (3) favorecer la reducción de morbilidad y mortalidad prematura en enfermedades crónico-degenerativas, principalmente en diabetes e hipertensión arterial (Velázquez y col., 2001).

De acuerdo con la guía técnica para el funcionamiento de clubes diabéticos (Kuri y col., 2001), son actividades a desempeñar por los responsables de los grupos la organización de cursos y talleres de capacitación para los pacientes, el auto-monitoreo y cumplimiento de metas de tratamiento, el aprendizaje práctico de estilos de vida saludables, la adquisición de recursos propios, la prevención y detección de diabetes e hipertensión en familiares y a nivel comunitario y, las actividades sociales y de recreación mediante las cuales se incentiva la convivencia entre los pacientes y los miembros del equipo de salud.

Así mismo, la organización de los GAM, se fundamenta en la educación entendida como el conjunto de diversas estrategias de trabajo, como la enseñanza centrada en el paciente (enfocada a los intereses, dificultades y expectativas de los pacientes), el aprendizaje activo (planeación de sesiones contemplando una mayor participación del paciente), el trabajo en pequeños grupos (no exceda de 8 participantes), la solución de problemas (generar la

capacidad del paciente para encontrar soluciones a su estrategia de alimentación), el auto aprendizaje (convivencia con el personal de salud y los compañeros), y el aprendizaje significativo (Kuri y col., 2001).

Desafortunadamente, la realidad de los GAM difiere de la planeada en su inicio ya que actualmente los grupos se componen por más de 20 participantes y la educación se basa en la enseñanza tradicional donde el instructor deposita en el paciente el conocimiento convirtiéndole a éste último en receptor de la información presentada, es decir una enseñanza unidireccional donde el conocimiento no es garantía.

Lo anterior se ha reflejado en la no re-acreditación de muchos GAM en el país, reportando una efectividad parcial (cerca del 50% de los pacientes logran tener bajo control su enfermedad) y, en algunos casos no se ha demostrado diferencias significativas entre los pacientes que acuden con respecto a quienes no asisten a dichos grupos (Velázquez y col., 2001; García y col., 2002; Muñoz-Reyna y col., 2007).

Agregado a la falta de re-acreditación de los GAM, existe un vacío en la atención al malestar emocional de los pacientes ya que se pretende cubrirlo a través de la convivencia que se establezca mediante las actividades sociales y de recreación (Kuri y col., 2001). Es importante contemplar la salud emocional del paciente a fin de lograr una adherencia terapéutica satisfactoria y más aún, una mayor calidad de vida, y entender que esto no se logra solo con las prácticas de convivencia sino con una adecuada atención a las problemáticas emocionales que envuelven el diario vivir de los pacientes.

El Envejecimiento Como Proceso Natural

En 1970, la pirámide poblacional se caracterizó por tener una base muy amplia y una cúspide muy angosta; para el año 2000 su distribución cambió, era una pirámide abultada del centro y estrecha en su base (ver figura 1). En un

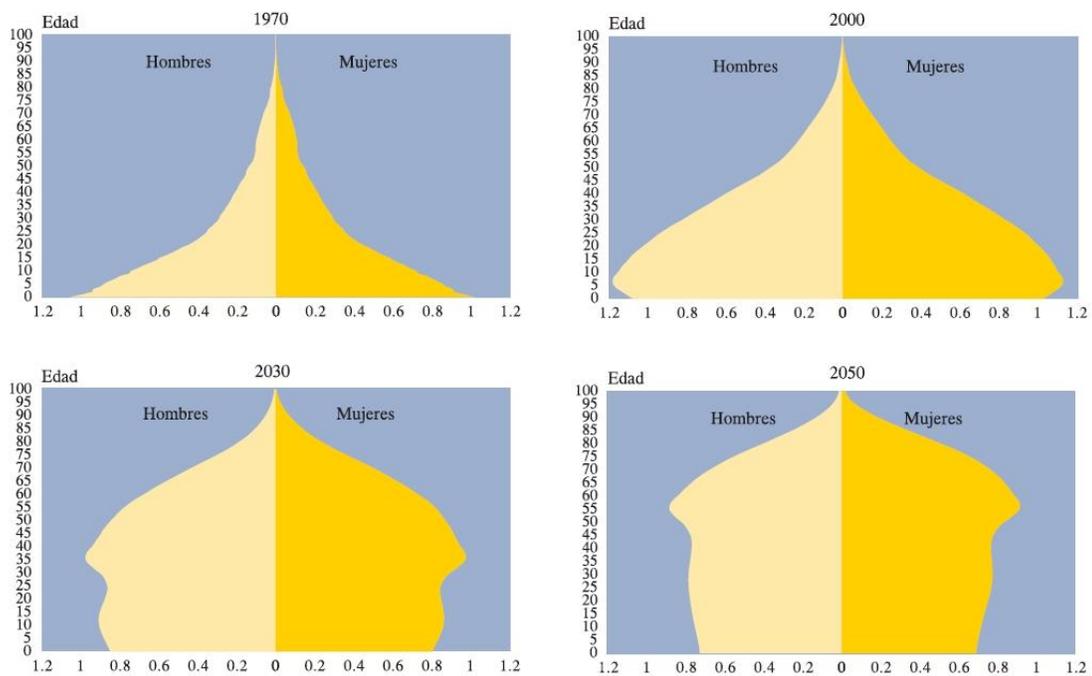


Figura 1.- Pirámide poblacional

Fuente: CONAPO, 2004.

lapso no mayor a 30 años, la población disminuyó la proporción de niños. Lo anterior se reflejó en la población de entre 15 y 59 años de edad ya que durante el año 2000 integró cerca del 60% total de la población (Consejo Nacional de Población, 2004).

La edad media de la población ha crecido y lo continuará haciendo; en 1970, la edad promedio era de 21.8 años; para el 2000 creció a 27 años. Se prevé que para el 2030, México tenga una edad media de 37 años y que, para el 2050, la edad media ronde los 43 años. Así mismo se estima que la esperanza de vida incrementará pasando de 75.2 años, en el 2004, a 79.8 para el 2030 (Consejo Nacional de Población, 2004). Esto también se observa en el incremento de la población adulta mayor ya que de acuerdo con INEGI (2008), durante el 2000, México tenía cerca de 7 millones y medio (7.3%) de población adulta mayor; para el 2005 aumentó a 8.3%, y se prevé que para el 2030 se alcancen entre 15 y 17 millones de personas adultas mayores.

Estos cambios en la pirámide poblacional remarcan la importancia de permanecer en alerta ante los nuevos retos epidemiológicos que se avecinan pues las enfermedades crónico-degenerativas se convertirán en los principales problemas de salud a atender (Encuesta Nacional de Salud, 2000).

El envejecimiento es un proceso natural e irreversible que el humano hará frente en algún momento de su vida y se caracteriza por ser un proceso de debilitamiento físico y cognoscitivo que surge paulatinamente, mismo que a su vez, es dependiente de factores hereditarios y ambientales. Este proceso surge de forma individual y representa una serie de cambios permanentes e irreversibles a nivel biológico, psicológico y social (Fernández y Vela, 2005).

Los cambios a nivel biológico surgen ante el deterioro corporal. Al respecto, Papalia y col., (2004) hablan de un envejecimiento primario como “un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal a lo largo del ciclo de vida” (pg. 675);

los cambios fisiológicos evidentes de este proceso enlentecen e irregularizan el ritmo del corazón, acumulan grasa a su alrededor, lo que dificulta su buen funcionamiento; también es evidente la disminución del gusto y olfato; y se presentan problemas visuales y auditivos que pueden privar a las personas de actividades sociales e independientes.

Los cambios a nivel psicológico se ven afectados por el deterioro cognoscitivo; en este sentido la memoria se deteriora (lo que antes podía recordarse de manera sencilla y rápida, ahora se dificulta); su explicación puede involucrar un problema en la codificación, almacenamiento y/o recuperación de la información, lo que podría deberse al enlentecimiento que el sistema nervioso central presenta ante el transcurso de la edad (Fernández y col., 2005). Dentro del área psicológica también se estudia la adaptación a los nuevos cambios, el manejo emocional del individuo y la relación que mantiene la adaptación a esta nueva etapa del ciclo de vida con la satisfacción de vida del adulto mayor (Papalia y col., 2004).

Finalmente, los cambios a nivel social involucran aspectos económicos, laborales y familiares, en estas situaciones los adultos mayores deben subsistir con la pensión y/o continuar trabajando con un sueldo mínimo que, generalmente, ocasiona problemas cuando se tiene un ingreso económico inferior al obtenido en su juventud (Papalia y col., 2004).

Debido a la serie de pérdidas y de situaciones estresantes que conlleva el envejecer es que se le ha identificado como un periodo crítico. En este sentido, la persona adulta mayor se enfrenta a la realidad del deterioro progresivo e irreversible de su organismo, a la pérdida de agilidad y funcionalidad del cuerpo, la necesidad de tomar constantemente una serie de medicamentos que aligeren un poco la deficiencia de su organismo, el cambio en la dinámica familiar, la pérdida de seres amados, la confrontación de su personalidad, los sentimientos de inutilidad, la disminución de la red social, el temor ante la muerte, entre otros (Papalia, y col., 2004). De no ser manejadas adecuadamente ésta serie de

experiencias negativas, junto con las características propias del sujeto y las condiciones sociales desfavorables, pueden desencadenar vulnerabilidad en el individuo, lo que convertirá ésta última etapa de su vida en la más difícil de afrontar.

Lo anterior incrementa la probabilidad de presentar cuadros depresivos, ansiosos, fóbicos, de mayor dependencia hacia un familiar, y de complicación de su salud (Ellis, 1999).

La vejez, como última etapa del ciclo de vida, representa una confrontación con el propio individuo donde al hacer el recuento de los años, éste puede sentirse satisfecho o insatisfecho de lo logrado. De percibir insatisfacción, puede desencadenarse un malestar emocional que, si se le suma una condición de salud desfavorable, el cuadro clínico se complica pues se tiende a somatizar el estado emocional y puede repercutir en un mayor deterioro físico y/o en agravar la situación actual de su enfermedad (Vergara, 2009).

Las respuestas emocionales que acompañan al diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa afectan todos los aspectos de la vida del adulto mayor y de su familiar (Papalia y col., 2004). En este sentido, las personas mayores deben “integrar el rol de paciente en su vida psicológica como enfermo, si es que desea adaptarse a su problema médico” (Taylor, 2007; pg. 289).

En esta etapa del ciclo de vida, enfrentar una enfermedad es un reto que plantea la necesidad de crear nuevas estrategias de solución a los problemas debido a que las anteriores suelen mostrar poca eficacia (Arrivillaga y col., 2007). Lo anterior genera emociones negativas como la negación, ansiedad, baja autoestima, tristeza e infelicidad (Oblitas, 2006) interfiriendo con el adecuado manejo de la información, ajuste y sanación de su condición de salud.

Es importante atender las reacciones emocionales que la enfermedad desencadena para brindar herramientas de manejo emocional que posibiliten

prevenir futuras complicaciones de la enfermedad y sobre todo que puedan disminuir la calidad de vida del adulto mayor, ya que, como la literatura lo ha señalado, existe una asociación entre periodos prolongados de emociones negativas, la presencia de complicaciones de la enfermedad y la dificultad de afrontar de manera adecuada los tratamientos (Del Castillo y col., 2004; Jiménez y Dávila, 2007; Méndez, y Beléndez, 1994; Miguel-Tobal y col., 1994; Riveros y col., 2004; Matthews y col., 2008).

Trastornos Psicogeríátricos Característicos en Adultos Mayores

Aunque los adultos mayores padecen los mismos trastornos que los adultos más jóvenes, algunas patologías son de mayor relevancia. Al respecto, Pérez (2006) menciona como principales patologías los trastornos cognitivos, afectivos –en especial la depresión-, trastornos por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, y los trastornos de personalidad.

Una de las principales causas por las que la salud mental de esta población no ha sido atendida adecuadamente es la terrible confusión que se presenta al contemplar los síntomas psicogeríátricos como respuesta normal al desarrollo de la vejez. Así mismo, la atención médica centrada en tratar la comorbilidad y la polifarmacia deja de lado la sintomatología psiquiátrica, la que puede ser más sutil y/o encontrarse enmascarada por síntomas orgánicos (Pérez, 2006; pg. 2).

Algunos autores mencionan, como parte de este infradiagnóstico psicogeríátrico, el papel importante y relevante que representa la participación del adulto mayor ante la atención médica que recibe, puesto que expresan los estados emocionales a través de los síntomas físicos, relegando a un último término los síntomas afectivos; esto debido a la poca familiaridad que tienen para hablar sobre aspectos emocionales concernientes a su vida personal (Gallagher-Thompson y col., 2008).

No obstante, Martínez y col., (2003), establecen que en el adulto mayor existe ciertas características típicas de manifestación clínica que pudiesen ser catalogadas por el médico como síntomas normales de la vejez, pero que corresponden a una sintomatología depresiva. Dichos síntomas conciernen a la inhibición psicomotriz, ambivalencia, tristeza y llanto, angustia corporal, aislamiento social, desesperanza, y en un nivel más agudo suele presentarse sensación de vacío interno, profunda pena y dolor anímico, negativismo extremo, anorexia, autorreproches, sentimientos de inferioridad y culpa, ideas o intento de suicidio, delirios hipocondríacos, de persecución y alucinaciones visuales y auditivas.

Aunque el trastorno de ansiedad es menos frecuente en ancianos que en jóvenes, el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias son las de mayor recurrencia en el adulto mayor (Martínez y col., 2003). Al respecto, Pelegrin y col., (2002), mencionan que el trastorno de pánico es el que más necesita atención psiquiátrica urgente debido a su carácter repentino y a su origen, dado que se atribuye al temor desencadenado ante acontecimientos traumáticos como la enfermedad física aguda, caídas o asaltos.

En cuanto a los síntomas, Pelegrin y col., (2002) señalan que el adulto mayor suele reportar una sensación de falta de aire o dificultad para respirar, mareo o sensación de inestabilidad, miedo a caerse y a morir, entre otros. No obstante, de acuerdo con Pérez (2006), establecer un diagnóstico certero es un trabajo complicado ya que suele estar asociado a un trastorno psiquiátrico comorbido, como depresión o demencia, o ser provocado por enfermedades o medicamentos, por lo que es importante que el personal médico tenga siempre en mente que la manifestación clínica de este trastorno en el adulto mayor es atípica.

Desafortunadamente en México no se tienen estadísticas claras en cuanto a salud mental refiere. Al respecto, en el Programa de Acción: Atención al Envejecimiento (Secretaría de Salud, 2001), coincide con lo antes expuesto al

mencionar como posible causa de esta falta de claridad y transparencia la deficiencia del diagnóstico y la falta de un sistema de registro adecuado.

No obstante lo anterior, algunos autores se han dado a la tarea de investigar las cifras de incidencia de la salud mental en México cuyos resultados señalan a la ansiedad y la depresión como los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención (Sandoval y Richard., 2009). Así mismo, reportan que las enfermedades crónico-degenerativas son fuentes de ansiedad y depresión, por lo que las personas con estas enfermedades tienen el doble de riesgo de presentar cuadros depresivos y ansiosos (American Diabetes Association, 2008).

Sandoval y col. (2009), mencionan que en 1994, la Encuesta Nacional de Adicciones reportó la depresión como el trastorno psiquiátrico de mayor relevancia tanto en hombres como en mujeres con un 4.9% y 9.7%, de incidencia respectivamente. En el 2004, Gutiérrez (2004) habla de una prevalencia para el mismo trastorno de 7.8 para adultos mayores de la ciudad de México, así mismo señala una evidencia indirecta de una probabilidad de cifras más elevadas en población adulta mayor.

Por su parte, Belló y col., (2004) reportan una prevalencia de depresión de 4.5%, marcando importantes diferencias de acuerdo con las variables sociodemográficas de sexo, edad y nivel de estudio.

En cuanto a los datos colectados para el trastorno de ansiedad, no se conoce de manera precisa ya que, de acuerdo con Cabrera y Montorio (2008), el motivo pudiese radicar en la “inexistencia de criterios diagnósticos e instrumentos válidos para este grupo de edad” (pg. 110), una problemática que es latente en la población adulta mayor debido a la confusión que se torna ante los síntomas psiquiátricos en relación con los síntomas del envejecimiento.

Los trastornos psicogeriatricos mantienen una relación significativa con el curso de las enfermedades crónico-degenerativas, a tal grado que algunos autores hablan de una asociación con la morbi-mortalidad de dichas

enfermedades (Richman y col., 2005) e incluso se les ha identificado como factores de riesgo para dichas enfermedades (Fernández-Abascal y col., 2003). En este sentido, Zarate (2008), encontró que el 11% de los adultos con depresión estudiados, tenían asociado dicho trastorno con la comorbilidad de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad y cardiopatía.

Lo anterior marca la importancia de su estudio debido al lugar que ocupan dichas enfermedades crónicas al encabezar las listas de mortalidad entre las personas de 55 y más años de edad y a la relevancia científica de los hallazgos reportados (Matthews y col., 2008; Jiménez, y col., 2007; Del Castillo y col., 2004; Riveros y col., 2004; Méndez y col., 1994; Miguel-Tobal, y col., 1994;).

Las enfermedades crónicas repercuten directamente sobre la calidad de vida del paciente y de sus familiares, y más si se encuentran acompañadas de estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, mismos que se hacen presentes incluso desde el primer momento en el que se les informa del diagnóstico pues es latente la pérdida de salud y los cambios que devienen para reducir las posibles futuras complicaciones de la misma (Riveros y col., 2004).

A pesar de que es más común encontrar casos depresivos en pacientes diabéticos (hasta seis veces más altos que en la población general) y que en personas hipertensas se asocia más la ansiedad (Riveros y cols., 2004), ambos trastornos afectivos afectan la salud. De acuerdo con Cano y Miguel (2000), la ansiedad y depresión pueden impactar de cuatro maneras en la salud de la persona: (1) produciendo cambios en la conducta (p.e. olvidar los hábitos saludables, desarrollo de conductas adictivas o que ponen en peligro la salud); (2) manteniendo niveles de activación fisiológica intensos que pueden deteriorar la salud si se cronifican; (3) asociando esta alta activación fisiológica a un cierto grado de inmunodepresión, volviendo a los pacientes más susceptibles a desarrollar enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico; (4)

incrementando la vulnerabilidad a los trastornos psicofisiológicos y a las enfermedades relacionadas con el sistema inmune al no experimentar emociones negativas pero si mantener altos niveles de activación fisiológica.

Lo anterior se observa en las investigaciones realizadas donde se reportan como factor de riesgo para agudizar las enfermedades crónicas-degenerativas la ansiedad y la depresión debido al bajo control glicémico, el incremento de los síntomas, la desfavorable adhesión al tratamiento, el incremento de la presión arterial, la hiperglucemia e hipogleucemia con las que se asocian (Olvera y col., 2007; Ciechanowski y col., 2003; Anderson y col., 2001; Van y col., 2001; Lustman y col., 2000; Van der Does y col., 1996). También se ha mostrado como incrementan la probabilidad de desarrollar futuras complicaciones de la enfermedad, ya que se asocian con la presencia de cardiopatías, retinopatía, nefropatía, neuropatía y alteraciones vasculares (De Groot y col., 2000).

