

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

TÍTULO

**ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS DESDE EL MODELO COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN
PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DM TIPO 2 QUE ASISTEN AL
PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ÁREA DE SALUD DE
LIBERIA**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Posgrado en Psicología para optar al grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud

MARÍA DEL ROSARIO CAMACHO CAMACHO

LANG YING HERNÁNDEZ CHEVEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2024

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo a las personas usuarias con Diabetes Mellitus tipo 2 que forman parte del Programa de Medicina Familiar del área de Salud de Liberia. Su lucha diaria y su valentía son una fuente constante de inspiración para las y los profesionales que laboramos en Psicología

También queremos reconocer a las personas participantes que llevaron a cabo este proceso grupal. Gracias por permitirnos trabajar junto a ustedes, dialogar reflexionar gracias a su apoyo y compromiso han sido fundamentales para el éxito de este trabajo.

Rosario y Lang

AGRADECIMIENTO

Al Programa de Medicina Familiar, del Área de Salud en Liberia, Guanacaste, por abrirnos las puertas de su institución. A la MSc. María Lourdes Flores Pizarro de la Biblioteca Pública de Liberia , Lic. Francisco Mayorga Rivas por brindarnos el espacio para el desarrollo de este proyecto investigativo.

Mi gratitud por siempre a M.Sc. Karla Villalobos Carrillo, M.Sc. Marco Vidaurre Arredondo y M.Sc. Marietta Villalobos Barrantes por apoyarnos en los momentos difíciles que conlleva este carrusel de aprendizajes que es investigar.

A Luis, por acompañarme en mis aventuras académicas.

A Rosario, por su apoyo incondicional en todo momento durante este proceso.

Lang

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido a mi éxito en esta maestría. Sin su apoyo, no habría sido posible llegar hasta aquí.

En primer lugar, agradezco a Dios todo poderoso por la oportunidad de llevar a cabo este proyecto. Esta maestría tiene un gran beneficio para los usuarios con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del área de Salud de Liberia. Su guía y protección han sido fundamentales en este camino.

A mi madre, mi ejemplo de vida, le agradezco por sus sabios consejos a lo largo de mi trayecto. Su amor y apoyo incondicional me han impulsado a seguir adelante.

A mis hijos, mi familia y mis seres queridos, les doy las gracias por su paciencia y comprensión durante este proceso. Su aliento y cariño han sido mi motor.

Finalmente, quiero reconocer a mi compañera de este TFM. Su colaboración y ayuda han sido invaluable para lograr este nuevo éxito. Asimismo, quiero agradecer al equipo asesor TFIA por su apoyo y colaboración a lo largo de este trayecto.

Rosario

Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud.

M.Sc. Jimena Escalante Meza
**Representante de la Decanatura
Sistema de Estudios de Posgrado**

M.Sc. Karla Villalobos Carrillo
Profesora Guía

M.Sc. Marietta Villalobos Barrantes
Lectora

M.Sc. Marco Vidaurre Arredondo
Lector

M.Sc. Catalina Ramírez Vega
Representante de la Directora Programa de Posgrado en Psicología

María del Rosario Camacho Camacho
Sustentante

Lang Ying Hernández Chevez
Sustentante

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
TABLA DE CONTENIDO.....	v
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE APÉDICES.....	xii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xiii
CAPITULO I. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA.....	1
1.1.Introducción.....	2
1.2.Justificación.....	5
CAPITULO II. ANTECEDENTES.....	10
2.1. Contextualización.....	11
2.2 Caracterización del Programa de Medicina Familiar adscrito al Área de Salud de Liberia.....	11
2.3 Internacionales.....	13
2.4 Nacionales.....	15
CAPITULO III. MARCO CONCEPTUAL.....	20
III. MARCO CONCEPTUAL.....	21
3.1. Una mirada hacia la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	21
3.2. La Psicología en la promoción de la salud.....	23
3.3. Factores psicológicos y emocionales en la Diabetes Mellitus tipo 2.....	27
3.4. La Salud Mental en personas con Diabetes Mellitus tipo 2.....	29
3.5 Terapia Cognitivo Conductual y la psicoeducación en el Diabetes Mellitus tipo 2.....	31
CAPITULO IV. OBJETIVOS.....	33
4.1. Pregunta de Investigación.....	34
4.2. Objetivo general.....	34
4.3. Objetivos Específicos.....	34
4.4 Objetivo Externo.....	35
CAPITULO V. METODOLOGÍA.....	36
V. ESTRATEGIA MEDOLOGICA.....	37
5.1. Paradigma: Naturalista Interpretativo.....	37
5. 2. Enfoque de la Investigación: Cualitativo.....	38

5. 3. Diseño: Investigación Acción.....	38
5.4. Alcances y profundidad del estudio.....	39
5.5. Selección de las personas participantes	40
5.6. Técnicas, instrumentos y análisis de la información	41
5.6.1. Entrevista semiestructurada	41
5.6.2. Talleres.....	42
5. 7. Fases del proceso de la investigación aplicada	42
5.8. Definición de actividades, funciones, tareas básicas y productos esperados, según cada objetivo específico.....	46
5. 9. Definición de las relaciones interdisciplinarias por desarrollar como parte de las actividades por realizar	48
5. 10. Definición del sistema de supervisión que se llevará a cabo.....	48
5. 11. Definición del proceso de evaluación de la práctica e informes por presentar	48
5. 12. Precauciones tomadas para proteger a las personas que participan en la práctica	49
5.13. CRONOGRAMA.....	50
CAPITULO VI. SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	51
VI. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADO.....	52
6. SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	52
6.1. Presentación de resultados de la etapa diagnóstica.....	52
6.2 Descripción de las personas participantes	53
6.3. Presentación y análisis de resultados de la entrevista semiestructurada.....	58
6.3.1. Categoría 1. Reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2	58
6.3.2. Categoría 2. Creencias y necesidades emocionales que presentan las personas con diagnóstico DM tipo 2 con respecto a su enfermedad.....	61
6.3.3. Categoría 3. Salud Mental.....	64
6.3.4. Categoría 4. Tratamiento.....	66
6.3.5. Categoría 5. Estrategia y acciones para el cuidado de la salud que realizan las personas participantes para cuidar su salud	69
6.4 Síntesis.....	72
6.5 DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	73
6.5.1 Presentación de la propuesta.....	73
6.5.2. Justificación de la propuesta	75
6.5.3. Objetivo general.....	76
6.5.4. Objetivos específicos	76
6.5.5. Diseño de la estrategia de intervención	76
6.5 .6. Metodología de la propuesta.....	79
6.5 .7. Sugerencias antes de aplicar la propuesta.....	79
7.5 .8. Instrumentos de evaluación por participantes.....	116