Como se puede apreciar, el impacto que tienen la ansiedad y depresión sobre el desarrollo de la enfermedad traspasa los límites cognitivos e incide directamente en los físicos, por ello es importante integrar dentro de los tratamientos no-farmacológicos, la atención psicológica. Desafortunadamente lo anterior ha pasado por alto ya que el sistema de salud solo contempla la educación de los pacientes diabéticos e hipertensos, la reducción de peso, la restricción de consumo de sal y azúcar, la moderación del consumo de alcohol, la promoción del ejercicio físico y la adopción de dietas saludables, como parte del tratamiento no-farmacológico (Ramón y col., 2009; Secretaría de Salud, 2001).

Sin embargo, esta situación ha brindado la oportunidad para demostrar la importante participación que la psicología tiene, pues los modelos de intervención que se han implementado han mostrado ser altamente eficientes logrando mejorar el estado emocional, la adherencia terapéutica y retardando las complicaciones de las enfermedades crónicas, particularmente de la

diabetes e hipertensión (Del Castillo y col., 2004; Ballester, 2003; Snoek y col., 1999).

Es importante que, antes de continuar, se brinde una pequeña revisión del concepto de ansiedad y depresión, entendidas desde el enfoque biomédico y psicológico, por lo que en el siguiente apartado se abordarán para posteriormente continuar con los hallazgos científicos de las intervenciones psicológicas realizadas.

Breve Revisión de los Conceptos de Ansiedad y Depresión

La dificultad para establecer el diagnóstico de ansiedad y depresión hace necesario el generar instrumentos sensibles para la detección de estos trastornos afectivos, donde se evite la ambigüedad de los síntomas que pueden deberse a la propia manifestación del envejecimiento (enfermedades frecuentes de esta población), o a los síntomas propios de ambos trastornos emocionales.

A lo largo de la historia, las definiciones de depresión y ansiedad han pasado por diversos cambios en los que se ha intentado conceptualizarlas de la manera más certera posible dada la diversidad de vertientes teóricas que devienen de la perspectiva médica y psicológica.

En este sentido y para fines de la presente investigación sólo se revisarán tres definiciones diferentes: las primeras dos serán desde el enfoque biomédico, recurriendo al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (2009); y la tercera será desde el enfoque psicológico, de acuerdo con lo establecido por Spielberger y Díaz-Guerrero (1994).

El DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) plantea que para fines de un diagnóstico de depresión, el individuo debe presentar períodos de autoestima baja persistente que puede manifestarse en forma de tristeza,

apatía, desaliento, etc., y una pérdida del interés o la capacidad de sentir placer. Por su parte, el CIE-10 (2009) establece que para diagnosticar depresión, el individuo debe padecer un humor depresivo, una pérdida de capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, también presentar ideas de culpa y de sentimiento de inutilidad, percibir sombrío el futuro, presentar pensamientos y actos suicidas y de auto-agresiones, con trastornos evidentes de sueño y de pérdida de apetito.

En cuanto a la ansiedad, el DSM IV (APA, 1994) establece diversos trastornos de ansiedad de acuerdo con la causa que los origina y la manera en la que se manifiestan. Por lo anterior es que se eligió para la presente revisión el “trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica” ya que es uno de los principales cuadros ansiosos que surgen ante el diagnóstico de diabetes y/o hipertensión. De acuerdo con este manual, “se caracteriza por presentar síntomas predominantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente” (pg. 402). Dentro de los síntomas se contempla la presencia de ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia, obsesiones y compulsiones. Coincidiendo con los síntomas antes mencionados, el CIE-10 (2009) identifica a la ansiedad como “trastorno de ansiedad orgánico” y se caracteriza por los rasgos esenciales de un trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico o una combinación de ambos.

En lo que respecta a la Psicología, las definiciones se establecen de acuerdo con las líneas teóricas que los aborden, de tal manera que se tiene una diversa cantidad de definiciones, explicaciones de su origen y de propuestas para su tratamiento (Carbonell y col., 2003; Méndez y col., 1994). Sin embargo, para fines de la presente investigación se revisará solamente una de las posturas teóricas. Se eligió hablar de ansiedad y depresión como estado y

rasgo, debido a que su conceptualización se fundamenta en el supuesto de que dichos atributos pueden expresarse de manera reactiva o como una predisposición a actuar, de tal manera que se contemplan “como estados emocionales reactivos y como predisposiciones relativamente estables de la personalidad, las cuales se manifestarían de manera diferente en función de las formas particulares de valoración de las situaciones estresantes y de los recursos del individuo para enfrentar estas situaciones” (Carbonell y col., 2003; pg. 124). Así, este abordaje ofrece la posibilidad de identificar trastornos emocionales de mayor duración así como alteraciones vinculadas a condiciones recientes.

Es de esa forma que los autores definieron ansiedad y depresión como “estados emocionales más o menos transitorios y como rasgos de la personalidad relativamente estables que representan no más que el reflejo subjetivo de la situación vital del sujeto, en un momento determinado (en el caso de los estados emocionales) o fijados a lo largo de su vida (en el caso de los rasgos de la personalidad), modulado por factores intrínsecos (biológicos, histórico-biográficos, socioculturales, etc.)” (Carbonell y col., 2003; pg. 124).

Carbonell y col. (2003), plantean que la ansiedad/depresión rasgo pueden contemplarse como uno de los indicadores pronósticos para prever la manera en la que la persona reaccionará ante una situación particular, aunque también reconocen que no son los únicos predictores. Así, lo que distingue entre estado y rasgo es la valoración de la situación que brinda el individuo y los recursos de afrontamiento que posea. De esa manera, cuando el individuo perciba la situación como amenazante y surjan dudas sobre sus habilidades para enfrentarla, aparecerá la ansiedad-estado, misma que tiende a disminuir o desaparecer cuando la valoración de la situación desaparece. En cambio, si el individuo tiene la certeza de no poder enfrentar la situación, surgirá la depresión-estado.

Sin embargo, cuando las necesidades importantes de la persona entran en conflicto con la valoración de incapacidad para solucionar las situaciones que se presenten a lo largo de la vida, se habla de ansiedad/depresión rasgo. El malestar suele tener una alta intensidad y sintomatología importante. De acuerdo con Carbonell y col., (2003), la intensidad y los síntomas pueden disminuir con ayuda de los fármacos pero las estructuras psicológicas quedarán como “factores de riesgo expresadas como predisposiciones personales, relativamente estables, a experimentar estados de ansiedad o depresión frecuentes” (pg. 122). Es allí donde la intervención psicológica plantea su papel relevante pues una vez que la valoración de la situación ha superado el manejo emocional del individuo, se hace evidente la necesidad de potenciar los recursos psicológicos a fin de incrementar las habilidades de manejo emocional que le permitan percibir, evaluar y enfrentar las situaciones a las que el individuo deba hacer frente.

De esa manera se han creado diversas intervenciones que se han sometido a investigación, a fin de probar las diferentes estrategias que pueden ayudar a la persona a modificar su percepción y evaluación de eventos amenazantes, además de ayudarles a potencializar sus propios recursos de manejo emocional.

A continuación se revisan brevemente algunas de las intervenciones psicológicas realizadas, que se han encontrado en diferentes artículos de investigación, que buscaban reducir indicadores de ansiedad y depresión en población adulta mayor.

Intervenciones Psicológicas para Adultos Mayores

En el adulto mayor son una serie de factores tanto externos como internos, con los que conviven y afectan su estado emocional, esto aunado a las estrategias con las que hagan frente a las situaciones adversas, pueden

detonar diversos cuadros depresivos y ansiosos; por ello en algunas ocasiones el tratamiento farmacológico no siempre resulta ser la mejor opción, esto se aprecia en las recaídas que esta población presenta pues, de acuerdo con Vergara (2009), son bastante comunes.

El psicólogo puede ayudar a mejorar la calidad de vida del adulto mayor al atender el malestar emocional que reporta a través de la psicoterapia o de la formación de programas que atiendan las necesidades reales del anciano (Hernández, 2004).

Lo anterior se ha observado ampliamente en las diversas intervenciones psicológicas que se han efectuado en las que se ha logrado disminuir notoriamente los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con alguna enfermedad crónica. Al respecto, la Tabla VII muestra cinco de las intervenciones efectuadas en los últimos diez años que fueron identificadas como efectivas para el incremento de la calidad de vida y la disminución de malestar emocional. Con respecto al enfoque teórico de las intervenciones efectuadas, aquellas que trabajan desde una postura cognitivo-conductual han sido altamente eficaces al reportarse en la literatura científica un importante y significativo impacto en la reducción de indicadores de malestar emocional en la población adulta mayor (Barrowclough y col, 2001; Cappeliez, 2001; Floyd y col., 1998; Gallagher-Thompson y col., 1994). De acuerdo con Semerari (2002), lo anterior se debe a las estrategias que emplea dicho enfoque ya que “favorecen el proceso de concienciación, el distanciamiento crítico y el cambio de los esquemas disfuncionales del paciente” (pg. 78).

Dichas técnicas pueden atribuirse al empirismo colaborativo (compromiso real en la aplicación de las técnicas), el uso sistemático del diálogo socrático (mediante preguntas donde se pretende perseguir los objetivos de la terapia: identificación de pensamientos automáticos y de esquemas subyacentes, la toma de distancia crítica y la valoración de posibles alternativas) y el descubrimiento guiado (mediante constante negociación y descubrimiento de

Tabla VII.- Intervenciones psicológicas realizadas en pacientes diabéticos ,,,,,,,,,,

Autor	Hallazgos
Norris y col., 2001	Se realizó una revisión bibliográfica de 72 estudios que probaban la efectividad del entrenamiento en automanejo en pacientes diabéticos, mediante estrategias conductuales. En todos los casos se obtuvieron resultados positivos para el auto-monitoreo de glucosa, el auto-reporte diario de dieta y el control glicémico.
Jáuregui y col., 2002	Se probó la efectividad de un programa multidisciplinario para el control del padecimiento de diabetes e hipertensión. Los resultados reportaron una mayor adherencia al tratamiento del grupo experimental: 98% de los pacientes siguió la dieta, 94% hizo ejercicio y 66% controló el peso; 95% controló la presión sistólica; 93% controló la presión diastólica y 41% la glucosa capilar.
Del Castillo y col., 2004	La efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida fue establecida al reportarse una reducción estadísticamente significativa para ansiedad rasgo ($p=.005$), ansiedad estado ($p=.000$) y depresión ($p=.000$). Así mismo para las cifras de glucosa ($p=.032$) y hemoglobina glucosilada ($p=.008$).
Riveros y col., 2004	Mediante el empleo de una intervención cognitivo-conductual, se logró mejorar la calidad de vida en un 24.18%; las funciones cognitivas en 22.09%; la percepción de salud en 16.24%, las relaciones interpersonales en 16.03% y los estilos de afrontamiento en 7.58%. Así mismo los estilos de afrontamiento mejoraron en un 10%.
Vergara, 2009	Se evaluó la efectividad de una Intervención Manualizada en ideas irracionales, depresión, ansiedad y bienestar subjetivo. Los resultados señalan una mejoría del 12.5% para ansiedad, 33.3% para bienestar subjetivo, 15.8% para ideas irracionales, 51.4% para depresión y 21.7% para el registro conductual.

metas y objetivos planteados por el paciente con la ayuda del terapeuta quien lo guía para lograr dichas metas).

De esa manera, se parte del principio de la mediación cognitiva (la reacción es mediada por el proceso de significación en relación a las metas u objetivos del individuo) para enseñar que son los pensamientos distorsionados los que ocasionan el malestar físico y emocional (Vergara, 2009). Albert Ellis, reconocido como el “pionero en las terapias cognitivas”, crea la Terapia Racional Emotiva-TRE (Roca, 2009) cuya aseveración es que tanto “viejos como jóvenes pueden utilizar sus métodos cognitivo-conductuales para reducir trastornos emocionales y conductuales” (Vergara, 2009; p. 50).

La TRE sostiene que virtualmente no hay razones legítimas para que las personas se vuelvan emocionalmente preocupadas, histéricas o trastornadas, con independencia de la clase de estímulo desagradable que estén sufriendo. Sin embargo, incentiva a las personas a sentir emociones intensas y apropiadas como parte del evento desencadenante (p.e. pena, pesadumbre, disgusto, tristeza, etc), en contraste a lo que sucede cuando se experimentan emociones no apropiadas como resultado de una situación determinada (p.e. sentimientos de culpa, depresión, inutilidad, rabia, etc), dado que suelen ser parte de hipótesis anti empíricas y no comprobables de que las cosas “deben” o “tienen” que ser distintas de las formas en las que están haciendo frente (Ellis y col., 2005).

Esta terapia ha sido señalada como idónea y efectiva para trabajar con adultos mayores, sobre todo porque es la población con mayor frecuencia de malestar emocional, lo que los convierte en excelentes sujetos potenciales a terapia debido a la pobre salud física, lo que puede traducirse en una vulnerabilidad emocional; así mismo son personas que pueden estar sujetas a más estrés y cambios en la vida, frecuentemente carecen de apoyo social y familiar, pierden agilidad y efectividad, a comparación de sus años jóvenes, pueden tener una historia previa de dificultades en su personalidad, sus

relaciones y la manera de afrontar las situaciones, que los prepara con una visión negativa en la vejez, lo que a su vez puede convertirse en sintomatología depresiva y/o ansiosa (Ellis, 1999).

En el caso particular de los adultos mayores con problemas de salud, la TRE resulta “eficaz para atender los sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración” (Vergara, 2009; pg. 53), debido a que enfrenta directa y activamente las ideas irracionales mediante la búsqueda de evidencia ante los “deber ser” o “tener que” y mediante el cuestionamiento sobre “qué pasaría si en esa ocasión las cosas no resultan como se espera”.

La Terapia Racional Emotiva comenzó a ser utilizada cerca de 1955. Esta teoría reconoce la importancia de las emociones y la conducta, pero el énfasis lo establece en las cogniciones (creencias, pensamientos e imágenes mentales). De acuerdo con esta postura, se enseña a la persona a “organizar” su mente (a pensar racionalmente) para poder llevar una vida más satisfactoria (Roca, 2009).

Ellis sintetizó su TRE en la “Teoría del ABC” (Vergara, 2009), en la que tres elementos son claves: el acontecimiento activador (A) que aparece a primera vista como el desencadenante o antecedente de la consecuencia (C); el segundo elemento se compone por las creencias y pensamientos (B) sobre el acontecimiento activador, sirve de mediador importantes entre A y C; el último elemento representa las consecuencias emocionales, cognitivas o conductuales (C), (Craighead y col., 1993); su fórmula se representa de la siguiente manera: $A \rightarrow B \rightarrow C$.

De acuerdo con Ellis (1999), la conducta desadaptativa está determinada por el pensamiento irracional, por lo que es donde se enfoca el cambio a generar. Para lograrlo debe demostrarse la función principal que tienen las ideas sobre las emociones, para posteriormente incidir sobre las creencias irracionales que sostienen dichos pensamientos.

Las ideas irracionales, como concepto, son un pilar de la TRE y se “refieren a creencias injustificadas, absolutistas e inconsistentes con los hechos externos que generan emociones inadecuadas” (Vergara, 2009; pg. 54). Generalmente son expresadas de manera negativa, absolutista, extremistas, generalizadas, descalificativas de lo positivo y concentradas en lo negativo, catastróficas y como “debeísmos”.

La TRE ofrece el mejor escenario para confrontar a las personas con ellas mismas discutiendo sus pensamientos e ideas. De esa manera evidencia el control que tienen sobre ellos mismos, enseñándoles cómo se trastornan a sí mismos y no a causa de eventos externos.

De acuerdo con el modelo de la TRE (Ellis, 1999), son tres fases las que integran una intervención de éste tipo y mediante las cuales el cambio se logra: primero se inicia con el psicodiagnóstico, donde se busca descubrir las creencias o filosofías “irracionales” que producen emociones o conductas contraproducentes, comprender cómo contribuyen éstas creencias a los problemas de la persona y también el establecimiento de las metas (realistas) a lograr a lo largo de la TRE en un acuerdo entre el terapeuta y paciente. En la segunda fase, se inicia con el insight intelectual, comprende tener en claro que las creencias irracionales actuales son el principal determinante de sus problemas emocionales y conductuales. Finalmente, la tercera fase, concierne al insight emocional donde la meta es el lograr un cambio de creencias, emociones y conductas; en esta tercera fase se integran las dos anteriores para enseñar a razonar, a usar la persuasión y a dominar los diálogos socráticos. Una vez culminadas las tres fases, el paciente puede razonar y dialogar sus creencias irracionales logrando disminuir la intensidad del malestar emocional que antes le producían (Ellis, 1999).

En cuanto a la estructuración de sesiones, Dryden (2006), propone un bosquejo de cómo realizarlo, cabe señalar que no se establece un número

definido para cada fase dado que depende del ritmo y avance que el paciente va mostrando a lo largo de las sesiones.

En este sentido, las primeras sesiones comprenden la identificación de emociones y conductas problemáticas, particularmente se enfoca a enlazarlas con los antecedentes e identificar creencias irracionales que las sustentan. Las sesiones intermedias se dedican a refutar las creencias irracionales e identificar las creencias alternativas racionales. Finalmente, las sesiones finales se enfocan a afianzar las alternativas racionales con tareas como los experimentos conductuales, análisis funcional de las creencias, ensayos escritos sobre alguna creencia básica, exposición in vivo, actuación en contra de las creencias irracionales, entre otros.

La forma en la que se estructura la intervención varía de acuerdo a los objetivos perseguidos, sin embargo los hallazgos científicos reportan que, sin importar esta serie de variaciones, los resultados son contundentes. Prueba de ello es el estudio realizado por Safren (en, Del Castillo, y col., 2004), que se enfocó en el incremento de la adherencia al tratamiento basándose en los modelos de creencias de educación y auto-eficacia; dicha intervención se integró por reestructuración cognitiva, modificación conductual y práctica de la misma.

Más particularmente hablando de los hallazgos científicos enfocados a atender los trastornos afectivos en adultos mayores con hipertensión y/o diabetes, se encuentra el estudio realizado por Miguel-Tobal y col. (1994), quienes buscaban reducir y controlar la presión sanguínea arterial por medio de la manipulación de la ansiedad, ira, estrategias de solución de problemas y estilo de vida. Los resultados arrojaron una mejoría debido al incremento registrado en la confianza de sí mismos a la hora de resolver los problemas, la disminución de la ansiedad, el descenso de la ira, y la obtención de cifras adecuadas de presión arterial.

En otro estudio realizado (Jáuregui y col., 2002) se buscó lograr una adhesión adecuada al tratamiento de pacientes diabéticos e hipertensos con el fin último de que éstos pudiesen controlar su enfermedad, emplearon como estrategias de intervención el cambio de creencias en relación con las conductas de adherencia (dieta, ejercicio y control de peso) y el empoderamiento de información educativa relacionada con la adquisición de habilidades para las conductas de autocuidado (como el autocontrol emocional y el auto-monitoreo de las variables fisiológicas indicadores del padecimiento); el objetivo perseguido fue alcanzado con resultados favorables.

Ballester (2003), realizó una intervención psicológica en la que se basó en la educación diabetológica, la modificación de sentimientos negativos con base al modelo "ABC" de Ellis, el fomento de la autoestima, el entrenamiento en relajación, el entrenamiento en técnicas de solución de problemas y en la promoción a la salud y prevención de recaídas. Los resultados obtenidos marcaron una mejoría significativa para la adhesión al tratamiento ($Z=-2.83$; media de pre-test: 7.2; media de post-test: 10; $p < .005$) y el estado emocional, abordado a través de evaluaciones antes-después de ansiedad ($Z=-2.83$; media de pre-test: 11, media de post-test: 7; $p < .005$), depresión ($Z=-2.83$; media de pre-test: 13.4, media de post-test: 7.6; $p < .005$) y autoestima ($Z=-2.83$; media de pre-test: 22, media post-test: 34; $p < .005$). Lo anterior mostró que la intervención fue efectiva para lograr la adhesión al tratamiento y la mejora emocional de los participantes.

En el 2004, Del Castillo y col., determinaron la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida en un grupo de pacientes con DM 2. La intervención se llevó a cabo en 16 sesiones, de dos horas cada una, y el grupo estuvo conformado por un total de 9 pacientes: 3 eran hombres y seis mujeres. Los autores midieron, de entre diversas variables, a la ansiedad y aunque indican su disminución en función de la intervención, no se mencionan las técnicas

empleadas; los resultados se señalan como favorables, pues se logró una disminución significativa en la variable ansiedad rasgo (prueba t de Student; F (gl=18) P=.000; media inicio de intervención: 43.22, media final de intervención: 32.0) y para la variable ansiedad estado (prueba t de Student; f (gl=18) P=.005; media inicio de intervención: 46.0, media final de intervención 37.0). Además, los resultados fueron significativos para las cifras de glucosa (prueba t de Student; f (gl=18) P=.032; media inicio de intervención: 151.44, media final de intervención 121.55) y hemoglobina glucosilada (prueba t de Student; f (gl=18) P=.008; media inicio de intervención: 8.63, media final de intervención 7.78).

Por su parte, Riveros y col., (2004), analizaron el efecto de una intervención cognitivo-conductual dirigida a pacientes diabéticos (52 miembros en total), enfocada a la medición de calidad de vida, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar. La intervención fue en modalidad individual, aplicando los principios de la psicoterapia breve cognitivo-conductual. La duración fue de 16 sesiones, y los principales procedimientos empleados durante la intervención fueron interrogatorio directo, detección de cambios de estado de ánimo durante la sesión, registro de cogniciones disfuncionales, modificación de conceptos o creencias distorsionadas, programación y entrenamiento de actividades instrumentales, así como asignación y seguimiento de tareas.

De acuerdo con los autores, los participantes mostraron en general una notable mejoría para la depresión, medida a través del Inventario de Depresión de Beck ($p < .001$ en Wilcoxon y prueba de t). Con respecto a la ansiedad, los cambios más importantes se dieron en aquellos participantes que caían en la clasificación de ansiedad grave (de 31 a 63, de acuerdo con el inventario de ansiedad de Beck).

Por otro lado, en el 2009 se realizó una investigación producto de un trabajo de tesis, donde se reportan resultados favorables para la reducción de la ansiedad y la depresión en adultos mayores. Se trata de una intervención

manualizada de tipo cognitivo-conductual, en la que se señala una mejora del 12.5% para la ansiedad, un 33% para el bienestar subjetivo, un 15.8% para las ideas irracionales y un 52.4% (Vergara, 2009). Salgado (2009), apoya los resultados reportados por las investigaciones antes mencionadas al concluir que el estado emocional, funcional y de salud en general de los participantes, suele mejorarse después de una intervención psicológica.

Como se ha podido apreciar, la literatura científica apoya el uso de intervenciones psicológicas con enfoque cognitivo-conductual, sobre todo si se trata de población adulta mayor con enfermedades crónicas, lo cual brinda un amplio espacio de oportunidades para trabajar pues la tendencia de la pirámide poblacional se dirige hacia un mayor número de personas adultas mayores con enfermedades crónicas y cuyos trastornos afectivos no están siendo atendidos adecuadamente, lo que permite a su vez, un amplio campo de acción para el psicólogo clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cuasi-experimental, antes-después (Shadish y col., 2002), con una muestra no probabilística por conveniencia.

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de cuatro cuestionarios y de una entrevista semi-estructurada levantados en los hogares de las participantes mediante citas previamente programadas, esto tanto para la pre-evaluación como para la post-evaluación.

La muestra se conformó por 11 participantes pertenecientes al Grupo de Ayuda “Bienestar Dr. Chavira”, que manifestaron su interés de asistir a la intervención cognitivo-conductual grupal. Las sesiones de la intervención grupal se llevaron a cabo en las instalaciones del mismo Centro de Salud en un horario de 8:30am a 10:30am, con una frecuencia de dos días a la semana durante cinco semanas consecutivas.

A fin de ser consideradas como parte de la muestra, las participantes debieron de ser mujeres adscritas al GAM de CAAPS-Hermosillo, tener un diagnóstico de hipertensión y/o diabetes, asistir al grupo desde el mes de Agosto de 2009 y tener puntuaciones iguales o mayores a 1.1 en IDARE-E, 1.4 en IDARE-R, 1.2 en IDERE-E y, 1.5 en IDERE-R, respectivamente.

Se consideró como criterio de exclusión únicamente el presentar un diagnóstico de otro tipo de enfermedad crónica que dificultara o imposibilitara la colaboración de las participantes.

Así mismo, se establecieron como criterios de eliminación el contar con menos de 6 asistencias, la expresión de no desear continuar con su participación en la investigación y/o la presencia de complicaciones en su salud durante el transcurso de la aplicación de la intervención.

Identificación de Variables

Se consideraron como variables respuesta los constructos de ansiedad y depresión partiendo de la definición propuesta por Grau y col., (1993), quienes establecen que para definir ansiedad y depresión se debe de partir de la forma particular en la que el individuo valora la situación estresante y sus recursos o posibilidades de afrontamiento, y dependiendo de su duración se identificará como estado o rasgo. Las Tablas VIII y IX definen las variables respuesta de ansiedad y depresión, tanto estado como rasgo, respectivamente.

Para fines del análisis estadístico se definirán operacionalmente de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en las escalas IDARE-E, IDARE-R, IDERE-E e IDERE-R, donde a mayor puntuación obtenida corresponderá una mayor cantidad de atributo, y cuya escala de medición será continua partiendo de 1.1; 1.4; 1,2 y; 1.2, respectivamente.

Se identificó como variable independiente la intervención cognitivo-conductual grupal, definida conceptualmente como el conjunto de técnicas psicoterapéuticas que se adaptan a las necesidades del grupo, en este caso, a la identificación de ideas irracionales y de la relación existente entre las emociones y la salud, a mejorar sus relaciones interpersonales y a adquirir mayores herramientas para la resolución de problemas (Garay y col., 2008; Bieling y col., 2006; Ellis, 1999). En cuanto a su definición operacional, ésta se conceptualizó en función del número de sesiones y de su frecuencia, siendo un total de 10 sesiones de 2 horas cada una, dos veces por semana.

Así mismo, se contemplaron como posibles variables intervinientes la edad, el estado civil, la escolaridad, el diagnóstico, ingreso mensual, el hecho de haber recibido terapia psicológica en algún momento de su vida y la ingesta de antidepresivos/ansiolíticos. Lo anterior contemplando la probabilidad de que pudiesen mediar el efecto de la Terapia, la Tabla X expone dichas definiciones.

En este sentido cabe señalar que la ocupación no se integró ya que la población de estudio tuvo como característica en común el ser amas de casa

Tabla VIII.- Definición de la variable respuesta ansiedad.

Variable de Respuesta	Definición Conceptual	Definición Operacional	
Ansiedad	Duda de las posibilidades y herramientas personales del sujeto para enfrentar una situación que ha sido valorada como amenazante a las motivaciones centrales del sujeto (Carbonell y col., 2003)	Se definirá a partir de las puntuaciones obtenidas en los inventarios correspondientes.	
	Estado	Valoración de situación transitoria como amenazante y de las posibilidades de enfrentar dicha situación que desaparece ante la ausencia del estresor o ante la modificación de la valoración de la situación (Carbonell y col., 2003).	Puntuaciones mayores a 1.1
	Rasgo	Predisposiciones personales, relativamente estables a experimentar estados de ansiedad (Carbonell y cols., 2003).	Puntuaciones mayores a 1.4

Tabla IX.- Definición de la variable respuesta depresión.

Variable de Respuesta	Definición Conceptual	Definición Operacional	
Depresión	Convicción total de tener nula posibilidad para enfrentar una situación que ha sido valorada como amenazante a las motivaciones centrales del sujeto (Carbonell y col., 2003).	Se definirá a partir de las puntuaciones obtenidas en los inventarios correspondientes.	
	Estado	Convicción total de tener nula posibilidad para enfrentar una situación transitoria que ha sido valorada como amenazante a las motivaciones centrales del sujeto (Carbonell y col., 2003).	Puntuaciones mayores a 1.2
	Rasgo	Predisposiciones personales, relativamente estables a experimentar estados de depresión (Carbonell y col., 2003).	Puntuaciones mayores a 1.5

Tabla X.- Definición de las variables intervinientes.

Variable Interviniente	Definición Conceptual	Definición Operacional
Edad	Años cumplidos desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista” (INEGI, 2008)	variable continua de 50 a 75
Estado civil	Situación en la que la persona se encuentra en relación a su pareja (INEGI, 2008)	Variable nominal donde, 1= con pareja y; 2= sin pareja.
Escolaridad	Habilidad para leer/escribir sin dificultad.	Variable ordinal donde, 1= no sabe leer/escribir 2= sabe leer/escribir.
Diagnóstico	Diagnóstico de enfermedad crónico-degenerativa reportada por la paciente	Variable nominal donde, 1=DM; 2= HTA; 3= DM y HTA.
Ingreso mensual	Monto mensual total obtenido de la paciente.	Variable ordinal donde: 1= menos de \$1000 2= de \$1001 a \$2000 3= \$2001 a \$3000 4= \$3001 a \$4000 5= de \$4001 a \$5000 6= más de \$5001
Atención psicológica recibida	Haber recibido atención psicológica al menos en tres ocasiones, en algún momento de su vida	Variable ordinal, donde: 1= sí 2= no
Toma de Antidepresivos/ansiolítico	Estar tomando algún antidepresivo y/o ansiolítico al momento de la intervención	Variable ordinal donde: 1=sí 2= no

Diseño de las Sesiones de la Intervención Psicológica

Para el correspondiente diseño de sesiones, se basó en los resultados reportados por Domínguez-Guedea (2009) en los que se señalan como situaciones de mayor malestar emocional la dinámica familiar, incidiendo directamente sobre emociones como la tristeza, ira y estrés.

Partiendo del modelo de la TRE se estructuraron un total de 10 sesiones (ver Apéndice 1) que integraron exposiciones por parte del facilitador, dinámicas, ejercicios, espacios para expresar las experiencias de vida de las participantes, entre otros más.

Se establecieron 2 hrs por cada sesión a fin de brindar libertad de tiempo para ensayar los conocimientos adquiridos y resolver dudas que surgieran en el transcurso de las sesiones.

El facilitador dirigió los temas a manera de preguntas y respuestas hacia las participantes, incentivando la más mínima aportación. Para fines de una mejor comprensión y, dadas las características y nivel educativo de las participantes, se manejó el concepto de “creencias irracionales” como “pensamientos inadecuados (PI’s)”.

Los temas que se impartieron fueron los siguientes:

- Emociones: ¿qué son?, ¿cuáles son?
- Ansiedad: ¿qué es?, síntomas, ¿para qué nos sirve?, ¿cuándo nos ayuda y cuándo nos puede perjudicar?, tratamientos.
- Relajación: ¿qué es?, ¿cuántos tipos de relajación existen?, beneficios y riesgos.
- Depresión; ¿qué es? (síntomas, formas de pensar en una persona deprimida, tratamientos), ¿por qué nos deprimimos?, factores biológicos, psicológicos, historia infantil, acontecimientos de vida, la condición social de la mujer y acontecimientos sociales.
- Introducción a la reestructuración cognitiva: ¿para qué es?, ¿de qué se trata?, ¿cómo funciona?

- Características de los pensamientos inadecuados (PI's) y de los pensamientos adecuados, tipos y características de las ideas inadecuadas y adecuadas.
- Resolución de problemas; ¿qué es?, pasos a seguir.

Así mismo, dentro de las actividades que se realizaron durante las sesiones se encuentran: dinámicas, ejercicios de relajación, ejercicios de los conocimientos adquiridos, brindar el espacio para compartir libremente sus historias de vida, ensayos de respuestas conductuales racionales y proyección de imágenes y videos explicativos.

Para cada sesión se planteó un objetivo a cubrir, mismo que preparaba la temática que se abordaría en la siguiente sesión, y con el que, en conjunto con los demás objetivos, permitía alcanzar el objetivo general de la intervención: brindar herramientas para el manejo de la ansiedad y depresión en pacientes diabéticos e hipertensos. Ver apéndice 1 para la correspondiente planeación de sesiones que integraron la intervención efectuada.

Descripción de Instrumentos

Se empleó una batería de instrumentos que se compuso por uno concerniente a la colecta de datos generales y de discriminación de la posible potencial población. Se agregó un familiograma con el fin de observar la composición familiar y el ciclo vital en el que las participantes se encontraban (ver Apéndice 2); un segundo instrumento se creó para coleccionar datos cualitativos de la pre-evaluación, basado en lo reportado por Domínguez-Guedea (2009), donde se indagó sobre los problemas de orden familiar y personal que las participantes identificaban, así como las estrategias que empleaban para resolverlos (ver Apéndice 3), de este instrumento se hizo una variación en la redacción de las preguntas para que, posteriormente, en la post-

evaluación se pudiera observar si hubo un cambio con la información brindada en un primer momento (ver Apéndice 4).

Un tercer instrumento lo compuso una evaluación por cada sesión donde las participantes especificaron, por medio de una escala visual, su estado de ánimo antes y después de iniciar cada sesión. Su medición se basó en calificar de 1 a 4 los gestos, de tal manera que 1 correspondió a la cara con expresión más triste y 4 a aquella con expresión de felicidad (ver Apéndice 6).

Adicionalmente, se integró una encuesta de opinión para la sesión final donde se les solicitó responder a tres sencillas preguntas que brindaron información acerca de lo que las participantes encontraron como más agradable, menos agradable y lo que sugerían podría mejorar la composición de la intervención (ver Apéndice 7).

Los instrumentos empleados para el análisis estadístico de las variables de respuesta fueron: el Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado - IDARE - original de Spielberger y col. (1994) y el Inventario de Depresión Rasgo/Estado - IDARE -, creado por Carbonell y col. (2003). Ambos instrumentos fueron adaptados y validados de manera exploratoria en adultos tardíos y adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas en la ciudad de Hermosillo, Sonora por Domínguez-Guedea (2010), produciéndose versiones compactas de los instrumentos, válidas y confiables para la población de referencia. En la Tabla XI se indican las propiedades psicométricas de los inventarios aplicados para medir los indicadores de ansiedad y depresión antes y después de la intervención.

Tabla XI.- Propiedades psicométricas de los inventarios IDARE e IDERE

Instrumento	Varianza explicada	Cargas factoriales		Nombre de factor	Valor de alfa de Cronbach	Correlación entre factores
IDARE-E	59%	≥.59	Factor 1	Tranquilidad emocional situacional	.94 (9 ítems)	-.575
			Factor 2	Tensión emocional situacional	.91 (8 ítems)	
IDARE-R	44%	≥.35	Factor 1	Tensión emocional transituacional	.85 (11 ítems)	-.422
			Factor 2	Tranquilidad emocional transituacional	.86 (5 ítems)	
IDERE-E	45%	≥.35	Factor 1	Abatimiento emocional situacional	.88 (10 ítems)	-.529
			Factor 2	Bienestar emocional situacional	.86 (4 ítems)	
IDERE-R	46%	≥.36	Factor 1	Bienestar emocional transituacional	.81 (10 ítems)	-.416
			Factor 2	Abatimiento emocional transituacional	.87 (9 ítems)	

Fuente: Domínguez-Guedea, 2010.

Las opciones de respuesta de estos inventarios están dispuestas en escala tipo Likert, en donde el valor 1 corresponde a la menor intensidad del atributo y el valor 4 indica la mayor intensidad del atributo (ver Apéndice 5).

La elección de estos instrumentos se fundamentó en lo establecido por Carbonell y col., (2003) quienes señalan la importancia que tiene el emplear instrumentos “sensibles a la variación de la intensidad” (pg. 128). Así mismo, estos instrumentos son los correspondientes a la comprensión de la depresión y ansiedad como atributos que presentan características propias a nivel de rasgo y las particulares a nivel de estado, siendo éste un interés de análisis en la presente investigación.

Finalmente, en comparación a otras medidas de ansiedad y depresión, las escalas IDARE e IDERE tienen la ventaja de haber sido tratadas previamente con procedimientos psicométricos demostrando validez y confiabilidad en la población de referencia de la muestra de este estudio, argumento fundamental pues expertos en psicometría recomiendan la preferencia de medidas validadas en la población a la que pertenecen las personas a quienes se pretende estudiar, sobre aquellas escalas que no han pasado por dicha evaluación, aún siendo multicitadas (Van de Vlier y col., 2001; Van de Vlier y col., 2000; Van de Vlier, 1998). Siendo así, se consideró de suma importancia emplear los que fueron validados en una población cuyas características fueran lo más parecidas posibles a las de la muestra empleada para el presente estudio. Cabe señalar que los instrumentos aquí utilizados se emplearon como parámetros que permitieran comparar los datos obtenidos antes y después de la intervención psicológica efectuada, esto con la intención de establecer si ayudó en la reducción de indicadores de intensidad de ansiedad y depresión manifestada por las participantes al inicio del estudio.

Por otro lado, al no tratarse de un diagnóstico clínico de la depresión y la ansiedad, sino de la identificación de la variabilidad en indicadores de intensidad de éstos atributos, la calificación e interpretación de altos y bajos

puntajes en cada instrumento (IDARE-R, IDARE-E, IDERE-R e IDERE-E) se estableció tomando como referencia los cuartiles de las distribuciones promedio de las puntuaciones totales observadas en el estudio de Domínguez-Guedea (2010) sobre la validación de los inventarios en población del grupo social de referencia de la muestra de esta investigación. La anterior fue la opción más procedente dada la anormalidad de las que las puntuaciones originales (González-Montesinos, comunicación personal 2010).

De esa manera, los valores en cuartiles que fueron referencia de los resultados encontrados en la presente aplicación de los inventarios fueron: a) para ansiedad-estado: $Q1 = <1.0$, $Q2 = 1.1-1.9$, $Q3 = >2.0$; b) para ansiedad-rasgo: $Q1 = <1.3$, $Q2 = 1.4-2.2$, $Q3 = >2.3$; c) para depresión-estado: $Q1 = <1.1$, $Q2 = 1.2-1.9$; $Q3 = >2.0$; d) y para depresión-rasgo: $Q1 = <1.4$, $Q2 = 1.5-2.1$, $Q3 = >2.2$. La interpretación de bajos puntajes del atributo se hizo considerando valores de $\leq Q1$ en tanto que la interpretación de altos puntajes del atributo se hizo considerando valores de $\geq Q3$.

Procedimiento de Colecta de Datos

Se invitaron a participar a las pacientes pertenecientes al GAM “Bienestar Dr. Chavira”. Posteriormente se realizó un registro de todas aquellas personas que expresaron su deseo de participar en el proyecto de investigación. Una vez cumplimentado lo anterior, se procedió a acordar una sesión domiciliaria en la cual se expuso con todo detalle: los propósitos de la investigación, la forma de participación, los beneficios colectivos, y todas las cuestiones éticas y operativas necesarias que se concretaron a través de la lectura del consentimiento informado (ver Apéndice 8).

Así mismo, se les brindó el espacio para que expresaran sus dudas y/o comentarios al respecto; seguido se les dio lectura al consentimiento informado y se procedió a su firma y a la aplicación de la pre-evaluación. Dicha aplicación

fue realizada por parte del entrevistador a manera de facilitar su respuesta y de resolver las dudas que surgieran durante la misma. Una vez obtenidos los datos, se les asignó un folio y se archivaron; únicamente el investigador tuvo acceso a dicha información.