CAPITULO VII. SISTEMATIZACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	117
VII. SISTEMATIZACIÓN Y RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN DEL PROCESO GRUPAL	118
7. 1. Acerca del proceso grupal.....	118
7. 2. Fechas que se realizó el proceso de talleres psicoeducativos grupales.....	118
7. 3. Sistematización de sesiones grupales	119
7.3.1. Sesión 1. Taller “Una mirada hacia la Diabetes Mellitus Tipo 2”	119
7.3.2. Sesión 2. Taller “Crónica de una batalla interna: nuestra salud mental” .	123
9.3.3. Sesión 3. Taller “Redescubriendo mis emociones”	126
7.3.4. Sesión 4. Taller “Expresión de las emociones y sentimientos”	132
7.3.5. Sesión 5. Taller “Afecto, familia y salud mental”	134
7.3.6. Sesión 6. Taller “Alimentación consciente”	138
7.3.7. Sesión 7. Taller “Cuándo nos visita la ansiedad y la depresión durante la diabetes tipo 2”.....	141
7.3.8. Sesión 8. “Taller Estrategia para cuidar la salud mental y las emociones”	149
CAPITULO VIII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	155
VIII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	156
8.1. Reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2	156
8.2.Reconocer las creencias y necesidades emocionales de las personas con diagnóstico DM tipo 2 en relación con el manejo de la salud mental	160
8.3. Describir las estrategias para el cuidado de la salud que realizan las personas participantes respecto a su diagnóstico DM tipo 2	164
8.4. Generar un espacio de intervención psicoeducativo grupal para la promoción de la salud mental dirigida a las personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Salud Familiar del Área de Salud de Liberia.....	166
CAPITULO IX. REFLEXIONES FINALES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	170
IX. REFLEXIONES FINALES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	171
9.1 Reflexiones finales.....	171
9.2. Limitaciones.....	178
9.3. Recomendaciones	179
9.3.1 Programa en la Maestría de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Costa Rica	179
9.3.2 Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia	179
9.3.3 A profesionales en el área de la Psicología.....	180
9.3.4 Población participante.....	181
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	182
XI. ANEXOS.....	191

RESUMEN

El objetivo de esta investigación aplicada fue promover la salud mental en personas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, quienes asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia, a través de estrategias psicoeducativas basadas en el modelo cognitivo-conductual. El estudio se basó en el paradigma investigativo naturalista-interpretativo y se utilizó un enfoque cualitativo, bajo el diseño investigación-acción. Además, se empleó el modelo cognitivo conductual para llevar a cabo la intervención psicológica, a través de procesos psicoeducativos grupales dirigidos a personas con Diabetes Mellitus tipo 2.

Se utilizaron diferentes procedimientos para la recolección de información, entre ellos, se incluyen la entrevista semiestructurada aplicada a las personas participantes (Apéndice H) para la fase diagnóstica, la ejecución de talleres, la observación participante, así como las anotaciones y el registro por parte de las facilitadoras.

El informe brinda una sistematización detallada de la ejecución del abordaje psicoeducativo con el grupo de participantes, así como el análisis exhaustivo de sus discursos. Se destaca el haber facilitado la reflexión de creencias e ideas con respecto a la salud, la expresión de los sentimientos y emociones que surgen durante el proceso de su enfermedad. Además, se identificó la necesidad de recibir un mayor apoyo de profesionales en el área de la salud de manera integral, mediante espacios grupales.

El abordaje psicoeducativo grupal permitió a las personas participantes adquirir estrategias cognitivas-conductuales para el control de pensamientos negativos, la regulación de sus emociones y la autonomía. Además, lograron aplicar lo aprendido a nivel personal, familiar, laboral y social. Durante las sesiones, se abordaron diversos temas relacionados a la práctica de hábitos saludables, manejo del estrés, la toma de decisiones informadas, alimentación, comunicaciones asertivas, el ejercicio físico, entre otros.

Por último, se considera que la intervención terapéutica grupal, bajo el modelo cognitivo-conductual, facilitó la oportunidad de reflexionar y tomar conciencia en las personas participantes al adquirir estrategias y herramientas de afrontamiento para gestionar las emociones y cuidarse a sí mismo.

Palabras Claves: Diabetes Mellitus tipo 2, Salud Mental, Proceso Grupal, Psicoeducación, Modelo Cognitivo-Conductual, Autocuidado, Psicología de la Salud.

ABSTRACT

PSYCHOEDUCATIONAL STRATEGIES FROM THE COGNITIVE BEHAVIORAL MODEL FOR THE PROMOTION OF MENTAL HEALTH IN PEOPLE WITH A TYPE 2 DM DIAGNOSIS WHO ATTEND THE FAMILY MEDICINE PROGRAM OF THE HEALTH AREA OF LIBERIA

The objective of this applied research was to promote mental health in people diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus, who attend the Family Medicine Program of the Liberia Health Area, through psychoeducational strategies based on the cognitive-behavioral model. The study was based on the naturalistic-interpretive research paradigm and a qualitative approach, under the action research design. In addition, the cognitive behavioral model was used to carry out the psychological intervention, through group psychoeducational processes aimed at people with type 2 Diabetes Mellitus.

Different procedures were used to collect information, including semi-structured interviews applied to the participants (Appendix H) for the diagnostic phase, the execution of workshops, participant observation, as well as annotations and registration by the facilitators.

The report provides a detailed systematization of the execution of the psychoeducational approach with the group of participants, as well as an exhaustive discourse analysis. It stands out for having facilitated the reflection of beliefs and ideas regarding health, the expression of feelings and emotions that arise during the process of their illness. In addition, their need to receive greater support from professionals in the health area in a comprehensive manner, through group spaces, was identified.

The group psychoeducational approach allowed the participants to acquire cognitive-behavioral strategies for the control of negative thoughts, the regulation of their emotions and autonomy. In addition, they managed to apply what they learned at a personal, family, work, and social level. During the sessions, various topics related to the practice of healthy habits, stress management, informed decision making, nutrition, assertive communications, physical exercise, among others, were addressed.

Finally, it is considered that the group therapeutic intervention, under the cognitive-behavioral model, facilitated the opportunity for participants to reflect and become aware by acquiring coping strategies and tools to manage emotions and take care of themselves.

Keywords: Diabetes Mellitus type 2, Mental Health, Group Process, Psychoeducation, Cognitive-Behavioral Model, Self-Care, Health Psychology.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Actividades, tareas y productos esperados por objetivos	46
Tabla 2. Cronograma de actividades 2021 -2023	50
Tabla 3. Estructura y distribución de las temáticas de los talleres	77
Tabla 4. Guía utilizada para el diseño de los talleres	79
Tabla 5. Taller 1 “Una mirada hacia la Diabetes Mellitus Tipo 2”	80
Tabla 6. Taller 2 “Crónica de una batalla interna: nuestra salud mental”	86
Tabla 7. Taller 3 “Redescubriendo mis emociones”	92
Tabla 8. Taller 4 “Expresión de las emociones y sentimientos”	99
Tabla 9. Taller 5 “Afecto, familia y salud mental”	104
Tabla 10. Taller 6 “Alimentación consciente”	108
Tabla 11. Taller 7 “Cuándo nos visita la ansiedad y la depresión durante la diabetes tipo 2”	111
Tabla 12. Taller 8 “Estrategia para cuidar la salud mental y las emociones”	113

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Acróstico de mi diabetes	84
Figura 2. Yo cuidaré de Mí	85
Figura 3. Crónica de una batalla interna: la salud mental	90
Figura 4. Emocionómetro: ¿Cómo me siento en este momento?	95
Figura 5. En qué momento “Me siento”	96
Figura 6. En qué momento “Me siento”	97
Figura 7. Escudo de Cualidades	98
Figura 8. Cualidades que florecen en mí	102
Figura 9. Diario de la gratitud	103
Figura 10. El árbol de Estrategias.....	107
Figura 11. Esquema de soluciones	115

ÍNDICE DE APÉDICES

Apéndice A.....	192
Apéndice B.....	193
Apéndice C.....	194
Apéndice D.....	195
Apéndice E.....	196
Apéndice F.....	197
Apéndice G.....	199
Apéndice H.....	203
Apéndice I.....	207

LISTA DE ABREVIATURAS

ATAP (Asistente Técnico de Atención Primaria).