Un mes después de la aplicación de la pre-evaluación se dio inicio a las sesiones de la intervención psicológica; mismas que se brindaron con una frecuencia de dos veces por semana con una duración de 120 minutos cada una, durante 1 mes.

La post-evaluación se aplicó un mes después de terminadas las sesiones y, al igual que en la pre-evaluación, se agendaron visitas domiciliarias para su aplicación de manera individual y se procedió de la misma manera, con previa cita y manejando la información por el investigador.

Finalmente, a fin de asegurar y facilitar el entendimiento de la información vertida se les brindó a cada una de las participantes una guía que incluía todo el material visto en las diez sesiones, un disco con las instrucciones para seguir la relajación, así como ejemplos cotidianos que escenificaban situaciones comunes alusivas a la depresión y ansiedad y a las posibles soluciones revisadas en sesión.

Procedimiento de Análisis Estadístico de los Datos

Como primer análisis, se realizó estadística descriptiva para la caracterización de la muestra, a fin de mostrar las características de las variables intervinientes. Posteriormente, para analizar las siguientes hipótesis estadísticas se empleó la prueba de Rangos de Wilcoxon.

La elección de dicha prueba se fundamentó en la necesidad de probar estadísticamente si los cambios registrados entre el antes y después de aplicar los inventarios de ansiedad y depresión rasgo-estado, fueron significativos, es decir, probar si la intervención psicológica ayudó a reducir los indicadores de

intensidad de ansiedad y depresión manifestados por la participantes al inicio de la investigación. Es importante mencionar que dicha prueba es la empleada para dos muestras relacionadas (puntuaciones antes-después), trabaja con datos continuos (los valores obtenidos de ansiedad y depresión rasgo-estado) y se aplica para comparar datos de una pre-post evaluación en un mismo grupo (Siegel, 2005). Las pruebas de hipótesis que se sometieron a dicha prueba fueron:

Ho₁: Las puntuaciones de ansiedad-rasgo del grupo, entre la pre y la post evaluación, se mantendrán iguales o presentarán un incremento estadísticamente significativo.

Ha₁: Hay una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de ansiedad-rasgo del grupo, entre la pre y post evaluación.

Ho₂: Las puntuaciones de ansiedad-estado del grupo, entre la pre y la post evaluación, se mantendrán iguales o presentarán un incremento estadísticamente significativo.

Ha₂: Hay una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de ansiedad-estado del grupo, entre la pre y post evaluación.

Ho₃: Las puntuaciones de depresión-rasgo del grupo, entre la pre y la post evaluación, se mantendrán iguales o presentarán un incremento estadísticamente significativo.

Ha₃: Hay una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de depresión-rasgo del grupo, entre la pre y post evaluación.

Ho₄: Las puntuaciones de depresión-estado del grupo, entre la pre y la post evaluación, se mantendrán iguales o presentarán un incremento estadísticamente significativo.

Ha₄: Hay una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de depresión-estado del grupo, entre la pre y post evaluación.

A fin de ilustrar los cambios, se empleó estadística descriptiva para graficar los cambios logrados por el grupo de acuerdo con las puntuaciones obtenidas entre la pre y pos evaluación. Lo anterior se realizó tanto para los resultados de ansiedad como de depresión.

Para analizar las variables intervinientes se corrieron las siguientes pruebas con la intención de establecer si las diferencias observadas en los resultados obtenidos por la prueba de Wilcoxon, se pudieran atribuir a la terapia y no a la composición de la muestra: para dos muestras independientes (comprendiendo las variables de estado civil, escolaridad, atención psicológica recibida e ingesta de ansiolíticos/antidepresivos): Mann-Withney, ya que es la indicada cuando se cuenta con una variable independiente categórica (con dos niveles que definen dos grupos o muestras) y una variable dependiente cuantitativa al menos ordinal (en la cual interesa comparar los dos grupos o muestras) (Siegel, 2005).

Para datos no-paramétricos de tipo continuo: correlación de Spearman, ya que se busca establecer si existe una asociación entre las puntuaciones de las variables dependientes con la variable de edad. Finalmente, para las variables de diagnóstico e ingreso mensual, se emplearon las pruebas de Kruskal-Wallis.

Se eligió dicha prueba dado que las variables categóricas cuentan con más de dos niveles, por lo que correspondía la elección de dicha prueba.

Los análisis estadísticos de las pruebas de Wilcoxon, Mann-Withney, Kruskal-Wallis y Correlación de Spearman, se llevaron a cabo mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15.0.

Procedimiento de Análisis Cualitativo de los Datos

La información sobre problemas particulares de aflicción emocional y sus posteriores estrategias de solución, fueron analizados mediante análisis de contenido. Se realizó la lectura correspondiente a la información vertida por las once participantes en ambos cuestionarios correspondientes a la pre-evaluación y post-evaluación, respectivamente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se contó con un total de 11 participantes cuyas edades fluctuaron entre los 40 y 67 años de edad, con una media de 58.6 y una D.E. de 8.83. (ver Tabla XII); seis participantes reportaron tener hipertensión, 2 diabetes mellitus y 3 más refirieron tener diabetes e hipertensión (ver Tabla XIII).

De acuerdo con la información vertida en el familiograma, 5 participantes tuvieron una familia nuclear, 5 más una familia monoparental y tan solo 1 tuvo una familia de tipo extensa. En cuatro casos la familia se integró por más de dos generaciones debido a que los hijos mayores, con sus propios hijos, se encontraban viviendo con la participante. En cuanto al ciclo vital, son varios ciclos que convergieron en un mismo momento sobre un mismo hogar, de tal manera que se presentaron casos donde el ciclo de la pareja era en la vejez, pero dado que los hijos regresaron a casa a vivir con ellos, junto con su familia pequeña, vivían la adolescencia a la par.

Tan solo en dos casos se pudo observar que la familia monoparental se encontraba viviendo el ciclo vital de reencuentro, donde la pareja se reconocen y reintegra como tal. El resto de las participantes compartían situaciones similares al encontrarse criando a sus nietos lo cual les dificultaba entrar en la etapa de reencuentro entre ellas mismas y/o con su pareja pues persistían en una misma etapa por un tiempo prolongado e indefinido. En la Tabla XIV, se expone la información vertida.

Con respecto a la religión, el nivel de educación y el estado civil, las mayores frecuencias se registraron para el catolicismo, la habilidad de saber leer y escribir y el contar con pareja, respectivamente. Las Tablas XV, XVI y XVII resumen los resultados encontrados.

En cuanto a la actividad laboral y la percepción monetaria, solo una de las participantes reportó tener un trabajo remunerado, siendo así que las demás personas obtenían los ingresos mediante la pensión o el apoyo de familiares. El

Tabla XII.- Estadística descriptiva para la edad.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad de la participante	11	40	67	58.64	8.835
N válido (según lista)	11				

Tabla XIII.- Frecuencia del diagnóstico.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Diabetes	2	18.2
	Hipertensión	6	54.5
	Diabetes e Hipertensión	3	27.3
	Total	11	100.0

Tabla XIV.- Tipos de familia y ciclo vital de las mismas.

Descripción	Tipo de familia y ciclo vital
Mujer de 67 años, vive con su hija de 25 años	Familia monoparental, etapa hijos adultos.
Mujer de 52 años, vive con su tío de 74 años.	Familia extensiva.
Mujer de 65 años, vive con su hijo de 28 y nieto de 22 años.	Familia monoparental, de tres generaciones, etapa hijos adultos.
Mujer de 50 años, vive con su esposo de 55 años y sus dos hijos de 30 y 24 años	Familia nuclear, etapa hijos adultos.
Mujer de 66 años, vive con su hija de 46, nietos de 14 y 13 e hijo de 37 años.	Familia monoparental, de tres generaciones, etapa hijos adultos
Mujer de 66 años, vive con su esposo de 67 años de edad.	Familia nuclear, etapa reencuentro.
Mujer de 54 años, vive con su esposo de 59 años.	Familia nuclear, etapa reencuentro.
Mujer de 61 años, vive con sus esposo de 68 y sus dos hijas de 33 y 31 años.	Familia nuclear, dos generaciones, etapa hijos adultos.
Mujer de 40 años, vive con su esposo de 47 y sus dos hijos de 20 y 17 años.	Familia nuclear, etapa hijos adolescentes.
Mujer de 67 años, vive con su hija de 40 años, nieto de 9 años e hija de 37 años.	Familia monoparental, 3 generaciones, etapa hijos adultos.
Mujer de 56 años, vive con su esposo, hija de 27 años con su pareja y sus dos nietos, un niño de 3 años y una niña de 7 meses	Familia monoparental, 3 generaciones etapa: hijos adultos.

Tabla XV.- Frecuencia de la religión practicada.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Católica	10	90.9
	Cristiana	1	9.1
	Total	11	100.0

Tabla XVI.- Frecuencia de estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Tiene pareja	7	63.6
No tiene pareja	4	36.4
Total	11	100.0

Tabla XVII.- Nivel de educación.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sabe leer/escribir	10	90.9
	No sabe leer/escribir	1	9.1
	Total	11	100.0

ingreso promedio mensual fluctuó entre los \$1000.00 y \$3000.00 y el promedio de personas dependientes de dicho ingreso fue de 2 a 3 miembros, incluyendo la propia participante, las Tablas XVIII, XIX, XX y XXI exponen los resultados obtenidos. En relación al tipo de vivienda, nueve participantes reportaron contar con vivienda propia mientras que las dos restantes manifestaron residir en vivienda prestada (ver Tabla XXII).

De las once participantes, tres reportaron haber llevado sesiones psicológicas alguna vez en su vida y de ellas, solo una se encontraba actualmente en dichas sesiones y del consumo de antidepresivos al momento del estudio (ver Tablas XXIII y XXIV).

Los resultados de los análisis estadísticos correspondientes a estimar si las variables de edad, estado civil, escolaridad, diagnóstico de enfermedad, ingreso mensual, atención psicológica recibida e ingesta de ansiolíticos/antidepresivos, se relacionaban de manera significativa con los indicadores de intensidad de ansiedad y depresión, mostraron valores mayores a $p > .05$ en cada uno de los análisis efectuados. Lo anterior sugiere que no se mantiene una relación significativa con los indicadores de intensidad de ansiedad y depresión registrados, en las Tablas XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX y XXXI, se pueden observar dichos resultados.

Respecto a la evaluación de la intervención efectuada, tres de las cuatro hipótesis nulas planteadas fueron rechazadas con una $p < .05$. A continuación se exponen los análisis efectuados.

Efecto de la Intervención Cognitivo-Conductual, Comparación “Intra-Grupo”

Recordando el objetivo del presente estudio, el cual era reducir los indicadores de intensidad de ansiedad y depresión en un grupo de mujeres que se han sometido a una intervención Cognitivo-Conductual Grupal, se elaboraron una serie de análisis estadísticos y de contenido que permitieron observar las

Tabla XVIII.- Frecuencia de la actividad laboral.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Tiene actividad laboral	1	9.1
	No tiene actividad laboral	10	90.9
	Total	11	100.0

Tabla XIX.- Apoyo para la obtención de ingreso.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Pensión	5	45.5
	Apoyo familiares	5	45.5
	Total	10	90.9
Perdidos	Sistema	1	9.1
Total		11	100.0

Tabla XX.- Ingreso promedio mensual.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
menos de \$1000	2	18.2
de \$1001 a \$2000	4	36.4
de \$2001 a \$3000	4	36.4
más de \$5001	1	9.1
Total	11	100.0

Tabla XXI.- Frecuencia de miembros dependientes del ingreso mensual percibido.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	2 miembros	3	27.3
	3 miembros	4	36.4
	4 miembros	1	9.1
	5 miembros	2	18.2
	6 miembros	1	9.1
	Total	11	100.0

Tabla XXII.- Frecuencia del tipo de vivienda en la que habitan.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Propia	9	81.8
	Prestada	2	18.2
	Total	11	100.0

Tabla XXIII.- Frecuencia de atención psicológica recibida.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	3	27.3
	No	8	72.7
	Total	11	100.0

Tabla XXIV.- Frecuencia de ingesta de antidepresivos/ansiolíticos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ha tomado ansiolíticos /antidepresivos	1	9.1
	No ha tomado ansiolíticos /antidepresivos	10	90.9
	Total	11	100.0

Tabla XXV.- Correlaciones de edad, ansiedad (estado/rasgo) y depresión (estado/rasgo).

		Edad	Depresión- Estado	Depresión- Rasgo	Ansiedad- Estado	Ansiedad- Rasgo
Edad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 11				
Depresión- Estado	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.354 .285 11	1 11			
Depresión- Rasgo	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.460 .154 11	.900(**) .000 11	1 11		
Ansiedad- Estado	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.376 .255 11	.858(**) .001 11	.943(**) .000 11	1 11	
Ansiedad- Rasgo	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.326 .328 11	.856(**) .001 11	.941(**) .000 11	.918(**) .000 11	1 11

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla XXVI.- Prueba de mann-whitney para las variables de estado civil y las variables dependientes.

	Depresión- Estado	Depresión- Rasgo	Ansiedad- Estado	Ansiedad- Rasgo
U de Mann-Whitney	13.500	11.000	10.500	12.500
W de Wilcoxon	41.500	39.000	38.500	40.500
Z	-.095	-.568	-.671	-.285
Sig. asintót. (bilateral)	.925	.570	.502	.776
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.927(a)	.648(a)	.527(a)	.788(a)

a No corregidos para los empates.

Tabla XXVII.- Prueba de mann-whitney para la variable de escolaridad y las variables dependientes.

	Resultado de la pre- evaluación del Inventario de Depresión- Estado	Resultado de la pre- evaluación del Inventario de Depresión- Rasgo	Resultado de la pre- evaluación del Inventario de Ansiedad- Estado	Resultado de la pre- evaluación del Inventario de Ansiedad- Rasgo
U de Mann-Whitney	2.000	1.000	1.000	.000
W de Wilcoxon	57.000	56.000	56.000	55.000
Z	-.951	-1.268	-1.283	-1.588
Sig. asintót. (bilateral)	.342	.205	.200	.112
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.545(a)	.364(a)	.364(a)	.182(a)

Variable de agrupación: ¿Sabe leer / escribir la participante?

a No corregidos para los empates.

Tabla XXVIII.- Prueba de kruskal-wallis para las variables de diagnóstico de las participantes y las variables de ansiedad y depresión.

	Depresión- Estado	Depresión- Rasgo	Ansiedad- Estado	Ansiedad- Rasgo
Chi-cuadrado	1.427	4.197	4.926	4.209
Gl	2	2	2	2
Sig. asintót.	.490	.123	.085	.122

Tabla XXIX.- Prueba de kruskal-wallis para las variables de ingreso mensual percibido y las variables dependientes.

	Depresión- Estado	Depresión- Rasgo	Ansiedad- Estado	Ansiedad- Rasgo
Chi-cuadrado	3.151	3.042	3.102	3.572
Gl	3	3	3	3
Sig. asintót.	.369	.385	.376	.312

Tabla XXX.- Prueba de mann-whitney para las variables de atención psicológica y las variables dependientes.

	Depresión- Estado	Depresión- Rasgo	Ansiedad- Estad	Ansiedad- Rasgo
U de Mann-Whitney	4.000	2.000	2.500	2.000
W de Wilcoxon	59.000	57.000	57.500	57.000
Z	-.317	-.951	-.802	-.953
Sig. asintót. (bilateral)	.751	.342	.423	.341
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.909(a)	.545(a)	.545(a)	.545(a)

a.- no corregidos para los empates

Tabla XXXI.- Prueba de mann-whitney para las variables de ingesta de antidepresivos/ansiolíticos y las variables dependientes.

	Depresión- Estado	Depresión- Rasgo	Ansiedad- Estado	Ansiedad- Rasgo
U de Mann- Whitney	4.000	2.000	2.500	2.000
W de Wilcoxon	59.000	57.000	57.500	57.000
Z	-.317	-.951	-.802	-.953
Sig. asintót. (bilateral)	.751	.342	.423	.341
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.909(a)	.545(a)	.545(a)	.545(a)

a No corregidos para los empates.

variaciones obtenidas en dichos indicadores de intensidad. A continuación se describen los resultados encontrados.

Como se mencionó anteriormente, el análisis estadístico se efectuó mediante la prueba de diferencias de medias de rangos de Wilcoxon. En la comparación efectuada entre la pre y post evaluación, los resultados arrojaron diferencias significativas en las variables de depresión-estado, depresión-rasgo y ansiedad-rasgo. Respecto a la variable ansiedad-estado ésta obtuvo una $p > .05$, lo cual sugiere una baja significancia lo que posteriormente se abordará con mayor detenimiento.

La variable depresión, tanto en su versión rasgo como estado, mostró una mejoría de 21.3% y 13.8%, respectivamente. En cuanto a la variable ansiedad-rasgo ésta mostró una mejoría del 20.7% (ver Tabla XXXII). Lo anterior sugiere un efecto positivo y significativo de la intervención realizada sobre los indicadores de intensidad de depresión estado y rasgo con valores de .03 y .02, respectivamente; y de .008 para ansiedad-rasgo. La Tabla XXXIII resume dichos resultados.

Referente a la variable ansiedad-estado, las diferencias de medias entre la pre y post evaluación sugieren una disminución en dicho indicador, no obstante, no fue suficiente para alcanzar la significancia deseada- $p < .05$ (ver Tabla XXXIV). Lo anterior se analiza con mayor detenimiento en el análisis cualitativo efectuado.

A fin de ilustrar los cambios obtenidos se realizaron gráficas de barras que permiten apreciar claramente las variaciones en los indicadores de intensidad de las variables de interés registrados por cada participante.

De esa manera se tiene que en las figura 2 y 3, se puede apreciar la disminución significativa de las variables depresión-rasgo/estado y ansiedad-rasgo. Así mismo, se observa que ansiedad-estado obtuvo un descenso en la

Tabla XXXII.- Porcentaje de mejoría de las variables de interés.

Variable de interés.	Media \pm D.E. de la pre-evaluación	Media \pm D.E. de la post-evaluación	Porcentaje de la diferencia entre la pre y post evaluación.
Depresión-Estado	1.92 \pm .74	1.51 \pm .41	21.3
Depresión-Rasgo	2.09 \pm .68	1.80 \pm .50	13.8
Ansiedad-Rasgo	2.12 \pm .66	1.68 \pm .45	20.7

Tabla XXXIII.- Prueba de rangos de wilcoxon para las variables de ansiedad y depresión en ambas versiones (estado/rasgo).

Variable	Rangos Positivos ^a	Rangos Negativos ^b	Empates ^c	Significancia asintótica (bilateral): Prueba de Rangos de Wilcoxon
Depresión- Estado	9	2	0	.033*
Depresión- Rasgo	8	2	1	.028*
Ansiedad- Estado	7	3	1	.073
Ansiedad- Rasgo	9	1	1	.008*

* Significancia $p < .05$

a. Resultado de la post-evaluación < resultado de la pre-evaluación.

b. Resultado de la post-evaluación > resultado de la pre-evaluación.

c. Resultado de la post-evaluación = resultado de la pre-evaluación.

Tabla XXXIV.- Diferencias de medias entre la pre y post evaluación de las variables de interés.

Variable de interés	Media de la pre-evaluación	Media de la post-evaluación	Diferencia entre la pre-evaluación con la post-evaluación
Depresión-Estado	1.92	1.51	0.03*
Depresión-Rasgo	2.09	1.80	0.02*
Ansiedad-Rasgo	2.12	1.68	.008*
Ansiedad-Estado	1.87	1.50	.073

Prueba de los rangos con signo de wilcoxon.

* Significancia $p < .05$

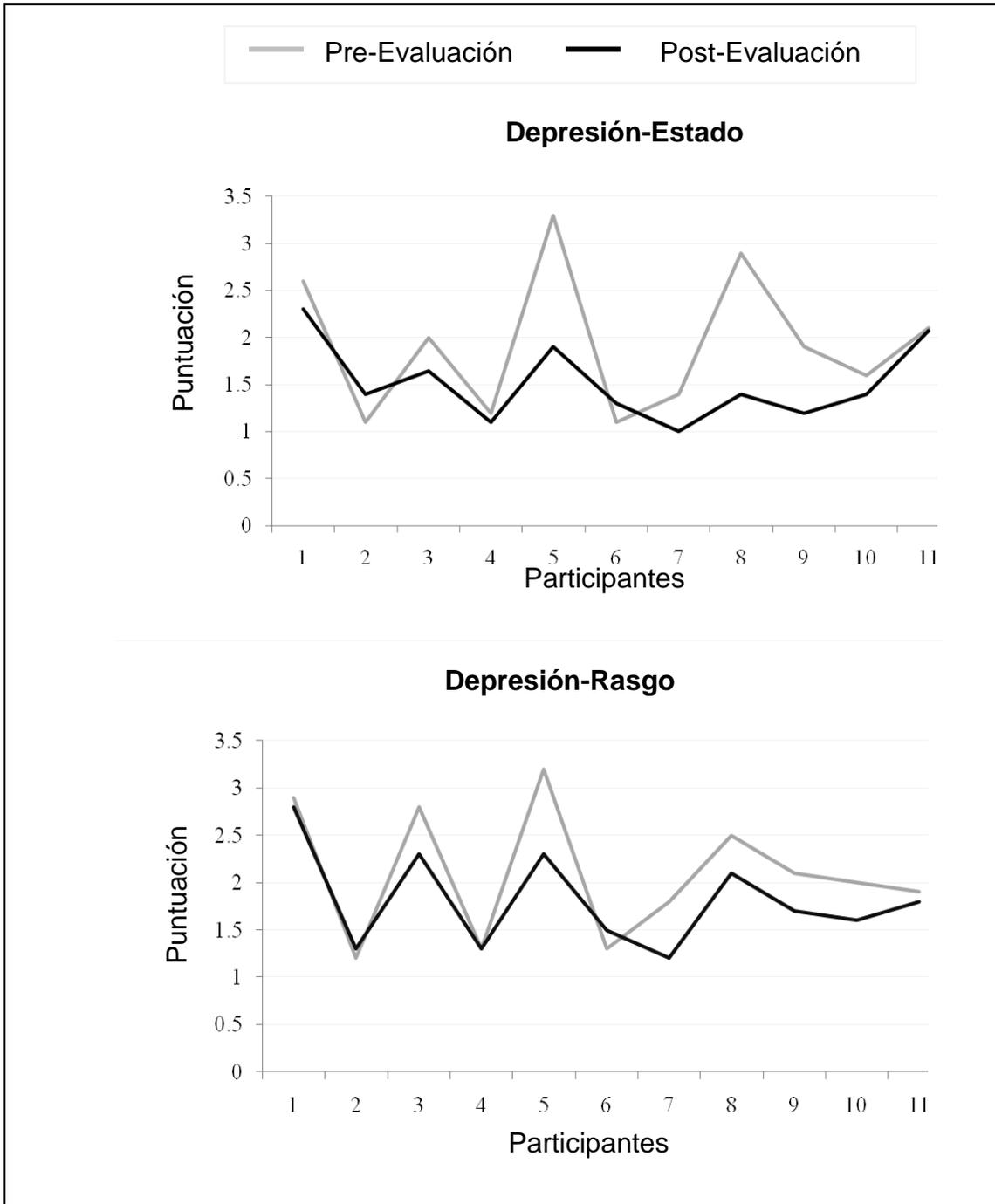


Figura 2.- Comparación antes-después de las puntuaciones obtenidas de depresión estado/rasgo de las 11 participantes.

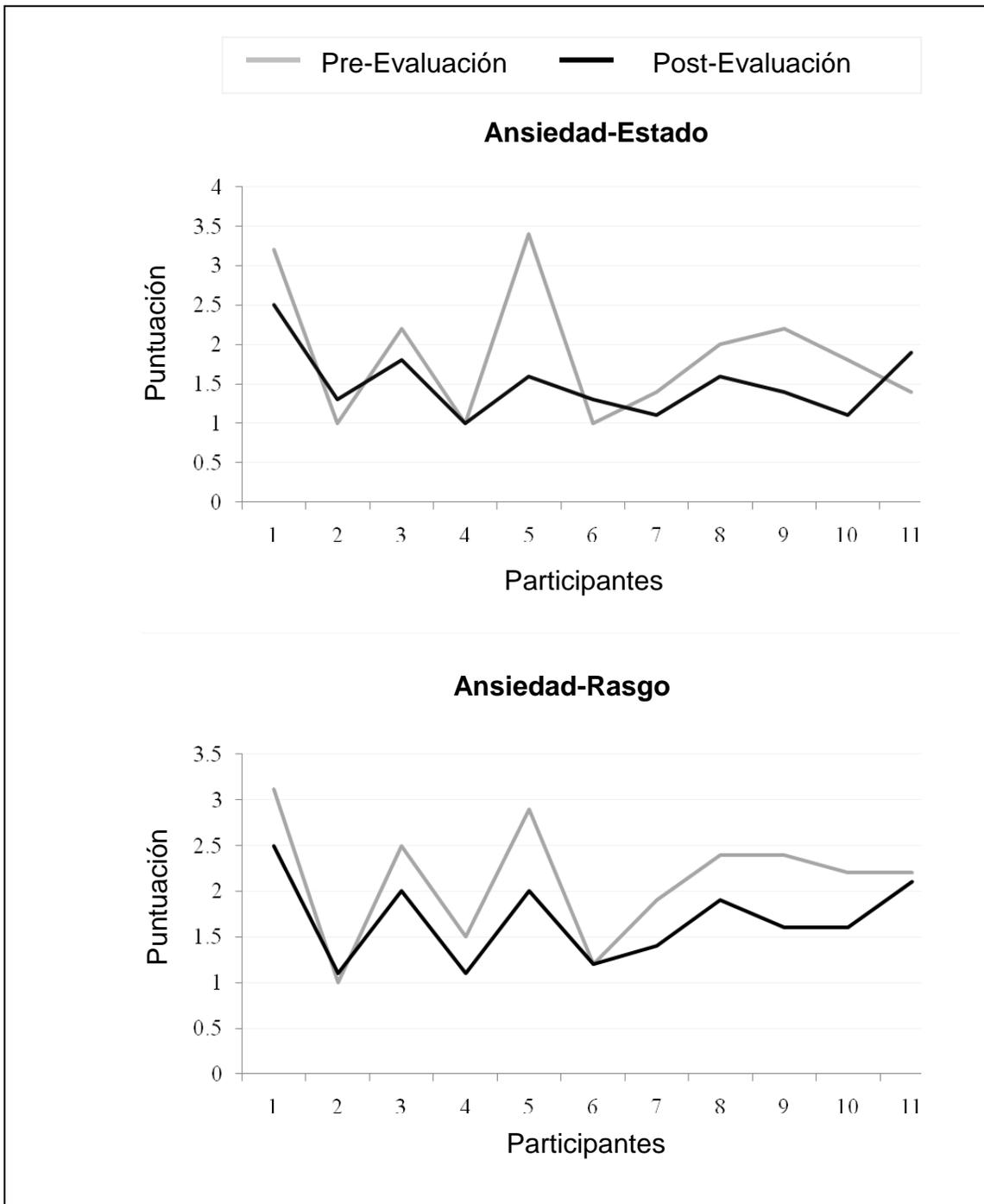


Figura 3.- Comparación antes-después de las puntuaciones obtenidas de ansiedad estado/rasgo de las 11 participantes.

mayoría de los casos, marcando un incremento de su puntuación en tres participantes, lo cual dificultó obtener un resultado similar al de las variables respuestas anteriores.

En la evaluación de las cuatro variables de interés se presentaron casos en los que se registró un ligero incremento en sus puntuaciones de post-evaluación. Sin embargo, en tres de las cuatro variables ésta situación no trascendió pues el resultado final muestra relevancia con una $p < .05$. Lo anterior también se aprecia en la Tabla XXXV, donde se muestran los casos en los que se registraron incrementos, o ningún cambio, ante la post-evaluación, siendo así que las participantes 2 y 6 mostraron un comportamiento similar en los indicadores de intensidad de ansiedad y depresión; con la participante 4, si bien se observa mejoría en las variables de depresión-estado y ansiedad-rasgo, en lo que respecta a las demás no se manifestó cambio alguno. Finalmente, en la participante 11 se puede observar que únicamente en el indicador de ansiedad-estado incrementó, caso contrario al resto de los indicadores.

De lo anterior se puede deducir que para más de la mitad de las participantes se obtuvo una mejoría significativa en los indicadores de intensidad de ansiedad y depresión registrados.

De manera general, se tiene que los tres resultados con una mayor disminución en los indicadores de intensidad de ansiedad y depresión, fueron los correspondientes a las participantes 9, 5 y 8 con una mejoría del 37%, 42% y 52% para depresión-estado; las participantes 5, 7 y 10, registraron una mejoría del 29%, 28% y 33%, para depresión-rasgo. En cuanto a la ansiedad, las participantes 9, 10 y 5 lograron disminuir su ansiedad-estado en un 36%, 39% y 53%. Finalmente, se logró decrementar los indicadores de intensidad de ansiedad-rasgo en un 27%, 31% y 37% para las participantes 10, 5 y 9. Las participantes 5 y 10 fueron las que lograron disminuir en mayor medida sus

Tabla XXXV.- Casos en los que se registró un incremento en la post-evaluación.

Participantes		2	4	6	11
Depresión-Estado	Pre-evaluación	1.1	*	1.1	*
	Post-evaluación	1.4	*	1.3	*
	<i>% incremento</i>	27	*	18	*
Depresión-Rasgo	Pre-evaluación	1.2	1.3	1.3	*
	Post-evaluación	1.3	1.3	1.5	*
	<i>% incremento</i>	8	0	15	*
Ansiedad-Estado	Pre-evaluación	1	1	1	1.4
	Post-evaluación	1.3	1	1.3	1.9
	<i>% incremento</i>	30	0	30	36
Ansiedad-Rasgo	Pre-evaluación	1	*	1.2	*
	Post-evaluación	1	*	1.2	*
	<i>% incremento</i>	0	*	0	*

* Participantes que registraron un decremento en la variable de interés.

indicadores de intensidad de ansiedad y depresión. La Tabla XXXVI, muestra dichos valores.

Resultados del Análisis Cualitativo

Cuando se realiza el análisis cualitativo, la información obtenida complementa los resultados reportados anteriormente. De esa manera se tiene que en la pre-evaluación se identificaron 9, de las 11 participantes, que les preocupaba su salud, particularmente la probabilidad de presentar una complicación en su cuadro clínico; también se reportó como preocupante la salud de algún familiar. Al momento de preguntarles qué hacían para brindar una posible solución se reportó la búsqueda de ayuda profesional y el apego a la dieta.

También se reportó como una fuente importante de preocupación la situación laboral de la familia, el no tener dinero suficiente para los gastos que la enfermedad origina así como los necesarios para cubrir las necesidades básicas de alimento y, los conflictos familiares. Como solución, las participantes reportaron diferentes intentos de darle solución a dichas situaciones, la evasión de dicha fuente de preocupación y el refugio en la oración, como las principales estrategias para enfrentar dichas problemáticas. La Tabla XXXVII, muestra los contenidos vertidos por las participantes.

En cuanto a los datos obtenidos en la post-evaluación, se puede apreciar que el cambio de pensamiento “inadecuado” (así llamado durante las sesiones) y el aprender a razonar más la situación que les causa preocupación, fueron los cambios que obtuvieron mayores frecuencias. La Tabla XXXVIII resume el análisis correspondiente a la post-evaluación, donde se puede apreciar que, al término de la intervención, en cuanto a la propia salud, cuatro participantes manifestaron ya no sentirse preocupadas; referente a la salud de algún familiar, 3 expresaron sentirse sin preocupación alguna; en cuanto a la familia 2

Tabla XXXVI.- Porcentaje de mejoría registrado por participante en relación a cada variable de interés.

Participantes											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
<i>Depresión-estado</i>											
Pre-Evaluación	2.6	1.1	2	1.2	3.3	1.1	1.4	2.9	1.9	1.6	2.1
Post-Evaluación	2.3	1.4	1.6	1.1	1.9	1.3	1	1.4	1.2	1.4	2.07
Mejoría (%)	12	-	18	8	42*	-	29	52*	37*	13	1
<i>Depresión-rasgo</i>											
Pre-Evaluación	2.9	1.2	2.8	1.3	3.2	1.3	1.8	2.5	2.1	2	1.9
Post-Evaluación	2.8	1.3	2.3	1.3	2.3	1.5	1.2	2.1	1.7	1.6	1.8
Mejoría (%)	3	-	18	-	28*	-	33*	16	19	20*	5
<i>Ansiedad-estado</i>											
Pre-Evaluación	3.2	1	2.2	1	3.4	1	1.4	2	2.2	1.8	1.4
Post-Evaluación	2.5	1.3	1.8	1	1.6	1.3	1.1	1.6	1.4	1.1	1.9
Mejoría (%)	22	-	18	-	53*	-	21	20	36*	39*	-
<i>Ansiedad-rasgo</i>											
Pre-Evaluación	3.1	1	2.5	1.5	2.9	1.2	1.9	2.4	2.4	2.2	2.2
Post-Evaluación	2.5	1	2	1.1	2	1.2	1.4	1.9	1.6	1.6	2.1
Mejoría (%)	20	-	20	27*	31*	-	26	21	33*	27*	5

* Mayor porcentaje de mejoría registrado por variable de interés.

- Casos en los que se registró un aumento o ningún cambio.

Tabla XXXVII.- Análisis de contenido de la pre-evaluación.

Fuente de preocupación	Situación particular que preocupa	Lo que ha hecho ante dicha situación
Su salud (F=9)	Que se complique su salud (F=6)	Buscar darle solución (F=4)
	Tener dinero para los gastos de su enfermedad (F=2)	Evadir su preocupación (F=2)
	No poder llevar la dieta adecuada (F=1)	No hacer nada (F=2)
La salud de algún familiar (F=10)	Problemas de alcoholismo, diabetes, cáncer, abortos, muerte y operaciones (F=10)	Busca darle solución (F=5)
		Recurre a la oración (F=2)
		Evade su preocupación (F=3)
Familia (F=6)	Su salud (F=3)	Busca darle solución (F=3)
	Su situación laboral (F=2)	No hacer nada (F=2)
	Toma de decisiones correctas por parte de los hijos (F=1)	Recurre a la oración (F=1)
Economía (F=7)	No tener dinero para los gastos médicos y de necesidades básicas como la alimentación. (F=7)	Busca darle solución (F=4)
		Evade su preocupación (F=3)
Otros problemas (F=6)	Quedarse sola (F=1)	Busca darle solución (F=3)
	Conflictos internos del grupo (F=1)	
	Conflictos familiares (F=3)	No hace nada (F=3)
	Sentirse bien consigo misma (F=1)	

Tabla XXXVIII.- Análisis de contenido de las evaluaciones.

Categoría	Pre-evaluación*	Post-evaluación**	Forma en la que le ayudó la Intervención.
Propia salud	F=9	Ya no se sienten preocupadas (F=4)	-Lograr relajarse más (F=3) -Dejar de tener pensamientos inadecuados (F=2) -Quererse más a sí misma (F=2) -Mejorar la relación con su familia (F=2)
		Aún continúan preocupándose (F=3)	
		Siguen preocupándose aunque no tanto como antes (F=2)	
		Antes no tenía preocupación pero ahora sí (F=1)***	
La salud de un familiar	F=10	Ya no se sienten preocupadas (F=3)	-Mejorar la comprensión de su situación (F=7) -Hablar con la familia (2)
		Aún continúan preocupándose (F=6)	
		Siguen preocupándose aunque no tanto como antes (F=1)	
Familia	F=6	Ya no se sienten preocupadas (F=3)	-Cambio de pensamientos inadecuados (F=2) -Poner límites a su familia y seres queridos (F=4)
		Siguen preocupándose aunque no tanto como antes (F=3)	
		Antes no tenía preocupación pero ahora sí (F=1)***	
Economía	F=7	Ya no se sienten preocupadas (F=5)	Información no reportada ****
		Aún continúan preocupándose (F=2)	
		Antes no tenía preocupación pero ahora sí (F=1)***	
Otros problemas	F=6	Ya no se sienten preocupadas (F=4)	-Cambio de pensamientos inadecuados (F=6)
		Aún continúan preocupándose (F=1)	
		Siguen preocupándose aunque no tanto como antes (F=1)	

* Participantes que manifestaron presentar preocupación antes de la intervención.

** Cambio registrado después de la intervención

*** Casos nuevos que manifestaron preocupación en la post-evaluación.

**** Cambio de la preocupación por situaciones ajenas a la Intervención.

participantes reportaron una negativa; con respecto a la economía, 5 participantes manifestaron ya no sentirse preocupadas; finalmente, al preguntárseles si aún continuaban con preocupación referente a “algún otro problema” que expresaron en la pre-evaluación, 4 reportaron que su sentimiento cambió.

Como se puede observar, en las categorías de “propia salud”, “familia” y “economía” aparece un nuevo caso que reporta preocupación, éste debido a situaciones fuera del alcance de la participante. No obstante, al evaluarse el impacto que la intervención tuvo, de acuerdo con los reportes hechos por las propias participantes, el cambio se logró a través del cambio de pensamientos inadecuados.

Con respecto a la categoría “economía”, pese al registro de 5 participantes que manifestaron un cambio favorable en dicha situación, no se establece que éste sea producto de la Intervención pues recurrieron a otro tipo de soluciones que no se abordaron en las sesiones programadas.

Opiniones de las Participantes con Respecto a la Intervención

Tres tipos de registros se implementaron a fin de explorar las opiniones de las participantes sobre las sesiones que integraron a la Intervención. El primer tipo de registro utilizado es en prototipo escala con cuatro caras que expresaban desde la tristeza hasta la alegría. Se les indicaba señalar la expresión facial que mejor se adecuara a su estado de ánimo cuando llegaron a la sesión y cuando terminaron (ver Apéndice 6). Esta idea se tomó de la tesis de doctorado de Samara (2009).

Un segundo registro se empleó para indagar lo más/menos agradable de las sesiones (ver Apéndice 7), así como las mejoras que las participantes sugirieran para dicha intervención.

Finalmente se empleó, dentro del cuestionario cualitativo correspondiente a la post-evaluación, una pregunta destinada a plasmar las opiniones referentes a la utilidad que las participantes encontraron de la intervención a la mejora de su estado emocional (ver Apéndice 4). A continuación se describen los resultados encontrados. Referente al registro de estado emocional, en todos los casos se observa una mejoría al terminar las sesiones de la intervención en comparación con el estado de ánimo reportado al inicio de las mismas (Ver Tabla XXXIX).

Con respecto a las opiniones que las participantes expresaron por escrito y de manera anónima acerca de las sesiones, el haber aprendido a dar soluciones a sus problemas y a sentirse mejor con ellas mismas, fueron las respuestas que se registraron con mayor frecuencia ante la cuestionante “lo que más me gustó fue:”. Referente a lo que menos les gustó, las opiniones se dividieron entre el hecho de que algunas participantes no externaran sus opiniones durante las sesiones, la no participación por parte de sus demás compañeras inscritas al grupo y a las tareas asignadas.