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CCD (Clínica del Control del Dolor)

CP (Cuidados Paliativos) de Liberia.

Clínica de Prenatales ASL (Área de Salud Liberia).

COVID-19: Enfermedad por coronavirus

DM 2: Diabetes Mellitus tipo 2

EBÁIS: Equipos Básicos de Atención Integral a la Salud.

FID: Federación Internacional de Diabetes.

MS: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud.

(PINEC) Programa Integrado Nutricional de Enfermedades Crónicas

CAPITULO I. FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

1.1.Introducción

La Federación Internacional de Diabetes (FID, 2011 -2019), describe a la diabetes como “una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) prioritarias identificadas por la OMS [...] es frecuente, crónica y costosa” (p.4). Asimismo, señala que 4,6 millones de fallecimientos cada año en el mundo son atribuidos a la diabetes, se ubica entre las 10 causas principales de inhabilidad en el mundo, debilitando la productividad y el desarrollo humano. Indica que, de no realizarse una acción preventiva, se estima que “el número de personas con diabetes aumentará desde los más de 366 millones de 2011 hasta 552 millones en el 2030, o un adulto de cada diez” (p. 6).

La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica que se desarrolla cuando el páncreas no produce suficiente insulina, o cuando el cuerpo no puede utilizarla de manera adecuada. La insulina es una hormona que se requiere para regular los niveles de glucosa en la sangre y permite que las células la utilicen como fuente de energía. De acuerdo con la FID (2011 -2019) la diabetes es una enfermedad que afecta a la población mundial volviéndose una pandemia que ocasiona la muerte de millones de personas y desencadena severas complicaciones de salud y otras enfermedades.

En Costa Rica, la diabetes mellitus tipo 2 es la primera causa de muerte y afecta por lo general a personas mayores de 40 años; además, es una de las principales causas de amputaciones, cerca de un 50 % de ellas, que se realiza en los centros médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (Castillo, 2019).

En Liberia, de acuerdo con la Oficina de Estadística del Área de Salud, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) la enfermedad (E10-E14) Diabetes Mellitus) reportó para el año 2018, un total de 9429 pacientes; en 2019, la cantidad de 10 801; en el 2020, hubo 4175 casos y para setiembre del 2021 se había reportado 6327 pacientes, para un total de 30 723 personas atendidas. Los datos de aumento de la población con este diagnóstico son alarmantes, tal como lo indica la

Federación Internacional de Diabetes (FID), en el Plan Mundial contra la Diabetes, al ubicarla como una pandemia que afecta la salud en uno de los cantones de la provincia de Guanacaste.

A partir de los datos recabados, el presente proyecto de intervención aplicada tiene como objetivo promover la salud mental en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al Programa Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia, de tal forma, que se posibilite a los y las participantes herramientas para que puedan apropiarse de su salud, en el entendido que tendrán una mejor comprensión de su enfermedad y estrategias de afrontamiento que permitan una mejora en su condición de salud.

En relación con lo anterior, como maestrantes en Psicología Clínica y de la Salud, se busca promover la salud mental, desde un enfoque cognitivo-conductual, por medio de técnicas psicoeducativas, que permitan a las personas participantes identificar la reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2, reconocer las creencias que tienen las personas participantes con respecto a su diagnóstico y, por último, identificar creencias y necesidades que poseen las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, en relación con el manejo de la salud mental.

En ese sentido, se parte de lo señalado por Palacios, et al. (2017), que propone que la Psicología Clínica y de la Salud, también se puede enfocar en los factores cognitivos y conductuales de la salud y de la enfermedad. Tomando en cuenta los aspectos emocionales, sociales, biológicos que se involucran en este proceso de enfermedad, con el fin de prevenir, promover, tratar, mantener y rehabilitar la salud de las personas.

Por consiguiente, esta investigación aplicada, permitió realizar una aproximación sobre el papel de la Psicología Clínica y de la Salud, como promotora de la salud mental en el escenario del Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia.

A manera de resumen, este documento consta de los siguientes apartados, a saber: en el primer capítulo, se incluye la introducción, justificación del proyecto, se describe la problemática que da origen a la pregunta de la propuesta investigativa.

Seguidamente, los objetivos, tanto generales como específicos, así como los antecedentes internacionales y nacionales.

En el segundo capítulo, se describe el marco conceptual o teórico, donde se hace referencia sobre el concepto de Diabetes Mellitus tipo 2. El papel de la Psicología Clínica de la Salud en la atención primaria, la salud mental, así como los factores psicológicos y emocionales en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 y psicoeducación.

En el tercer capítulo, se detalla el marco contextual, en el cual se describe el lugar donde se desarrolló la propuesta desde el Programa de Medicina Familiar del Área de Salud, Liberia.

En el cuarto capítulo de esta investigación aplicada, se describe el diseño metodológico, donde se refiere el método y procedimiento de intervención (técnicas, instrumentos, participantes, consentimiento informado).

Se finaliza el documento con la presentación de las referencias, cronograma y anexos.

1.2. Justificación

La Psicología Clínica y de la Salud, en las últimas décadas ha vislumbrado un interés creciente de las personas profesionales en psicología en los temas relacionados con el comportamiento de las personas frente a la salud (Reyes, 2010; Carvajal, 2015; Palacios y Pérez, 2017).

La nueva tendencia para comprender y atender el concepto de salud desde la Psicología de la Salud surge como respuesta alternativa a las limitaciones del modelo biomédico, generada por una visión descontextualizada de la salud-enfermedad que integra las variables sociales y personales que median la salud de las personas. Es por ello, que esta investigación aplicada buscó diseñar una propuesta para la promoción de la salud mental, de acuerdo con las transformaciones que vivencian las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, desde el ámbito de la vida cotidiana, en sus relaciones familiares, laborales y participación comunitaria.

Lo anterior, permitirá un abordaje de la enfermedad, al ir más allá de lo convencional, al dar un lugar a la salud mental, como una problemática de la vida cotidiana, que incide en el manejo de diabetes mellitus tipo 2, de esta forma, se pretende brindar herramientas desde la psicoeducación a usuarios del Programa de Medicina Familiar del Área de Salud, Liberia, para que mejoren su calidad de vida.

La salud es un proceso social que tiene como fin el bienestar físico y mental del individuo mediante todas las etapas de su vida. Por ejemplo, en el caso de la salud mental, Contreras y Raventós (2011), subrayan que el abordaje en salud mental se ha basado, principalmente, en la atención de la enfermedad y, muy poco, en la prevención, a pesar de los numerosos esfuerzos en Costa Rica.

La salud mental ha venido a transformar las agendas de organismos internacionales, tal es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la cual concibe la salud mental como un “estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (p.7). Desde esta perspectiva, la salud mental, pretende que las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, comprendan la enfermedad, su

incidencia en las transformaciones que conlleva realizar actividades, y la dificultad en el disfrute de su vida.