Por último, las participantes coincidieron al reportar la necesidad de generar un mayor número de sesiones para poder ahondar más en los temas y en sus problemáticas del diario, así como en la necesidad de que el resto de sus compañeras ingresaran a dicha intervención, en la participación de todas y en la participación del exponente con asesoría psicológica como parte integral de las sesiones. La Tabla XL resume el contenido encontrado.

En cuanto a la pregunta realizada como parte de la post-evaluación del instrumento cualitativo, las opiniones coincidieron en que la utilidad la encontraron en el hecho de no preocuparse tanto, el quererse más, estar más seguras de sí mismas, el tomar decisiones y el acercarse a su familia. La Tabla XLI, muestra las frecuencias registradas.

En resumen, los resultados encontrados, tanto del análisis cualitativo como del cuantitativo, reportan una mejoría en los indicadores de intensidad de ansiedad y depresión, pese a la baja significancia que registró la variable

Tabla XXXIX.- Mejoría del estado de ánimo registrada por participante.

Participante	Media de la puntuación inicial*.	Media de la Puntuación final*.	Mejoría (%)
1	3.5	3.9	10.7
2	3.1	4.0	27.3
3	3.3	4.0	20.0
4	2.8	3.7	32.0
5	3.1	3.4	9.1
6	3.7	4.0	9.1
7	2.8	3.6	28.6
8	2.6	3.3	23.8
9	3.3	4.0	21.7
10	3.0	4.0	33.3
11	3.4	4.0	17.6

* La puntuación se estableció de 1 al 4, donde 1 perteneció al gesto más triste y 4 al más alegre.

Tabla XL.- Opiniones con respecto a las sesiones de la intervención.

Lo que más me gustó, fue:	Lo que menos me gustó, fue:	¿En qué pueden mejorar las sesiones?
Dar soluciones a sus problemas (F=10)	El que algunas participantes no externaran sus opiniones durante las sesiones (F=3)	Generar más número de sesiones para poder ahondar más en los temas y en sus problemáticas del diario (F=2)
Sentirse mejor con ellas mismas (F= 3)	La no participación por parte de sus demás compañeras inscritas al grupo (F=2)	Que el resto de sus compañeras ingresaran a dicha intervención (F=2)
	Las tareas asignadas (F=1)	La participación del exponente con asesoría psicológica como parte integral de las sesiones (F=2)

Tabla XLI.- Utilidad de la intervención.

<i>¿Qué es lo que más le ha servido o piensa que le pueda servir lo visto en las sesiones?</i>	
Categoría	Opiniones de las participantes registradas
No preocuparse tanto (F=5)	“El no preocuparme mucho” “Ya no preocuparme” “Los consejos de no preocuparme, de ver por mí misma” “Ya no me preocupo tanto” “A no pensar en cosas negativas”
Quererse más a sí mismas (F=6)	“El quererme más” “No etiquetarme” “A sentirme mejor” “A entenderme, valorarme” “A demostrarme mi propio poder” “A reconocermé más como persona”
Estar más segura de sí misma (F=8)	“A estar más tranquila” “A sentirme mas segura” “Me sentí con más confianza” “A no dejarme manipular por los demás” “A sentirme mejor” “Me siento más segura, reflexiono positivamente” “Aprendí a defenderme, ya no me quedo callada y digo lo que siento” “Ya no me enojo tanto”.
Tomar decisiones (F=4)	“Me ayudó a tomar decisiones” “Decidir más claramente” “A pedirles que cooperaran con los gastos de la casa y los respectivos quehaceres.” “Aprendí a defenderme, ya no me quedo callada y digo lo que siento”
Acercarse más con la familia (F=3)	“A convivir más con mi familia, platico con mi familia sobre los temas vistos” “Ya no le digo tanto a mi hija lo que debe de hacer” “A hablar con sus hijos, exponerles lo que sentía”

ansiedad- estado. Así mismo, se puede observar las demás esferas de impacto que la intervención tuvo sobre las participantes ya que por medio de la entrevista se manifestó una cercanía con la familia, así como un incremento de la confianza en ellas mismas.

Discusión

Varios estudios han señalado la importancia de las intervenciones cognitivo-conductual para la reducción de ansiedad y depresión en adultos mayores (Barrowclough y col, 2001; Cappeliez, 2001; Floyd y col., 1998; Gallagher-Thompson y col., 1994), logrando así mejorar la calidad de vida y apoyando a la adherencia terapéutica de los mismos.

Los retos que actualmente se están planteando con el incremento de la población adulta mayor y de la demanda de servicios de salud a causa de enfermedades de orden emocional encubiertas con sintomatología clínica, hacen necesario generar nuevas estrategias de intervención que se encaminen tanto a la atención de la población que se encuentra afectada como a la prevención de futuros casos nuevos, esto con la intención de prever un futuro de mayor calidad donde la tendencia poblacional se dirige hacia la alza en cuanto al adulto mayor refiere.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue el probar si mediante el uso de una intervención psicológica se lograrían reducir los indicadores de intensidad de ansiedad y depresión de un grupo de mujeres cuya característica que compartían era el tener un diagnóstico de diabetes e/o hipertensión.

En general se encontró una mejoría del 21%, 13% y 20% para los indicadores de intensidad de depresión-rasgo, depresión-estado y ansiedad-rasgo de las participantes; respecto a la variable ansiedad-estado, los valores obtenidos indican que la intervención no logró cambios estadísticamente significativos (prueba de rangos de Wilcoxon; media antes de intervención:1.87,

media posterior intervención:1.5; $p= .073$) aún y cuando se observó una tendencia a la disminución del atributo. De acuerdo a lo registrado en los diarios de campo de quien condujo el presente, se identificó que en días próximos a la post-evaluación dos de las once participantes estuvieron sometidas a situaciones de potencial alteración emocional intensa, consistiendo en una intervención quirúrgica y problemas familiares que atentaban su economía seriamente. Existe la posibilidad de que esta situación, que sale del control del investigador, pueda estar relacionada con la insuficiente significancia estadística del cambio registrado en la variable ansiedad-estado.

Al revisar la Tabla XXXIII, se puede observar que los valores de rangos positivos para ansiedad-estado son ligeramente inferiores a los de las demás variables, lo que quizás se pudo haber relacionado con la significancia adquirida. Por su parte, el resultado obtenido en la variable ansiedad-rasgo muestra una disminución estadísticamente significativa (prueba de rangos de Wilcoxon; media antes de intervención: 2.12, media posterior intervención: 1.68; $p= .008$), lo cual sugiere un efecto positivo de la intervención psicológica generada para dicha variable. Lo mismo se pudo observar para las variables de depresión estado (prueba de rangos de Wilcoxon; media antes de intervención: 1.92, media posterior intervención:1.51; $p= .03$) y depresión rasgo (prueba de rangos de Wilcoxon; media antes de intervención: 2.09, media posterior intervención:1.8; $p= .02$).

En relación a las variables sociodemográficas, éstas no mostraron tener efecto alguno sobre el impacto de la intervención al mostrar valores superiores a $p=.05$, lo cual señala una baja relación entre la edad, estado civil, escolaridad, ingreso promedio mensual, diagnóstico de enfermedad, atención psicológica recibida e ingesta de ansiolíticos/antidepresivos, con los valores de ansiedad y depresión obtenidos en la pre-evaluación.

Con respecto al análisis cualitativo, este enriqueció los resultados reportados por el análisis estadístico de tal manera que al cuestionar a las

participantes sobre las estrategias que empleaban para dar solución a sus problemas, se mencionaron el hacer uso del apego a la dieta, la evasión de la problemática, el refugiarse en la oración, entre otros. Al término de la intervención, reportaron hacer uso de las estrategias enseñadas al expresar que el cambio de pensamiento, el hablar con la familia y la comprensión de la situación que genera preocupación, eran las formas en las que daban solución a sus problemáticas actuales.

Lo anterior también sucedió para las preocupaciones generadas por la propia salud de las participantes, la salud de algún familiar y otros problemas que no desaparecieron en su totalidad pero si disminuyeron notoriamente en cuanto a la frecuencia de participantes que reportaron dicha preocupación, lo que señala un cambio en la concepción de la problemática al manifestarse como “ya no sentirse preocupadas” o “siguen preocupándose aunque no tanto como antes”; lo anterior logrado a través del aprendizaje que planteó la relajación y el cambio de pensamientos inadecuados.

En cuanto al estado de ánimo que las participantes registraron al iniciar y terminar cada una de las sesiones, en todos los casos se observó una mejoría de dicho estado, teniendo así que la participante que registró un cambio mayor fue la décima.

Finalmente, al preguntarles por su opinión en relación a lo que ellas consideraron como lo más útil que hayan aprendido con las sesiones vistas, el estar más seguras de sí mismas, quererse más y no preocuparse tanto, fueron las tres categorías que mayor frecuencia registraron.

Los resultados aquí reportados, apoyan la evidencia empírica que antecede en la cual el empleo de este tipo de intervenciones para el manejo de la ansiedad y depresión en el adulto mayor, se ha mostrado importante para aprender a identificar los pensamientos responsables del malestar emocional; así mismo se suma a la serie de investigaciones que plantean el uso de las intervenciones psicológicas como herramienta útil para mejorar la calidad de

vida del anciano, logrando así decrementar el uso de los servicios de salud y permitiendo pasar los últimos años de sus vidas en la mejor condición posible (Salgado, 2009; Vergara, 2009; Del Castillo y col., 2004; Riveros y col., 2004; Jáuregui, y col., 2002).

CONCLUSION

La investigación realizada viene a sumarse a la inmensa cantidad de literatura científica que argumenta la utilidad de la atención psicológica como parte fundamental para adquirir una vida saludable, esto desde la postura teórica cognitivo-conductual al ser la más estudiada y cuyos resultados han sido los más significativos. Los hallazgos encontrados señalan la importancia que tiene que los estudios científicos integren datos de orden cualitativo ya que pueden enriquecer los resultados numéricos que señalan la significancia adquirida; en este caso ayudaron a ofrecer posibles explicaciones a la hipótesis nula que no pudo ser rechazada, también permitió conocer más detalladamente las problemáticas que más afectaban a las participantes y las formas en las que les daban soluciones.

Así mismo, se corrobora que aunque sean adultos mayores esto no imposibilita el hecho de poder adquirir nuevos aprendizajes y que además puedan cambiar creencias que están arraigadas por tantos años pues tal como sucedió en este estudio, los cambios más significativos fueron los referentes a la ansiedad y depresión rasgo de las participantes.

También se hizo evidente la necesidad de crear más programas de apoyo que atiendan al malestar emocional del adulto mayor pues aunque esta intervención se enfocó en los aspectos de problemas interpersonales y solución de problemas, las participantes externaron su deseo de que el número de sesiones se ampliara para poder seguir adquiriendo conocimientos.

El presente estudio viene a sentar un antecedente de la importancia que tiene el trabajo con el adulto mayor y su estado emocional pues desafortunadamente es un área poco explorada tanto por el paciente mismo como por el área de salud. Sin embargo, la necesidad de atender la salud mental se hace evidente en las reuniones de los Grupos de Ayuda Mutua donde a manera de charla se comparten las historias de vida que vienen a impactar

sobre el estado de salud de los pacientes, quienes carecen de una guía adecuada para resolver sus problemáticas.

Así mismo, no se puede pasar por alto las limitantes encontradas pues una de ellas fue el hecho de no haber logrado alcanzar la significancia esperada para la variable ansiedad-estado; ésto pudo ser resultado de alguna deficiencia en la validación del instrumento empleado, a un error al momento de coleccionar los datos, o quizás impactó en los resultados la situación particular que se encontraban viviendo dos de las participantes; dado que aquí se desconoce la causa responsable, se propone realizar estudios de mayor profundidad si se desea continuar utilizando los instrumentos aquí señalados.

El empleo de una muestra tan pequeña puede ser considerado como una limitante más, pues ello dificulta que los hallazgos registrados puedan ser extrapolados a otras poblaciones con características similares. No obstante, hay argumentos que favorecen el uso de muestras tan pequeñas tanto en lo teórico como en lo práctico. Varios autores señalan la importancia de trabajar con grupos menores de 15 miembros cuando se trate de una intervención psicológica (Gallagher-Thompson y col., 2008; Ballester, 2003; Cappeliez, 2001), esto debido a la atención focalizada que se necesita por cada participante y más aún cuando se trata de adultos mayores donde la pauta de aprendizaje es más lenta y requiere de mayor atención. Así mismo, vasta literatura menciona que la ansiedad y la depresión son dos variables de orden emocional que son afectadas por una cantidad indefinida de factores dependientes de creencias, estilos de crianza, educación, cultura, historia de vida, experiencias, entre muchos más, por lo que el lograr cambios estadísticamente significativos en las muestras establecidas es todo un reto ya que se trata de personas que pueden o no, compartir culturas, creencias, ideas, historias, en sí factores que puedan explicar el comportamiento de la ansiedad y depresión que manifiesten (Vergara, 2009).

Es necesario seguir explorando científicamente el impacto que tienen las intervenciones psicológicas para mejorar la calidad de vida del ser humano pues hay una tendencia poblacional que nos indica lo urgente que es atender al adulto mayor ya que no está lejano el escenario donde predominarán los viejos sobre los jóvenes.

Por lo anterior se sugiere continuar con la realización de más estudios que argumenten y enriquezcan el apoyo que brinda la intervención psicológica donde las muestras puedan contar con un mayor número de participantes. Así mismo, el presente estudio puede ser empleado como un primer acercamiento a la creación de programas enfocados a la población adulta mayor donde se ha mostrado tener resultados positivos por lo que sienta un precedente en lo que respecta al Estado de Sonora, siendo así que se abre la posibilidad de generar réplicas de dicha investigación tanto por terapeutas como por profesionales de áreas afines previamente entrenados.

Así mismo, se sugiere que para posteriores investigaciones se contemple integrar preguntas que permitan medir el contexto y la forma en la que pudo verse afectada la vida de las participantes ante la presencia de indicadores de ansiedad y depresión con el fin de poder observar si dichos cambios mejoraron y la manera en la que lo hicieron producto de la intervención psicológica de la que sean partícipes.

Finalmente, respecto al objetivo principal que planteaba el determinar si los indicadores de intensidad de ansiedad y depresión disminuirían como resultado de la intervención cognitivo-conductual grupal, mediante la comparación de las puntuaciones obtenidas entre la pre y post evaluación, se puede concluir que referente a los cambios a nivel rasgo, se lograron reducir significativamente mostrando cambios importantes al reportar una $p < .05$ en ambos casos (ansiedad-rasgo = .008; depresión-rasgo = .028). Lo anterior plantea la posibilidad de haber reducido la frecuencia con la que las participantes eran propensas a experimentar estados de depresión o ansiedad. Con respecto a los indicadores

de intensidad a nivel estado, los resultados muestran una reducción significativa para la depresión (prueba de rangos de Wilcoxon; media antes de intervención:1.92, media posterior intervención:1.51; $p= .03$), no así para la ansiedad (prueba de rangos de Wilcoxon; media antes de intervención:1.87, media posterior intervención:1.5; $p= .073$). Por lo anterior se puede establecer que la intervención psicológica fue parcialmente efectiva pues habría que realizar estudios más profundos que exploren la baja significancia adquirida por la variable en cuestión y así poder definir si fue error del instrumento, de las circunstancias que en ese momento podrían haber estado afectando directamente a las participantes y que no hayan sido reportadas o tomadas en cuenta por el investigador, tales como, problemas económicos, de salud, la temperatura del ambiente, problemas familiares, entre muchos más que pudieron haber convergido, logrando incidir sobre dicha variable, o si se trata de un descubrimiento más en el que los cambios generados a nivel rasgo no se reflejen a nivel estado en cuanto a ansiedad refiere.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, C., Barquera, S., Barrigüete, J., Lara, A., Lomeli, C., Méndez, A., Mendoza, C., y Pastelín, G. 2008. Protocolo Clínico para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica. Secretaría de Salud.
- American Diabetes Association (ADA). 2008. All about diabetes. Recuperado el 15 de Agosto de 2008, desde www.diabetes.org.
- American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª. ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R., & Lustman, P. 2001. The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*. 24, 1069-1078
- Andrade R. y Pelá, I. 2005. Seguimiento farmacéutico y su impacto sobre los resultados glucémicos en pacientes diabéticos tipo 2. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 3 (2) 112-122.
- Arellano, O., Barquera, S., Barrigüete, J., Lara, A., López, A., y Rosas, M. 2008. Protocolo Clínico para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes. Secretaría de Salud.
- Arrivillaga, M., Correa, M., y Salazar, C. 2007. Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica. México. Manual Moderno.
- Ballester, R. 2003. Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*. 15 (4); 517-523.
- Barbería, J. 1998. Hipertensión arterial y diabetes. *ANALES*. 21 (1); 79-89.
- Barrowclough, C., Colville, J., Rusell, E., & Tarrier, N. 2001. A randomized trial of the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Supportive

- Counseling for Anxiety Symptoms in Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69 (5); 756-762.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M., y Lozano, R. 2004. Prevalencia y Diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*. 47 (1); S4-S11.
- Bieling PJ, McCabe RE & Antony MM. Cognitive Behavioral Therapy Groups: Structure and Process. 2006. New York NY: Guildford Press
- Cabrera, I., y Montorio, I. 2009. Ansiedad y envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 44 (2); 106-111.
- Cano, V., y Miguel, J. Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de Febrero-15 de Marzo de 2000. Recuperado el día 01 de Febrero de 2010, desde: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm
- Cappeliez, P. 2001. Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*. 6 (3); 165-174.
- Carbonell, M., Grau, J., y Grau, R. 2003. El inventario de depresión Rasgo-Estado (IDERE): Desarrollo de una versión cubana. *Terapia Psicológica*. 21 (2); 121-135.
- Castro, C. 2001. Diabetes e Hipertensión. Tratamiento Actual. *Revista de la Sociedad de Cardiología de las Misiones*. 1 (1); 1-8.
- Ciechanowski, P., Katon, W., Russo, J., & Hirsch, I. 2003. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care, and glucose control in diabetes. *General Hospital Psychiatry*. 25, 246-253.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. (CIE-10). Recuperado el día 7 de Enero de 2009, desde: www.psicoactiva.com

- Coeli, C., Ferreira, L., Drbal, M., Veras, R., Camargo, Jr. Y Cascão, A. 2002. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada. *Revista de Saúde Pública*. 367 (2) 135-140.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050. México.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2004. Envejecimiento Demográfico en México: Retos y Perspectivas. México.
- Craighead, L., Craighead, E., Kazdin, A., & Mahoney, M. 1993. Cognitive and behavioral interventions. Boston. ALLYN AND BACON.
- De Groot M, Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustman P 2000. Association of diabetes complications and depression in type 1 and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes*. 49; 63
- Del Castillo, A., Reyes, I., y Sánchez-Sosa, J. 2004. Intervención cognitivo conductual para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de un grupo de pacientes con diabetes tipo 2. *La psicología social en México*. 10; 461-468.
- Domínguez, G. 2009. Informe Técnico de la Etapa 1: Evaluación de características psicosociales del paciente diabético adulto mayor para el diseño de programas de apoyo a la adherencia terapéutica y el control glicémico. CONACYT.
- Domínguez-Guedea, M. 2010. Validez y confiabilidad de los inventarios IDARE e IDERE en adultos tardíos y adultos mayores hermosillenses con problemas de salud. Manuscrito no publicado. Universidad de Sonora, Hermosillo, México.
- Dryden, W. 2006. First Steps ins REBT. A Guide to Practicing REBT in counseling. Ed. Albert Ellis Institute. New York.
- Ellis, A. 1999. Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual. México. Paidós.
- Ellis, A., y Abrahms, E. 2005. Terapia Racional Emotiva. PAX MEXICO. México.