En Costa Rica, el Ministerio de Salud, es el ente rector encargado de regular y supervisar la salud en el país, su objetivo consiste en liderar, coordinar y promover los esfuerzos de los diferentes actores sociales en el ámbito de la salud. En dicho sentido, el Ministerio de Salud ejerce su autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población costarricense mediante la implantación de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. Además, propone un concepto de salud mental propio para el país, el cual sirvió de base para plantear “un modelo de promoción y atención integral de la Salud Mental centrado en la comunidad, con el cual se rompe el paradigma de la atención hospitalaria, como forma predominante en la atención de las personas con los trastornos mentales” (Ministerio de Salud, 2012, p. 10).

La Contraloría General de la República, mediante una auditoría realizada al Ministerio de Salud, para conocer los alcances de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, revela mediante el informe N.º DFOE-SOC-IF-00025-2018 del 20 de diciembre 2018, que las metas contenidas en el Plan de Acción de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 propuesto para el país “tenían apenas un 27,97 % de su implementación” (p.4), indicando lo insuficiente de las acciones realizadas por nuestro país.

Es por ello, que resulta oportuno repensar en las estrategias de intervención desde la Psicología de la Salud para atender la demanda de la promoción de salud mental, con la atenuante de la pandemia por la COVID-19 en usuarios diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud, Liberia.

El Ministerio de Salud reportó que durante el quinquenio 2014-2019, se diagnosticó con Diabetes Mellitus cerca de 8851 casos por año. Por su parte, la Dirección de Vigilancia de Salud (2019), señaló que durante los años 2010-2014, la tasa de prevalencia de esta enfermedad en hombres fue del 8,40 % en el año 2010, la cual

se mantuvo durante el año 2014. Para el caso de las mujeres, su incidencia fue del 10,50% en el año 2010 y ha venido en aumento con un 11,60 % para el año 2014.

De acuerdo con la Oficina de Estadística del Área de Salud de Liberia, para setiembre del 2021 se reportó una población de 30 723 usuarios activos por diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, de los cuales 1965 pacientes se encuentran siendo atendidos por el Programa de Medicina Familiar, por dificultades en el manejo de su enfermedad.

El tema de la salud mental en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2, se asocia con la manifestación de un malestar emocional causado por la presencia de depresión, trastorno de ansiedad, angustia anticipatoria asociadas a su condición de salud, problemas económicos y familiares, baja tolerancia a la frustración y estrés de la vida cotidiana, sumado a esto la presencia de la COVID-19. Esta sintomatología dificulta que las personas no cumplan con las recomendaciones de autocuidado correspondientes y llevan a cabo estilos de vida poco saludables (Aquino, 2019; Benítez et al., 2018).

Cuando la vida cotidiana se altera a nivel personal y familiar por una enfermedad como la Diabetes Mellitus tipo 2, las personas que la padecen y su núcleo familiar tienen que aprender a vivir con los malestares que se generan a nivel físico y emocional, tales como la angustia, la tristeza, ansiedad, depresión, la culpa, entre otros; por lo anterior, el dolor y sufrimiento de las personas participantes y de sus familias es una premisa importante por atender. En este sentido, este trabajo final de graduación plantea diferenciar el malestar generado por la enfermedad de las personas participantes, del malestar que se genera a nivel familiar. En el primero se abordaron aspectos físicos y emocionales de manera directa, y en el segundo (la familia), se buscó que la persona participante a partir de su proceso personal incidiera en los comportamientos y actitudes de su entorno.

Otro aspecto por señalar es la dificultad de adherencia al tratamiento en la enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo 2, problemática recurrente que señala el Dr. Villegas (comunicación personal, 27 de septiembre del 2021), coordinador del Programa de Medicina Familiar, el cual refiere que se han encontrado pacientes del

programa con dificultades para seguir las prescripciones, así como para acatar los señalamientos y guía del uso adecuado de la medicación, poniendo en riesgo su salud.

Por consiguiente, lo anterior representa un desafío para la Psicología Clínica y de la Salud, al facilitar espacios grupales psicoeducativos, para la promoción del autocuidado y la salud mental en personas con un diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, después de una Pandemia Mundial por COVID – 19. El estrés vivenciado, aunado a las problemáticas psicosociales, lo cual representó un reto no solo para vencer el miedo a agruparse de las personas participantes, sino el de generar aprendizajes significativos para el manejo de sus emociones, las relaciones con otros y otras, así como la percepción de la enfermedad.

En relación con las ideas anteriores, la importancia de abordar la Salud Mental de las personas con vulnerabilidad a una enfermedad crónica no transmisible como la Diabetes, es promover y brindar herramientas de autocuidado, para enfrentar problemas psicológicos que generan las diferentes situaciones de la vida y que puedan llevar a cabo sus funciones de manera productiva, eficaz y en equilibrio, lo cual es fundamental para una buena calidad de vida (Benítez, Barceló y Gelves, 2018).

Por lo tanto, se planteó elaborar una propuesta de estrategias psicoeducativas para la promoción de la salud mental, desde la atención primaria de la salud dirigida a personas con diagnóstico DM tipo 2. El fin último de la intervención era que la persona pueda convivir con el padecimiento y mejorar la calidad de vida. Este proceso tuvo una duración de cuatro meses (diciembre del 2021- marzo 2022) desde su inicio con la selección de las personas participantes, ejecución de la misma y cierre de la propuesta. Cada sesión se desarrolló semanalmente con dos horas y media de duración. En ella se abordaron aspectos tales como: reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2, las creencias y necesidades emocionales para manejo de la salud mental y algunas estrategias para el cuidado de la salud entre otros.

A partir de lo anterior se plantea:

¿Cómo se puede promover la salud mental en personas diagnosticadas DM tipo 2, que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud Liberia?

CAPITULO II. ANTECEDENTES

2. 1. Contextualización

2.2 Caracterización del Programa de Medicina Familiar adscrito al Área de Salud de Liberia

La presente investigación aplicada se realizó con personas que asisten al Programa de Medicina Familiar, adscrito al Área de Salud de Liberia de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual se encuentra ubicada en el distrito primero de la provincia de Guanacaste, tiene una extensión de 1440,04 km², con una densidad de población de 67 463 habitantes por km². El cantón de Liberia se encuentra dividido en los siguientes distritos:

- Liberia (Distrito Primero)
- Cañas Dulces.
- Mayorga o Quebrada Grande
- Nacascolo o Guardia
- Curubandé

Actualmente, cuenta con once Equipos Básicos de Atención Integral a la Salud (EBÁIS).

La misión del Área de Salud Liberia

Brindar atención integral en salud a la población adscrita en los diferentes escenarios y actividades, atendiendo al individuo, la familia, comunidad y ambiente con participación social y promoción de la salud. La Visión es lograr mantener la salud integral de la población adscrita, mejorando la calidad de vida del individuo, satisfaciendo sus necesidades en salud en todos los escenarios con participación de toda la comunidad. (Análisis de la Situación Local de Salud, 2014, pp.4-5)

Esta propuesta de investigación aplicada se realizó con la población que asiste al Área de Salud Liberia de la Caja Costarricense de Seguro Social, y que participan del Programa de Medicina Familiar. Este programa nace el 1º de agosto del año 2012, como respuesta a la necesidad de incorporar un especialista en Medicina Familiar que llegará a apoyar la consulta de los EBAIS, para aumentar la capacidad resolutoria del área de

Salud como tal, así como para implementar nuevos modelos de atención, que permita la potencialización, y el fortalecimiento de la atención ambulatoria.