- Encuesta Nacional de Salud. 2000. La salud de los adultos. México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rodríguez, M., Lazcano, E., Hernández, B. y Oropeza, C. 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por entidad federativa, Sonora. *Instituto Nacional de Salud Pública*.
- Fernández, D., y Vela, F. 2005. Envejecimiento demográfico en México. Evaluación de los datos censales por edad y sexo, 1970-2000. *Papeles de Población*. 45; 106-141.
- Fernández-Abascal, E., Martín, M., y Domínguez, F. 2003. Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. 15 (4); 615-630.
- Floyd, M., & Scogin, F. 1998. Cognitive Behavior Therapy for Older Adults: How Does it Work? *Psychotherapy*. 35 (4); 459-463.
- Gallagher-Thompson, D., Steffen, A., & Thompson, L. 2008. Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults. United States of America. Ed. Springer.
- García, C., Gutiérrez, E., Borroel, L., Oramas, P., y Vidal, M. 2002. Club de diabéticos y su impacto en la disminución de glicémica del diabético tipo 2. *Salud de Tabasco*. 8 (1); 16-19.
- Garay, C., Korman, G. y Keegan, E. 2008. Terapia Cognitivo Conductual en formato Grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Revista de Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 12, 61-72.
- Grau J, Martin M, Portero D. 1993. Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Revista Interamericana de Psicología*. 27 (1), 37-58
- Guadalajara, J. 1996. Cardiología. Ed. INTERSISTEMAS. México.
- Gutiérrez, L. 2004. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. En La situación demográfica de México. CONAPO.

- Recuperado el día 01 de Febrero de 2010, desde:
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2004/sdm26.pdf>
- Hernández, Z. 2004. La participación del psicólogo en la atención de la salud del adulto mayor. *Enseñanza e investigación en psicología*. 9 (2); 303-319.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Obtenido el día 10 de Agosto de 2008, desde: <http://www.inegi.gob.mx/inegi>
- Jáuregui, J., De la Torre, A., y Gómez, G. 2002. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. *Revista Médica IMSS*. 40 (4); 307-318.
- Jiménez, M., y Dávila, M. 2007. Psicodiabetes. *Avances en psicología Latinoamericana*. 25 (1); 126-143
- Kuri, P., Álvarez, C., Lara, A., Vera, H., Fernández, E., Molina, V. y Fuentes, L. 2001. Clubes Diabéticos. Guía Técnica para su funcionamiento. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de vigilancia y epidemiología. Programa de Salud del Adulto y el Anciano.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., De Groot, M., Carney, R. M., & Clouse, R. E. 2000. Depression and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*. 23, 934-942.
- Martínez, M., Durán, L., Baster, C., y Guevara, G. 2003. Depresión y estado de salud en el adulto mayor en el servicio de geriatría. *Correo Científico Médico de Holguín*. 7 (3). Recuperado el día 26 de Enero de 2010, desde: <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73ori6.htm>
- Matthews, K., Gallo, L., Rääkkönen, K., & Kuller, L. 2008. Association between socioeconomic status and metabolic syndrome in women: Testing the Reserve Capacity Model. *Health Psychology*. 27 (5); 576-583
- Méndez, X., y Beléndez, M. 1994. Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales psicología*. 10 (2); 189-198

- Miguel-Tobal, J., Cano-Videl, A., Casado, M., y Escalona, A. 1994. Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología*. 10 (2); 199-216.
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. (2001). *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 48 (2); 83-109.
- Muñoz-Reyna, A., Ocampo-Barrio, P., y Quiroz-Pérez, J. 2007. Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos en la glucemia y peso corporal. *Medicina Familiar*. 9 (2); 87-91
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria (NOM-015-SSA2-1994). Recuperada el día 15 de Agosto de 2008, desde: <http://www.salud.gob.mx>
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial (NOM-030-SSA2-1999). Recuperada el día 26 de Junio de 2009, desde: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>
- Norris, S., Engelgau, M., y Narayan, K. 2001. Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 24 (3). 561-587.
- Oblitas, J. (2006). *Psicología de la Salud y la Calidad de Vida*. Thomson: México.
- Olvera, A., Stewart, S., Galindo, L., y Stephens, J. 2007. Diabetes, Depression, and Metabolic Control in Latinas. *American Psychological Association*. 13 (3); 225-231.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. 2004. *Desarrollo humano*. México. McGraw-Hill.
- Pelegri, C., Ventura, T. y Corbera, M. 2002. Urgencias en psicogeriatría. *Psiquiatría.com*. Recuperado el día 15 de Diciembre de 2009, desde: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/5921/>

- Pérez, R. 2006. Trastornos afectivos en el Adulto Mayor. Algunas consideraciones sobre el tema. *GEROINFO*. 2 (2); 1-13
- Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. 2001. Secretaría de Salud. Recuperado el día 27 de Junio de 2008, desde: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf
- Ramón, J., Domínguez, M., González, C., Castiñeira, M., y Crespo, J. 2005. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Hipertensión Arterial*. 22 (2); 44-46.
- Richman, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. 2005. Positive Emotions and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology*. 24 (4); 422-429.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcaraz, F., y Sánchez-Sosa, J. 2004. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5 (3); 445-462
- Roca, E. 2009. La terapia racional emotiva (TRE). Versión electrónica. Obtenida el día 24 de Marzo de 2009, desde: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina5.htm>
- Salgado, S. 2009. Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual en pacientes con enfermedades crónico degenerativa. Tesis de Maestría. UNAM. México, D.F.
- Sandoval, J., y Richard, M. 2009. La Salud Mental en México. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. Recuperado el día 01 de Febrero de 2010, desde: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Semerari, A. 2002. Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. Barcelona. PAIDÓS.

- Shadish, W., Cook, T., y Campbell, D. 2002. Experimental and quasi-experimental designs. Houghton Mifflin Company. Boston, New York.
- Siegel, S. 2005. Estadística no paramétrica. México. Ed. Trillas.
- Sistema Nacional de Información en Salud. 2007. En red. Obtenida el día 12 de Junio de 2008, desde: <http://www.saludsonora.gob.mx/descargas/estadisticas/SNIS.pdf>
- Snoek, F., Nicole, C., Van de Ver, M., & Loanch, C. 1999. Cognitive Behavioral Group Training for Poorly Controlled Type 1 Diabetes Patients: A Psychoeducational Approach. *Diabetes Spectrum*. 12 (3); 147-156
- Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. 2010. Epidemiología de la hipertensión en la diabetes mellitus. Recuperada el día 18 de Enero de 2010 desde: <http://www.saha.org.ar/temas/htadiabetes.htm>
- Spielberger, D., y Díaz-Guerrero, R. 1994. Inventario de ansiedad rasgo-estado. México: El Manual Moderno.
- Tylor, S. 2007. Psicología de la Salud. McGraw-Hill. México, D.F.
- Van der Does, F., De Neeling, J., Snoek, F., Kostense, P., Grootenhuis, P., Bouter, L. 1996. Symptoms and wellbeing in relation to glycemic control in type II diabetes. *Diabetes Care*. 19, 204-210.
- Van de Vijer, F. 1998. Towards a theory of bias and equivalence. *ZUMA-Nachrichten Spezial*.
- Van de Vijer, F & Leung, K. 2000. Methodological issues in Psychological research on culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 31 (1):33-51.
- Van de Vijer, F. & Leung K. 2001. Personality in cultural context: Methodological issues. *Journal of Personality*. 69 (6): 1007-1031.
- Van, M., MacCaskill, C., Lane, J., Edwards, C., Bethel, A., Feinglos, M., & Surwit, R. 2001. Depressed Mood is a Factor in Glycemic Control in Type 1 Diabetes. *Psychosomatic Medicine*. 63; 551-555.

- Velázquez, O., Lara, A., Martínez, Y., Tapia, F., Jiménez, R., y Martínez, F. 2001. Evaluación de clubes de ayuda mutua. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 9 (3), 126-132.
- Velázquez, O., Rosas, M., Lara, A., Pastelín, G., Grupo ENSA 2000, Attie, F., y Tapia, R. 2002. Hipertensión Arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*. 72 (1); pg. 71-84
- Vergara, S. 2009. Intervención Cognitivo-Conductual en Adultos Mayores: Retos y Dificultades en la Adaptación de una Terapia de Grupo Manualizada. Tesis de Doctorado. Universidad Autónoma de México. México, D.F., 2009.
- Zarate, J. 2008. Detección de Depresión en Adultos Mayores y su Asociación con Enfermedades Crónico Degenerativas. Tesis de Especialidad. Universidad Autónoma de México. México, D.F. 2008.

APÉNDICE 1:
Planeación de Sesiones

SESIÓN 1

Objetivo final de la intervención: Brindar herramientas para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes diabéticas e hipertensas			
Objetivos de la sesión: (1) Establecer las reglas; (2) Informar sobre los módulos; (3) Crear empatía entre los participantes.			
ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO (minutos)	MATERIALES
Presentación de los facilitadores, rapport	Los facilitadores se presentarán con su nombre y profesión.	5	No aplica
Una presentación sin palabras	Se dirigirá una dinámica destinada a conocerse entre las participantes y los facilitadores mediante la expresión no verbal.	10	No aplica
Presentación de los módulos	Se presentará al grupo la composición de la intervención: días, horario, tareas y los módulos del taller.	5	Rotafolios
Reforzar la decisión de integrarse al grupo	El facilitador brindará información acerca de la importancia que tiene el trabajar en grupo vs individual dentro de la terapia cognitivo-conductual	10	Rotafolios y plumones
Dinámica de detección de expectativas	El facilitador dirigirá esta dinámica a fin de conocer y establecer las metas y expectativas de las participantes para posteriormente generar el compromiso de asistencia.	30	Hojas, plumas, rotafolios y plumones.
Dinámica "Aprender de la desgracia"	Dinámica dirigida a crear un ambiente empático donde se persigue el objetivo de que las participantes se identifiquen al ver que sus compañeras comparten una situación de vida que les ha provocado un malestar emocional.	10	No aplica
Pasar lista	Se pasará lista de asistencia	30	Lista de asistencia
Cierre de la sesión	El facilitador dará cierre a la sesión haciendo una reflexión grupal de lo visto en esas horas.	20	No aplica.

SESIÓN 2.

Objetivo final de la intervención: Brindar herramientas para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes diabéticas e hipertensas			
Objetivo de la sesión: (1) Firma de la carta compromiso; (2) Identificar las emociones negativas; (3) Practicar la respiración diafragmática			
ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO (minutos)	MATERIALES
Bienvenida, rapport	Se dará la bienvenida, se establecerá rapport	5	No aplica.
Revisión de la sesión anterior	Breve revisión de lo visto en la sesión anterior y respuesta de posibles dudas.	10	Rotafolios
Presentación y firma de la carta compromiso	El facilitador presentará la carta compromiso a las participantes, explicará en qué consiste y se procederá a la firma de la misma.	10	Rotafolios y plumones. Copias de la carta
Tema: Emociones: ¿qué son? Y ¿cuáles son?	El facilitador dirigirá el tema a manera de preguntas y respuestas para posteriormente integrar la información vertida en el material preparado.	20	Rotafolios y plumones
Ejercicio: proyección de imágenes	El facilitador proyectará una serie de imágenes para que las participantes identifiquen las emociones.	10	Proyector, laptop.
Tema: Ansiedad: ¿Qué es?, síntomas, ¿para qué nos sirve?,	El facilitador dirigirá el tema a manera de preguntas y respuestas para posteriormente integrar la información vertida en el material que ha preparado previamente	5	Rotafolios y plumones
Proyección y discusión del video “emociones y salud”	El facilitador proyectará un video donde, a manera didáctica, se ejemplifica el proceso del estrés en el organismo humano.	20	Proyector, laptop y bocinas
Ejercicio: Respiración diafragmática.	El facilitador explicará y demostrará cómo se realiza la respiración diafragmática para posteriormente solicitar que los participantes la realicen.	10	No aplica
Pasar lista	Se pasará lista de asistencia	20	Lista de asistencia
Tarea 1	Solicitar practicar la respiración diafragmática y venir con ropa cómoda la siguiente sesión	2	Tareas impresas

SESIÓN 3

Objetivo final de la intervención: Brindar herramientas de manejo de ansiedad y depresión en pacientes diabéticas e hipertensas			
Objetivo de la sesión: (1) Entrenar en relajación autógena y respiración profunda			
ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO (minutos)	MATERIALES
Bienvenida	Se dará la bienvenida y se establecerá rapport	5	No aplica
Revisión de la sesión anterior	Breve revisión de lo visto en la sesión anterior y respuesta de posibles dudas que se establezcan respecto al contenido	5	No aplica
Revisión de la tarea	Revisión de los ejercicios de respiración por cada participante	25	No aplica
Tema: Tratamientos para la Ansiedad	El facilitador dirigirá el tema a manera de preguntas y respuestas para posteriormente integrar la información vertida en el material que ha preparado previamente	10	Rotafolios
Ejercicio: Entrenamiento en respiración profunda	El facilitador expondrá la importancia de este tipo de respiración así como los beneficios que brinda para posteriormente dar inicio a la práctica.	20	Rotafolios y plumones
Entrenamiento en relajación autógena	El facilitador expondrá la importancia de este tipo de relajación así como los beneficios que brinda para posteriormente dar inicio a la práctica.	20	Rotafolios y plumones
Reflexión grupal	Se dirigirá a analizar cómo se han sentido con los ejercicios de relajación y las probables dudas que surjan durante la sesión.	25	Rotafolios y plumones
Pasar lista	Se pasará lista de asistencia	2	Lista de asistencia
Tarea 2	Indicará la importancia de realizar los ejercicios aprendidos en casa para su posterior dominio.	8	Tareas impresas

SESIÓN 4

Objetivo final de la intervención: Brindar herramientas de manejo de ansiedad y depresión en pacientes diabéticos			
Objetivo de la sesión: (1) Conocer qué es depresión; (2) Generar empatía entre las participantes			
ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO (minutos)	MATERIALES
Bienvenida	Se dará la bienvenida y se establecerá rapport	5	No aplica
Revisión de la sesión anterior	Breve revisión de lo visto en la sesión anterior y respuesta de posibles dudas que se establezcan respecto al contenido.	10	No aplica
Revisión de la tarea	Revisión de los ejercicios de relajación por participante	25	No aplica
Tema: Depresión; ¿qué es? ¿porqué nos deprimimos?. Factores biológicos, psicológicos, historia infantil, acontecimientos de vida y sociales	El facilitador dirigirá el tema a manera de preguntas y respuestas para establecer el nivel de conocimiento de los asistentes. Así mismo integrará la información vertida por los participantes en el material que ha preparado previamente	30	Rotafolios y plumones
Reflexión grupal	Se dirigirá a analizar cómo se han sentido con las sesiones y las probables dudas que surjan.	30	No aplica
Pasar lista	Se pasará lista de asistencia	10	Lista de asistencia
Tarea 3	Se Indicará y solicitará realizar los ejercicios aprendidos en casa para su posterior dominio. Así mismo, se les pedirá que enlisten las ocasiones en las que se sintieron tristes o ansiosas a fin de que ellas mismas brinden ejemplos con los que conviven diariamente.	10	Copias de las tareas para cada participante

SESIÓN 5.

Objetivo final de la intervención: Brindar herramientas para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes diabéticas e hipertensas			
Objetivo de la sesión: (1) Reforzar los ejercicios de relajación; (2) Introducir en la reestructuración cognitiva; (3) Conocer los pensamientos inadecuados (irracionales) y los pensamientos adecuados (racionales)			
ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO (minutos)	MATERIALES
Bienvenida	Se dará la bienvenida y se establecerá rapport	5	No aplica
Revisión de la sesión anterior	Breve revisión de lo visto en la sesión anterior	10	No aplica
Revisión de la tarea	Revisión de los ejercicios de relajación por participante	20	No aplica
TEMA: Introducción a la reestructuración cognitiva	Se brindará una explicación concreta y lo más sencilla posible sobre éstos temas. Se remarcará su importancia para reducir el malestar emocional. Se ejemplificará la conexión que existe entre los pensamientos inadecuados y las emociones que se desencadenan ante la presencia de éstos últimos.	10	Rotafolios y plumones
e la lista elaborada de tarea (tarea 3), los participantes identificarán los pensamientos inadecuados que sustentan esas emociones	Los participantes presentarán sus tareas y se anotarán en la pizarra algunos de los ejemplos. Posteriormente el facilitador motivará a los miembros a identificar las creencias que anteceden a sus emociones en cada situación descrita.	20	Rotafolios y plumones
Reflexión grupal	Se dirigirá a analizar cómo se han sentido con las sesiones y las probables dudas que surjan	5	No aplica
Pasar lista	Se pasará lista de asistencia	25	Lista de asistencia
Tarea 4	Se indicará la importancia de realizar los ejercicios aprendidos en casa para su posterior dominio.	25	Copias de la tarea para cada participante.

SESIÓN 6

Objetivo final de la intervención: Brindar herramientas para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes diabéticas e hipertensas			
Objetivo de la sesión: (1) Conocer los tipos de pensamientos inadecuados que existen; (2) Argumentar los pensamientos inadecuados			
ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO (minutos)	MATERIALES
Bienvenida	Se dará la bienvenida y se establecerá rapport	5	No aplica
Revisión de la sesión anterior	Breve revisión de lo visto en la sesión anterior y respuesta de posibles dudas que se establezcan respecto al contenido.	10	No aplica
Revisión de la tarea	El facilitador dará inicio y supervisión de la práctica de dichos ejercicios por cada participante.	20	No aplica
Introducción a la relajación por imaginación guiada	El facilitador expondrá la importancia de este tipo de ejercicio para posteriormente dar inicio a la práctica	30	No aplica
Tema: Tipos y características de las ideas inadecuadas y adecuadas	El facilitador explicará el contenido teórico de manera concreta y sencilla mediante ejemplos.	15	Rotafolios y plumones
Reflexión grupal	Se dirigirá a analizar cómo se han sentido con las sesiones y las probables dudas que surjan.	20	No aplica
Pasar lista	Se pasará lista de asistencia	15	Lista de asistencia
Tarea 5	Se indicará la importancia de realizar los ejercicios aprendidos en casa para su posterior dominio.	5	Copias de la tarea para cada participante.

SESIÓN 7.

Objetivo final de la intervención: Brindar herramientas para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes diabéticas e hipertensas			
Objetivo de la sesión: (1) Identificar los posibles pensamientos inadecuados en la historia personal de cada participante; (2) Afianzar la autoestima			
ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO (minutos)	MATERIALES
Bienvenida	Se dará la bienvenida y se establecerá rapport	5	No aplica
Revisión de la sesión anterior	Breve revisión de lo visto en la sesión anterior	10	No aplica
Revisión de la tarea	El facilitador dará inicio y supervisión de la práctica de dichos ejercicios por cada participante..	20	No aplica
Revisión del tema: la condición social de la mujer: cómo se nos enseña a ser mujer	Condición social en la que la mujer ha sido identificada y como desde pequeñas se les asigna tareas y roles a desempeñar que pueden impactar en su estado emocional de manera negativa.	15	Rotafolios y plumones
Dinámica “Volver a vivir”	Dinámica dirigida a recordar su vida desde la etapa natal hasta el día de la sesión.	10	No aplica
Discusión de la dinámica anterior	Una vez terminada la dinámica anterior, el facilitador solicitará la libre participación de aquellas participantes que deseen compartir los eventos que hayan recordado.	25	No aplica
Dinámica “el espejo”	Dinámica destinada a reconocerse como personas y a elevar el autoestima.	10	Un espejo para cada participante.
Reflexión grupal	Se dirigirá a analizar cómo se han sentido con las sesiones –particularmente con ésta última- y las probables dudas que surjan.	15	No aplica
Pasar lista	Se pasará lista de asistencia	5	Lista de asistencia
Tarea 6	Se indicará la importancia de realizar los ejercicios aprendidos en casa para su posterior dominio.	5	Copias de la tarea

SESIÓN 8.