Los programas que desarrolla el Área de Salud de Liberia son los siguientes:

- Programa de Medicina Familiar y Comunitaria.
- CCD (Clínica del Control del Dolor) y CP (Cuidados Paliativos) de Liberia.
- Clínica de Prenatales ASL (Área de Salud Liberia).
- Clínica de Curaciones.
- Programa de Vigilancia Epidemiológica.
- Programa de Tuberculosis.
- Programa de vacunación.
- ATAP (Asistente Técnico de Atención Primaria).

Por otra parte, el Programa de Medicina Familiar está compuesto por un equipo interdisciplinario, a saber: médico especialista en medicina familiar y comunitaria, una enfermera profesional y una trabajadora social. Dentro de sus perfiles está la atención de los enfermos de mayor complejidad clínica, en apoyo a las actividades de los EBAIS del primer nivel de atención, según indica Villegas (comunicación personal, 3 de junio del 2020).

El Programa de Medicina Familiar ha registrado en su atención para el año 2018, a 423 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. En el 2019, con 907 nuevos casos; para el 2020, con 354 nuevos casos y para el mes de setiembre del 2021 se reportaron 281 casos nuevos, para un total de 1965 pacientes durante los últimos cuatro años, según reporta la Oficina de Estadística del Área de Salud de Liberia.

A continuación, se describen las investigaciones de mayor trascendencia a nivel internacional, por sus aportes al tema tratado en esta investigación aplicada.

2.3 Internacionales

Cabrera de León et al. (2009), en España, realizó una investigación, cuyo objetivo fue conocer el estilo de vida de las personas diabéticas y su adherencia al tratamiento, así como DM2 desconocida. Utilizaron el método de estudio transversal de 6729 personas de la población general participantes “CDC de Canarias” entre 18 y 75 años. Con la aplicación de la prueba CDC (Cardiovascular, Diabetes y Cáncer), obtuvieron antecedentes médicos, dieta, actividad física, medicamentos consumidos, tabaco (pp. 1-7).

Los resultados evidencian la existencia de hábitos de vida poco saludables tales como: el sedentarismo y la obesidad en comparación con la población general, y solo una minoría de personas sigue una dieta baja en grasas saturadas. Asimismo, se destaca la preocupación por el consumo de tabaco en la población masculina que persiste sin cambios significativos (tabaquismo).

Ferreira de Oliveira, et al. (2011), en Brasil, realizó una investigación con el objetivo de identificar “los sentimientos de los usuarios asociados con el diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM), las dificultades inherentes al control de la glucemia y las estrategias adoptadas en la cara de las exigencias impuestas por la enfermedad” (p.301). A nivel metodológico, la investigación fue de tipo cualitativo, participó un grupo de 16 personas, las cuales fueron atendidas durante los meses de febrero a agosto, por el equipo multidisciplinario de enfermería de salud mental, psicología, educadores físicos y nutricionistas de la Universidad en Ribeirão Preto, Brasil.

La estrategia para la recolección de información se realizó por medio de cuatro talleres, los cuales fueron grabados y transcritos, previo consentimiento de las personas participantes. Los resultados del estudio refieren tres categorías indispensables para trabajar con la población con DM tipo 2: “sentimientos que generan a partir del diagnóstico de la DM, las dificultades en el control de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento de la enfermedad” (Ferreira de Oliveira et al., 2011, p.303).

Rodríguez et al. (2014), realizaron una investigación sobre la Diabetes Mellitus tipo 2, en la cual señalan que es una enfermedad de salud pública y ocupa el segundo

lugar en la tasa de mortalidad en México. El objetivo fue diseñar una propuesta educativa para la salud del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2, fundamentada en el modelo psicológico de la salud biológica para promover conductas de prevención.

El resultado de esta propuesta es la evaluación del programa para determinar el nivel de capacitación con el que el paciente cuenta al finalizar el curso, y cuánto promueve el desarrollo de conductas saludables y de prevención.

Por su parte, Kowitt et al. (2015), en la Universidad de Carolina del Norte, Estados Unidos, realizaron una investigación, cuyo propósito consistió en explorar cómo las emociones generadas a partir de grupo de apoyo en personas diagnosticadas con DM tipo 2, constituyen un factor protector. El estudio de tipo cualitativo analizó 22 entrevistas semiestructuradas de personas que brindan soporte a otras personas con su misma condición.

Estas 22 personas participantes provenían de tres entornos: “latinos de bajos ingresos en Chicago, caucásicos de clase media en el Reino Unido y las mujeres afroamericanas de bajos ingresos en Carolina del Norte. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas e importadas al programa Atlas.ti para su respectivo análisis” (p. 293).

Los resultados de las 22 entrevistas revelan cuatro temas principales:

(1) aparición de apoyo emocional a lo largo del tiempo, (2) entrelazado de apoyo informativo y emocional, (3) importancia de apoyo implícito y explícito, y (4) diferencias entre sitios con respecto a los roles de la persona que brinda soporte” (Kowitt et al., 2015, p. 294).

En sus conclusiones, Kowitt et al., (2015) señalan que la angustia y depresión son problemas de salud mental recurrentes en las personas con enfermedad de la diabetes. Por lo tanto, es importante establecer redes de apoyo para brindarles contención en los momentos de crisis.

Schmidt et al. (2018), realizaron una revisión sistemática (meta-análisis) de artículos científicos para determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas destinadas a tratar la angustia por diabetes elevada en personas con diabetes tipo 1 o tipo 2. El método de recolección de información consistió en una búsqueda de literatura en cinco bases de datos, para lo cual eligieron como criterio de inclusión todos los artículos relacionados con angustia por la diabetes, de esta búsqueda se encontró 8907 artículos, 2800 duplicados que se eliminaron, quedando 6107 artículos; de estos últimos se examinaron los títulos y los resúmenes, y permanecieron 394 artículos para el respectivo análisis.

Los resultados del meta-análisis realizado por Schmidt, et al. (2018), refieren ser la primera revisión de literatura científica que da cuenta de la efectividad de las intervenciones psicológicas realizadas con personas diagnosticadas con diabetes, que contribuyen a reducir la angustia generada por la enfermedad. Otro hallazgo, relevante del estudio, es que se resalta los beneficios de la salud mental, a partir del tratamiento psicológico en la reducción de los índices glucémicos de las personas.

2.4 Nacionales

En cuanto a los estudios que se han realizado a nivel nacional sobre esta temática, a continuación, se resumen los hallazgos.

Hernández (2010), realizó una revisión bibliográfica de los principales avances en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades no transmisibles en Costa Rica. Describe la necesidad de modificar los estilos de vida en la orientación de mejorar la salud y establecer prácticas adecuadas para la prevención de enfermedades (pp. 49-55).

Según indica Hernández (2010), los datos de la Organización Mundial de la Salud afirman que la pandemia de obesidad, sobrepeso, Diabetes Mellitus, Dislipidemia e Hipertensión Arterial ha obligado a un gasto excesivo en la atención de complicaciones prevenibles en los servicios de salud. Asimismo, dentro de los estudios estadísticos, menciona que el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), ha

demostrado que la mortalidad ha ido en gran aumento, siendo la Diabetes una de las enfermedades no transmisibles que se toma en cuenta en esta estadística.

Por lo que Hernández (2010), señala la importancia de tomar conciencia y poner en ejecución nuevas tácticas para la prevención y promoción, pues es una responsabilidad individual y colectiva. Por ello, el objetivo de este estudio es “actuar sobre los determinantes de la salud y crear opciones saludables accesibles a la población”.

Sedó-Masís (2010), realizó un estudio de las percepciones de la diabetes mellitus y de su padecimiento en un grupo de personas adultas mayores diabéticas (PAMD) y sus familiares residentes del área metropolitana de Costa Rica, entre el año 2003 al 2007 (pp. 9-110). Esta investigación fue de tipo cualitativa con el enfoque de fenomenología social, se aplicó entrevistas a profundidad, se desarrollaron grupos focales y se completó la información con revisión documental. La población participante fue de 50 personas PAMD (25 hombres y 25 mujeres) entre los 60 a 85 años y 12 familiares.

Los resultados demuestran que la mayoría de los participantes contaban con una pareja señalada como una condición favorable, algunos presentaban estudios primarios incompletos, dependencia económica, participación recreativa por parte de las mujeres y control médico inmediatamente de ser diagnosticadas de diabetes.

En cuanto a la familia de los pacientes, algunos de ellos tenían el padecimiento, así como el conocimiento claro de la situación que enfrentaba el paciente sobre la enfermedad, al habitar en la misma vivienda. De igual manera, aquellos familiares que vivían fuera del hogar de la persona enferma mantenían buenas relaciones, funcionando como proveedores y acompañantes.

Por su parte, Jiménez (2013), realizó una intervención individual desde el psicoanálisis con tres pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes al área de Salud San Juan, San Diego, Concepción, de la Caja Costarricense de Seguro Social. El propósito de la práctica profesional fue ofrecer un

espacio de escucha para la salud psíquica de las personas participantes, con miras a contribuir con el manejo de las emociones, además de valorar la percepción de los participantes respecto a su salud y cómo responden ante su intervención.

La metodología de la investigación fue de carácter cualitativo, de tipo estudio de casos. Los resultados dan a conocer que el espacio ofrecido fue positivo para el mejoramiento de la calidad de vida en los tres casos de las personas que participaron, y se logró disminuir los niveles de glucosa en la sangre de manera significativa luego de implementar el programa.

Carvajal (2014), diseñó e implementó un programa desde la psicología de la salud, para el manejo de emociones, con orientación en terapia Gestalt en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2. Su objetivo consistió en realizar un abordaje orientado en la prevención y promoción en la estimulación y manejo efectivo de las emociones en dicha población, bajo un enfoque gestáltico, con la intención de que se integren conceptos como el darse cuenta, la autorregulación orgánica y el contacto de los participantes en la apropiación del sentido de sus emociones y el manejo de estas para lograr un bienestar integral. Los resultados de este programa con los instrumentos y las pruebas de medición (exámenes de laboratorio) aplicados, sugirieron cambios positivos en algunos de los participantes portadores de esta enfermedad.

Las intervenciones descritas referentes a los estudios sobre la Diabetes Mellitus tipo 2, evidencian la necesidad de intervenir en las poblaciones que presentan esta enfermedad, principalmente, en la búsqueda de alternativas para mejorar la calidad de vida.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2017), en conjunto con Gerencia Médica y Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (2017), Programa de Intervención nutricional de enfermedades crónicas (PINEC), diseñaron el primer “Manual de procedimiento multidisciplinario para la atención y enseñanza de las

enfermedades crónicas no transmisibles” el cual tiene como objetivo ser una base que orienta a profesionales del campo de la salud en:

Educación terapéutica mediante procesos de aprendizaje basados en competencias, se centra en promover la capacidad de los usuarios para que tomen el control y asuman la responsabilidad de su propia vida respecto a la enfermedad, que les permitan adoptar conductas saludables. (CCSS, 2017, p.17)

El principal énfasis del manual es presentar una alternativa de tratamiento no farmacológico, a partir de la propuesta del PINEC con una metodología de atención nutricional clínico-educativa, aplicada por diferentes profesionales de la salud. Se busca la educación de sus participantes, con el fin de brindar herramientas que favorezcan la toma de decisiones para el beneficio y control de esta, además de involucrar las redes de apoyo que son la familia y cuidadores de las enfermedades cardiovasculares, diabetes DM tipo 2 y presión arterial.

Y, por último, la CCSS (2020), en conjunto con la Gerencia de División Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y el Área de Atención Integral a las Personas, en el año 2020, diseñó e implementó la primera “Guía para la Atención de las Personas Diabéticas Tipo 2”. Dicho documento está orientado a diseñar estrategias de intervención interdisciplinar que gestionan los profesionales del área de salud. Su principal objetivo consiste “en mejorar la calidad de la atención a las personas con diabetes mellitus (DM), por medio de la detección temprana, el diagnóstico oportuno, la educación y el tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones” (p.54).

En cuanto a la disciplina de la psicología, esta cumple una función importante al guiar y acompañar a las personas en su proceso de enfermedad, al dar un lugar a los problemas psicológicos que enfrentan, tales como la depresión, ansiedad, baja autoestima, cambios de humor, sentimiento de desesperanza y temor a padecer otras enfermedades. Es importante indicar que esta propuesta solo se desarrolla en el cantón de Cañas a nivel de provincia con el Programa de Intervención Nutricional de las

Enfermedades (PINEC), que se implementa en el Centro de Atención Integral para la Salud de este cantón.

Después de las consideraciones anteriores, se concluye que la mayoría de los estudios revisados sobre la enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo 2, los temas abordados hacen referencia a temáticas, tales como adherencia al tratamiento, complicaciones de la enfermedad, las emociones asociadas al diagnóstico, estilos de vida poco saludable, prevención de la enfermedad, revisión intervenciones psicológicas por angustia asociada con la diabetes. Por su parte, a nivel nacional, se destacan los temas de promoción de la salud, prevención de enfermedades no transmisibles, calidad de vida, manejo de las emociones, aspectos nutricionales, percepciones de la diabetes mellitus y de su padecimiento, particularmente en personas adultas mayores.

Lo anterior plantea la relevancia del tema en estudio, al brindar estrategias psicoeducativas, desde un modelo cognitivo conductual, para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, además de visualizar el rol del profesional en Psicología Clínica y de la Salud.

CAPITULO III. MARCO CONCEPTUAL

III. MARCO CONCEPTUAL

“Una colección de pensamientos debe ser una farmacia donde se encuentra remedio a todos los males” (Voltaire)

La información contenida en este apartado es un respaldo teórico para el desarrollo del presente trabajo, donde se explica todos aquellos conceptos desde los cuales se sostiene esta intervención, desde la Psicología Clínica y de la Salud en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, para la promoción de la salud mental desde el modelo cognitivo conductual.