Objetivo final de la intervención: Brindar herramientas para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes diabéticas e hipertensas			
Objetivo de la sesión: (1) Introducción a la Resolución de Problemas; (2) Ejercitar la estrategia			
ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO (minutos)	MATERIALES
Bienvenida	Se dará la bienvenida y se establecerá rapport	5	No aplica
Revisión de la sesión anterior	Breve revisión de lo visto en la sesión anterior y respuesta de posibles dudas que se establezcan respecto al contenido.	5	No aplica
Revisión de la tarea	El facilitador dará inicio y supervisión de la práctica de dichos ejercicios por cada participante.	10	No aplica
Tema: Resolución de problemas: ¿qué es?, ¿para qué?, ¿en qué consiste?	Se expondrá una situación con la que los participantes estén familiarizados donde se observarán detalladamente los pasos a seguir.	15	Rotafolios y plumones
Discusión	se brindará la oportunidad de discutir dudas y aplicabilidad de la estrategia para la vida de los participantes.	20	No aplica
Ejercicio: Identificación del problema en el que los participantes deseen trabajar	Se solicitará a los participantes que mencionen problemáticas en las que deseen trabajar y se escribirán en la pizarra. Seguido se elegirá una problemática para que el grupo trabaje en ella, siguiendo los pasos establecidos previamente.	30	Rotafolios y plumones
Rol-Playing	Los participantes ensayarán la alternativa que eligieron como la solución más adecuada.	20	No aplica
Reflexión Grupal	Se dirigirá a analizar cómo se han sentido con las sesiones y las probables dudas que surjan.	10	No aplica
Pasar lista	Se pasará lista de asistencia	3	Lista de asistencia
Tarea 7	Se les indicará la relevancia de realizar ésta tarea en casa	2	Copias de la tarea

SESIÓN 9.

Objetivo final de la intervención: Brindar herramientas para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes diabéticas e hipertensas			
Objetivo de la sesión: (1) Poner en práctica las habilidades adquiridas (Identificación y cambio de pensamientos inadecuados y resolución de problemas) sobre la problemática de administración económica			
ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO (minutos)	MATERIALES
Bienvenida	Se dará la bienvenida y se establecerá rapport	5	No aplica.
Revisión de la tarea	Se recogerán las tareas y en caso de tener dudas sobre la misma, se resolverán en ese momento.	10	Rotafolios y plumones
Revisión de lo visto en el taller	Breve revisión de lo visto en la sesión anterior y respuesta de posibles dudas que se establezcan respecto al contenido.	20	No aplica.
Discusión: Aplicabilidad en su vida de las dos estrategias revisadas durante el taller: Identificación y cambio de pensamientos inadecuados y Resolución de Problemas	El facilitador dirigirá una discusión con el grupo que aborde la aplicabilidad de las estrategias revisadas en el taller para las problemáticas de su diario vivir.	30	No aplica.
Ejercicio: Aplicación de las dos herramientas que se enseñaron en el taller, para la problemática de la economía en el hogar.	De acuerdo a la información brindada por los participantes, se dirigirán las dos estrategias aprendidas a mejorar el malestar emocional producto de la problemática de la economía del hogar. Las estrategias se aplicarán hasta donde la problemática lo permita.	25	Rotafolios y plumones
Reflexión Grupal	Se dirigirá a analizar cómo se han sentido con las sesiones y las probables dudas que surjan.	20	No aplica.
Pasar lista y cierre	Se pasará lista de asistencia y se dará cierre a la sesión	10	Lista de asistencia

SESIÓN 10

Objetivo final de la intervención: Brindar herramientas para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes diabéticas e hipertensas			
Objetivo de la sesión: (1) Cierre del taller.			
ACTIVIDAD	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO (minutos)	MATERIALES
Bienvenida	Se dará la bienvenida y se establecerá rapport	5	No aplica.
Revisión general de los temas vistos en el taller	El facilitador retomará lo más importante de los temas revisados durante el taller a fin de afianzar los conocimientos adquiridos.	25	Rotafolios
Aplicación de la evaluación del taller por parte de las participantes	Se aplicará un pequeño cuestionario de 3 preguntas sencillas y abiertas para identificar las mejoras que pudiese tener el taller, de acuerdo con la percepción de las participantes.	20	Copias de la evaluación a realizar
Revisión de las metas del taller alcanzadas, y retroalimentación de la experiencia vivida durante el desarrollo del taller	Se revisarán las metas que las participantes establecieron en la primera sesión y se contrastarán con lo que sientan que lograron, a fin de establecer si fueron alcanzadas o no.	20	Rotafolios de la dinámica “detección de expectativas” de la sesión 1
Entrega de Constancias, manual del taller para las participantes y de la “Guía de Recursos de Apoyo Comunitario”	El facilitador hará entrega del manual para las participantes, sus respectivas constancias de participación y de la “Guía de Recursos de Apoyo Comunitario” (ésta última pertenece al Lic. en Psicología Germán López).	25	Constancias, manuales del taller, guías de recursos de apoyo comunitario
Compartir experiencias de aprendizaje que surgieron durante el taller, tanto por parte de las participantes como del facilitador. Cierre final	El facilitador dirigirá unas palabras para las participantes a fin de agradecer, fortalecer y permitir dar cierre al lazo creado durante las sesiones del taller.	25	No aplica.

APÉNDICE 2
Datos Generales

Fecha: _____ Folio: _____

NOMBRE: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Diagnóstico: _____ Tiempo con el Dx. _____

Dirección: _____

_____ Tel: _____

Religión: _____ ¿Sabe leer y escribir? Sí ___ No ___

1.- ¿Usted tiene un trabajo remunerado? No ___ Sí ___

2.- Tiene otra entrada de dinero, como por ejemplo:

() Pensión () Apoyo Familiares () Otros: _____

3.-Sumando el dinero que reciben entre todas las personas que viven con Usted,
¿Cuál es la cantidad que más se acerca a su ingreso familiar mensual?

() Menos de \$1000 () De \$1000 a \$2000 () De \$2001 a \$3000

() De \$3001 a \$4000 () De \$4001 a \$5000 () De \$5001 a

\$6000

() Más de \$6000, ¿aproximadamente cuánto? _____

4.-¿Cuántas personas viven de ese ingreso? _____

5.-La vivienda donde vive es: () Propia () Prestada () Rentada

Atención psicológica

¿Ha llevado terapia antes? No ___ Sí _____

En caso de responder afirmativamente, ¿Cuándo las llevó y durante cuánto tiempo? _____

¿Actualmente está llevando sesiones con un (a) psicólogo (a)? No ___ Sí ___

¿Actualmente está tomando algún antidepresivo o ansiolítico? No ___ Sí ___

FAMILIOGRAMA

APÉNDICE 3:
Pre-Evaluación del Cuestionario Cualitativo

Datos de relaciones interpersonales

¿Actualmente tiene una pareja/cónyuge? No_____ Sí_____

¿Vive con él? No___ Sí_____

¿Cómo describiría su relación actual? _____

¿Hay algún miembro de la familia con el cual tenga una situación que le preocupe? (en caso de responder afirmativamente, ¿podría explicar brevemente en qué consiste?):

No _____ Sí _____

¿Qué hace cuando está pasando por esa preocupación? _____

Problemáticas

1.- ¿Su salud le preocupa? No_____ Sí_____ ¿Qué le preocupa?: _____

¿Qué hace cuando está pasando por esa preocupación? _____

2.- ¿Le preocupa la salud de algún familiar? No_____ Sí_____

¿Qué le preocupa?: _____

¿Qué hace cuando está pasando por esa preocupación? _____

3.- ¿Su familia le preocupa? No_____ Sí_____

¿Qué le preocupa?:_____

¿Qué hace cuando está pasando por esa situación?_____

4.- ¿Su economía le preocupa? No_____ Sí_____ ¿Qué le preocupa?:_____

¿Qué hace cuando está pasando por esa preocupación?_____

5.- ¿Otro problema que le preocupe? No _____ Sí_____ ¿Qué le preocupa?: _____

¿Qué hace cuando está pasando por esa preocupación?_____

Espacio dedicado para expresar dudas y/o comentarios de la entrevistada:

¿Tiene usted alguna duda, sugerencia o comentario que hacer a la presente encuestadora?:

Anotar si en el momento de la entrevista hubo algún acontecimiento social que pudiese mediar las respuestas (p.e., huracán, perder un ser amado, perder el trabajo, etc)

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR: _____

APÉNDICE 4

Post-Evaluación del Cuestionario Cualitativo

Fecha: _____ Folio: _____

1.- ¿Reportó tener una pareja/cónyuge? No _____ Sí _____

¿Cómo describiría su relación actual? _____

2.- ¿Hubo algún miembro de la familia con el cual tuviera una situación que le preocupara? En caso de responder afirmativamente, que responda si ha cambiado la situación y cómo ha sido esto, después de tomar el taller:

No _____ Sí _____

¿Qué de lo visto en el taller, le ha servido para resolver ésta preocupación? _____

Problemáticas

1.- ¿Reportó que su SALUD le preocupaba? No _____ Sí _____

¿Le continúa preocupando? No _____ Sí _____

¿Qué ha hecho para resolverlo?

¿Lo que observó en el taller, le ha servido para ayudarle a resolver ésta situación?

No _____ Sí _____

¿Qué de lo visto en el taller le ha ayudado a resolver éste problema?

2.- ¿Reportó que le preocupaba la SALUD de algún FAMILIAR? No _____ Sí _____

¿Le continúa preocupando? No _____ Sí _____

¿Qué ha hecho para resolverlo?

¿Lo que observó en el taller, le ha servido para ayudarle a resolver ésta situación?

No _____ Sí _____

¿Qué de lo visto en el taller le ha ayudado a resolver éste problema?

3.- ¿Reportó que su FAMILIA le preocupaba? No____ Sí____

¿Le continúa preocupando? No____ Sí_____

¿Qué ha hecho para resolverlo?

¿Lo que observó en el taller, le ha servido para ayudarle a resolver ésta situación?

No____ Sí____

¿Qué de lo visto en el taller le ha ayudado a resolver éste problema?

4.- ¿Reportó que su ECONOMÍA le preocupaba? No____ Sí____

¿Le continúa preocupando? No____ Sí_____

¿Qué ha hecho para resolverlo?

¿Lo que observó en el taller, le ha servido para ayudarle a resolver ésta situación?

No____ Sí____

¿Qué de lo visto en el taller le ha ayudado a resolver éste problema?

5.- ¿Reportó algún OTRO PROBLEMA que le preocupaba? No____ Sí____

¿Le continúa preocupando? No____ Sí_____

¿Qué ha hecho para resolverlo?

¿Lo que observó en el taller, le ha servido para ayudarle a resolver ésta situación?

No____ Sí____

¿Qué de lo visto en el taller le ha ayudado a resolver éste problema?

De lo visto en la intervención, ¿qué es lo que siente usted que le ha ayudado o que le ayudará a mejorar su estado emocional?

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR:

**APÉNDICE 5:
Cuestionarios**

IDERE- SUBESCALA E-

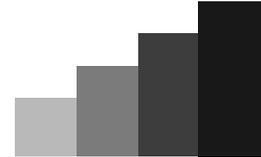
INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con una cruz (X) el número que indique que tanto se siente usted **AHORA** mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos **AHORA**.



1.- Me angustia pensar en mi futuro	1	2	3	4
2.-Estoy preocupada	1	2	3	4
3.- Siento confianza en mí misma	1	2	3	4
4.-Me canso al hacer cualquier cosa	1	2	3	4
5.-Me agobia el arrepentimiento	1	2	3	4
6.- Tengo paz en mi vida	1	2	3	4
7.- Quiero escapar de todos los problemas que tengo	1	2	3	4
8.- Me siento emocionalmente cansada	1	2	3	4
9.- Me siento confundida	1	2	3	4
10.- Siento ganas de llorar	1	2	3	4
11.- Siento alegría de vivir	1	2	3	4
12.- Me mortifican los sentimientos de culpa	1	2	3	4
13.- Me siento incapaz de hacer cualquier cosa, por fácil que sea	1	2	3	4
14.- Siento tranquilidad	1	2	3	4

IDERE- SUBESCALA R-

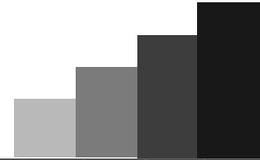
INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con una cruz (X) el número que indique que tanto se siente usted **GENERALMENTE**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo Ud. se siente **GENERALMENTE**.



1.- Siento que las demás personas son más felices que yo	1	2	3	4
2.-Creo que he tenido suerte en la vida	1	2	3	4
3.- Siento que los demás se olvidan de mí	1	2	3	4
4.-Pienso que todo saldrá bien en el futuro	1	2	3	4
5.-Se me baja el ánimo	1	2	3	4
6.- Tengo confianza en mí misma	1	2	3	4
7.- Me siento aburrida	1	2	3	4
8.- Veo el lado bueno de las cosas	1	2	3	4
9.- Me agobian las preocupaciones	1	2	3	4
10.- Estoy satisfecha con lo que he logrado en la vida	1	2	3	4
11.- Me mortifican los problemas emocionales	1	2	3	4
12.- Cada día para mí, es interesante	1	2	3	4
13.- Sufro al pensar en cosas en las que me he equivocado	1	2	3	4
14.- Me siento llena de fuerzas y energías	1	2	3	4
15.- Creo que en mi vida ha habido puros fracasos	1	2	3	4
16.- Me ahogo en un vaso de agua	1	2	3	4
17.- Soy una persona alegre	1	2	3	4
18.- Pienso que nadie reconoce las cosas buenas que hago	1	2	3	4
19.- Siento que los demás me dan ánimos para hacer las cosa	1	2	3	4

IDARE- SUBESCALA E-

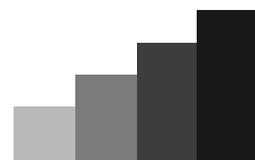
INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con una cruz (X) el número que indique que tanto se siente usted **AHORA** mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos **AHORA**.



1.- Siento calma	1	2	3	4
2.-Me siento segura	1	2	3	4
3.- Estoy tensa	1	2	3	4
4.-Estoy confundida	1	2	3	4
5.- Estoy a gusto	1	2	3	4
6.- Me siento alterada emocionalmente	1	2	3	4
7.- Estoy mortificada por contratiempos	1	2	3	4
8.- Me siento ansiosa	1	2	3	4
9.- Me siento cómoda	1	2	3	4
10.- Siento confianza en mí misma	1	2	3	4
11.- Me siento nerviosa	1	2	3	4
12.- Me siento alegre	1	2	3	4
13.- Me siento tranquila	1	2	3	4
14.- Me siento satisfecha	1	2	3	4
15.- Estoy preocupada	1	2	3	4
16.- Me siento angustiada	1	2	3	4
17.- Me siento bien	1	2	3	4

IDARE- SUBESCALA R-

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con una cruz (X) el número que indique que tanto se siente usted **GENERALMENTE**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo Ud. se siente **GENERALMENTE**.



1.- Soy una persona tranquila	1	2	3	4
2.-Siento ganas de llorar	1	2	3	4
3.- Quisiera ser tan feliz como los demás parecen serlo	1	2	3	4
4.- Pierdo oportunidades porque me tardo mucho para tomar las decisiones.	1	2	3	4
5.- Me siento bien	1	2	3	4
6.-Las dificultades se me amontonan sin poder superarlas	1	2	3	4
7.- Me preocupo por cosas sin importancia	1	2	3	4
8.- Soy feliz	1	2	3	4
9.- tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
10.- Trato de sacarle la vuelta a las dificultades	1	2	3	4
11.- Me siento melancólica	1	2	3	4
12.- Me siento satisfecha	1	2	3	4
13.- Me molestan ideas sin importancia que pasan por mi mente.	1	2	3	4
14.- Me afectan tanto los fracasos que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
15.- Soy una persona estable.	1	2	3	4
16.- Me irrito con los demás	1	2	3	4

APÉNDICE 6:
Medición del Estado de Ánimo al Inicio y Término de Cada Sesión

NOMBRE: _____	FECHA: _____			
Quando llegué me sentía:				
Al terminar, me siento:				

APÉNDICE 7:

Evaluación de la Intervención por las Participantes

Por favor responda las siguientes preguntas de manera sincera, este cuestionario no llevará nombre por lo que le aseguro que será completamente anónimo.

1.- Lo que más me gustó de las sesiones, fue:

2.- Lo que menos me gustó de las sesiones, fue:

3.- Creo que las sesiones podrían mejorar, si:

APÉNDICE 8:

Carta de Consentimiento Informado

Esta carta tiene el propósito de informarlo e invitarlo a participar en el Programa de Manejo Emocional (PME) organizado por la tesista de maestría en Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora, Esther Paulina Márquez Ulloa.

En este programa se ofrecerá orientación sobre estrategias de manejo emocional para lograr controlar las situaciones que les provoquen malestar emocional.

Su participación consistiría en asistir a las 16 sesiones del programa, planeadas los martes y viernes de Octubre y Noviembre del presente año, con una duración de una hora y media; y en autorizar el uso de la información generada para que la tesista Paulina Márquez y su asesora, Miriam Domínguez, puedan analizar los datos de manera grupal y los den a conocer en trabajos académicos (ej. tesis, artículos, reportes, conferencias). Por favor, considere que:

- 1) Su participación es voluntaria, es decir, usted NO está obligado a participar. Aún si aceptara participar pero después ya no, Usted puede abandonar el programa y no le afectará en los servicios de salud que recibe.
- 2) Si decide participar, tampoco obtendrá un beneficio personal adicional a lo que Usted normalmente tiene. Los beneficios de participar serán las habilidades que Usted adquiera dentro del programa y el conocimiento de los resultados grupales que se expondrán dentro de las sesiones programadas.
- 3) No se le pedirá ni ofrecerá ningún tipo de pago por su participación.
- 4) Durante las sesiones, los practicantes le pedirán que responda a breves formularios y realice algunas tareas, pero el manejo de la información que Usted dé, es estrictamente confidencial y será utilizada para organizar las actividades del programa y para la elaboración de trabajos académicos. Sus respuestas serán revisadas sólo por el equipo de practicantes y no se compartirá información personal con otros interesados. Una vez capturada

toda la información generada en el programa, Usted podrá quedarse con los formatos que haya respondido.

Si usted quiere mayor información sobre el programa y de los trabajos académicos que estamos haciendo, puede ponerse en contacto con la maestra de los practicantes, la Dra. en Psicología Miriam Domínguez Guedea, al teléfono 0446621-90-17-85 o al correo electrónico: miriamd@sociales.uson.mx. También puede ponerse en contacto si necesita orientación sobre servicios de atención psicológica disponibles en la ciudad.

Consentimiento:

Acepto participar voluntariamente en este programa. He tenido la oportunidad de formular todas mis preguntas sobre él al equipo de (usted recibirá una copia de esta carta de consentimiento informado, para su archivo).

Nombre, firma, iniciales o seudónimo (apodo) del (la) participante

Nombre y firma del miembro del equipo de facilitadores