El supuesto teórico–metodológico del modelo cognitivo conductual que guó la intervención psicológica dirigida a las personas con diabetes Mellitus tipo 2, implicó reconocer aspectos emocionales que afectan la adaptación a la enfermedad y cómo su estado emocional incide en sus creencias y comportamientos que influyen en el cuidado de la salud. Desde esta perspectiva, la finalidad de este enfoque terapéutico es que las personas participantes obtengan destrezas de afrontamiento adaptativas ante las diferentes situaciones adversas como son las enfermedades crónicas y logren una mejora en su calidad de vida.

3.1. Una mirada hacia la Diabetes Mellitus Tipo 2

Este apartado tiene como fin explicar y comprender qué es la diabetes Mellitus tipo 2, como enfermedad crónica degenerativa. La Diabetes como enfermedad metabólica, ocasiona deterioro y complicaciones en la salud de las personas. De ahí la importancia de abordar este padecimiento desde la Psicología Clínica y de la Salud, que interviene en el proceso de la enfermedad, con estrategias y técnicas que buscan que el individuo mejore su calidad de vida.

En la Diabetes Mellitus tipo 2, el páncreas no produce suficiente insulina o el cuerpo no puede usarla correctamente, “la mayoría de las personas que padecen esta enfermedad son obesas y la obesidad per se causa resistencia a la insulina [...] el riesgo

de padecer DM tipo 2 aumenta con la edad, el sedentarismo y el sobrepeso” (CCSS, 2020).

Algunos factores que intervienen en la enfermedad de Diabetes Mellitus tipo 2: obesidad, mala alimentación, falta de actividad física, edad avanzada, antecedentes familiares de diabetes, origen étnico, nutrición inadecuada durante el embarazo, que afecta al niño en desarrollo.

En cuanto a los síntomas de la Diabetes, se menciona que los niveles elevados y mantenidos de glucosa en sangre provoca que la persona afectada se queje de mucha hambre, sed anormal y sequedad de boca, micción frecuente, cansancio extremo, falta de energía, apetito constante, pérdida de peso repentina, lentitud en la curación de heridas, infecciones recurrentes y visión borrosa (Torres, 2009).

Las personas con diabetes corren un mayor riesgo de desarrollar una serie de problemas que agravan la salud y complican su estilo de vida, y tienen como consecuencia que consumir más medicamentos y cuidar más severamente los alimentos que sean necesarios para estabilizar el organismo de la persona enferma.

Las complicaciones en la Diabetes Mellitus 2, varían de acuerdo con el nivel de glucosa en la sangre, así como los hábitos de alimentación y estilos de vida que llevan a cabo las personas. Según la Guía para la Atención de las Personas Diabéticas Tipo 2 de la Caja Costarricense de Seguro Social (2007), la Diabetes es una enfermedad que tiene complicaciones, tales como la hipoglucemia, que puede provocar pérdida de conciencia, complicaciones crónicas como la retinopatía diabética que provocan hemorragias, neuropatía diabética que es la responsable del 50 % al 75 % de las amputaciones no traumáticas, disfunción eréctil (que es la incapacidad para mantener una erección provocando displacer sexual), problemas eyaculatorios (dificultad en el control eyaculatorio, que provoca malestar sexual y emocional).

Otra complicación es la nefropatía diabética, la alteración en la función renal y que puede llevar a una insuficiencia renal terminal, pie diabético y enfermedades

vasculares periféricas, como la sepsis, que es cuando se asocia a isquemia y usualmente lleva a la amputación.

El tratamiento es una serie de estrategias mediante las cuales se logra estabilizar la enfermedad de la diabetes en quien la padece. El cumplimiento de dichas estrategias es de suma importancia para convivir lo mejor posible con la enfermedad. Es importante tomar en cuenta que existe una variable de tratamiento para la Diabetes Mellitus 2, la cual permite a las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad, tener alternativas para enfrentar y convivir con el padecimiento, pues mejoran su calidad de vida con la práctica de ejercicios, consumo de alimentos apropiados y una adecuada adherencia al tratamiento.

La intervención que se pueda brindar desde la Psicología Clínica y de la Salud en la atención a la Diabetes Mellitus tipo 2, consistirá en ofrecer a las personas con DM tipo 2 estrategias psicoeducativas, de tal manera que los haga sentir bien con sus emociones, sus relaciones con otros, en la valoración de sí mismo y apropiarse de su salud física y mental.

3.2. La psicología en la promoción de la salud

En este apartado, se realizará un breve recorrido histórico de la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud en Costa Rica. La primera de ellas se ha relacionado con otras disciplinas como es la psiquiatría, la cual en nuestro país mantiene una estrecha relación con los programas de formación de profesionales en aspectos relacionados con neuropsicología, el bloque de las neurociencias y la rehabilitación psicosocial.

La estrecha vinculación de la Psicología Clínica con la Psiquiatría en nuestro país plantea como punto de encuentro entre ambas disciplinas a la psicopatología y a la noción de enfermedad, al compartir los objetivos de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar los trastornos mentales y del comportamiento (López, 2013).

La estrecha relación de ambas disciplinas se presta para su confusión en relación con los campos de acción del objeto de estudio de la Psicología Clínica, Psicología de la Salud y Psiquiatría, lo cual ha provocado como consecuencia en Costa Rica cierta

inclinación hacia la psicopatología, pese a que cada una de estas disciplinas utiliza sus propios recursos terapéuticos para el abordaje de los trastornos mentales y del comportamiento en función de la etiología.

Volviendo al objeto de estudio de la Psicología de la Salud, esta se preocupa primordialmente de la salud-enfermedad física y del cuidado por medio de la prevención y promoción de la salud, mientras que, en la Psicología Clínica, su objeto de estudio se focaliza en la evaluación, predicción y alivio de los trastornos de la salud mental de índole cognitivo, emocional y comportamental (Rodríguez et al., 2008).

Ahora bien, la integración de ambas, según el Colegio de Psicólogos Españoles citado en García et al. (2008), brinda una definición más robusta en relación con el objeto de estudio de la Psicología Clínica y de la Salud al definirla como:

La disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar. (p.34)

La Psicología Clínica y de la Salud es una estrategia de abordaje que aporta métodos y técnicas para la salud mental de las personas en el proceso de una enfermedad. Según Belar citado en Palacios (2017), “la psicología clínica de la salud se centra en los aspectos psicológicos y conductuales de la salud y de la enfermedad” (p.10).

Asimismo, Palacios et al. (2017), mencionan que la psicología clínica de la salud:

Se interesa por evaluar e intervenir conductas asociadas con la enfermedad física y, por lo tanto, favorecer el ajuste y la adaptación a esta a través de: 1) del soporte psicológico en las crisis emocionales asociadas con las características de la enfermedad y su curso natural; 2) del entrenamiento en habilidades de afrontamiento de la enfermedad; 3) del entrenamiento en competencias y

habilidades para tomar decisiones y resolver problemas asociados con el curso y la evolución de la enfermedad. (p.10)

La Psicología Clínica y de la Salud puede coadyuvar en el diseño de una propuesta de estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual, para promocionar la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud Liberia.

En relación con el concepto de promoción de la salud y cómo a partir de este, se puede visualizar el rol del profesional en Psicología Clínica y de la Salud en contexto hospitalario, como un elemento articulador a beneficio de las personas y su comunidad en el tema de la salud mental. Es decir, la promoción de la salud es un elemento para ver la salud como un recurso en la práctica diaria de los y las profesionales en este campo.

Dentro de las funciones de las personas profesionales en Psicología Clínica y de la Salud, se encuentra la promoción de la salud, en donde destacan tareas, tales como fomentar y promover hábitos de salud, dar a conocer recursos humanos, materiales, psicológicos para promover la salud (Colegio de Psicólogos Españoles, citado en García et al., 2008).

En el documento Carta Ottawa del año 1986, producto de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, se plantea el concepto de Promoción de la Salud, el cual consiste en:

proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma [*sic*]. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar

trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (Carta Ottawa,1986)

El concepto de promoción de la salud proporcionado por la Carta Ottawa desde su accionar, no corresponde como propiedad de una organización o institución sanitaria específica, sino que es un mediador a favor de la salud, el cual busca realizar alianzas necesarias con sectores de la sociedad civil en favor de la salud de las personas; su conceptualización ha pasado por diferentes niveles, pero para efectos de la presente investigación aplicada, se retoma el planteamiento de Eslava (2006, p.72):

1. Como un conjunto de opciones y procesos encaminados a que las comunidades y los individuos estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, manteniendo o mejorando, de ese modo su estado de salud.
2. Como una dimensión del trabajo de salud que toma como eje la salud misma en sentido positivo y no la enfermedad y tiene por objeto mantener las condiciones y garantizar el bienestar de los individuos y las poblaciones.

En este sentido, la promoción de la salud es una estrategia fundamental de la acción sanitaria, la cual se dirige a proporcionar a las comunidades los medios necesarios y suficientes para mejorar su salud y ejercer un efectivo control sobre la misma [*sic*] (Eslava, 2006, pp.7-9).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), define la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones que colaboran para crear condiciones que garanticen la sanidad y el bienestar para todos.

En Costa Rica, el Ministerio de Salud, a partir de su Política Nacional de Salud del período (2012-2021) la define como:

Conjunto de acciones que la sociedad civil y las instituciones del Estado llevan a cabo en forma integrada, para desarrollar procesos que actúan sobre los factores determinantes de la salud, con la finalidad de que la población ejerza un mayor control sobre esta y la mejore. (p.16)

Al respecto, Amigo et al. (2003), propone que la Promoción de la Salud desde la perspectiva de la Psicología Clínica y de la Salud, buscaría abordar todas aquellas actuaciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, entendiendo por salud, no solo la ausencia de enfermedad, sino la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo. En este sentido, se destacan todas las acciones destinadas a fomentar hábitos de salud para que las personas se sientan mejor en su vida cotidiana.

De manera sencilla, en esta investigación aplicada, la Promoción de la Salud debe verse como cualquier conducta de las personas para alcanzar el estado de bienestar y potenciar la salud física y mental. Esta conducta dirigida hacia la promoción de la salud depende de la percepción subjetiva de la persona con DM tipo 2.

Desde la Psicología Clínica y de la Salud, al tomar como marco de referencia la psicoeducación, se pretende brindar un espacio para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 y contribuir a mejorar su calidad de vida.

3. 3. Factores psicológicos y emocionales en la Diabetes Mellitus tipo 2

En Costa Rica, la Política de Salud Pública y Salud Mental permite el diseño de programas en Educación para la Salud, dirigido a personas con diagnóstico de diabetes. Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados por los diferentes programas de la CCSS, entre ellos: Clínica del Pie Diabético, Programa Integrado Nutricional de Enfermedades Crónicas (PINEC) y Programa de Medicina Familiar, a las personas se les dificulta cuidar su salud, por ejemplo, se olvidan de tomar el medicamento, no siguen una dieta adecuada, el sedentarismo y el estrés emocional, causado por su condición de salud, afecta el nivel de glucosa en la sangre.

A partir de lo anterior, resulta conveniente hacer referencia acerca de los factores psicológicos que afectan a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, entre ellos: la

afectación emocional por el pronóstico, manejo de la enfermedad, la forma de dar y recibir afecto, el estrés causado por la crisis sanitaria, factores económicos, sociales y comportamientos de riesgo que dificultan tener una calidad de vida.

Según indican Benítez et al. (2018), influyen aspectos psicológicos donde la exposición a niveles altos de estrés, generan síntomas de ansiedad y depresión, factores psicológicos que producen comorbilidades más frecuentes y causan efecto negativo sobre el control metabólico. En este mismo orden de ideas, Marmolejo et al. (2016), describen que las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, “sufren de estrés y experimentan emociones de miedo, tristeza y angustia ante la noticia del diagnóstico” (p.101).

Al respecto, Aquino (2019) indica que la depresión es un problema de salud mental y es más frecuente en las personas con diagnóstico de diabetes. Esta sintomatología dificulta que las personas participantes cumplan con las recomendaciones de autocuidado correspondientes y llevan a cabo estilos de vida poco saludables. En congruencia con las investigaciones presentadas, se establece que el adecuado manejo de estos factores psicológicos en las personas con Diabetes contribuye al bienestar físico y emocional y genera calidad de vida en esta población.

Adicional a los factores psicológicos, los emocionales juegan un papel importante en el cuidado de la salud de las personas, desde el planteamiento de Damasio (2010), las emociones son un “programa complejo de acciones, en amplia medida automáticos, confeccionados por la evolución y están referidas específicamente al cuerpo, o sea no son impulsos o fuerzas, sino actividades corporales físico-químicas” (p. 175).

Por otra parte, un sentimiento generado por una emoción es la “percepción de lo que nuestro cuerpo hace mientras se manifiesta la emoción, junto con percepciones del estado de nuestra mente durante ese mismo periodo” (Damasio (2010, p.176). Ahora bien, desde la Psicología, de acuerdo con Leperski (2017), “las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras” (p. 23).

A partir de lo anterior, en la Diabetes Mellitus tipo 2, es indispensable que las personas autoevalúen sus emociones para que determinen cuáles son las que limitan la mejora de los síntomas y provocan un aceleramiento progresivo del curso del padecimiento crónico. Por ello, es importante regular este patrón de afectos negativos, para que las personas puedan cumplir con las indicaciones médicas correspondientes y de autocuidado, y así obtener un adecuado bienestar físico y mental que favorezca la calidad de vida.

3.4. La salud mental en personas con Diabetes Mellitus tipo 2

El aporte que puede brindar la persona profesional en Psicología Clínica y de la Salud para el abordaje de la Diabetes Mellitus tipo 2, se encuentra encaminado a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad, por medio de psicoterapia grupal e individual, y abre un espacio para aprender acerca de estrategias psicoeducativas y herramientas para el manejo de las emociones, identificación de conductas de riesgo y asesoramiento en su adherencia con el tratamiento, según mencionan Jiménez et al. (2007).

En cuanto al rol de la persona profesional en Psicología Clínica y de la Salud, según afirma García, et al. (2008), realiza las siguientes funciones, las cuales se destacan para efecto de esta investigación aplicada:

Diagnóstico: Se trata de la identificación y categorización del problema concreto del paciente, de un determinado grupo de riesgo o problemática laboral o social de algún colectivo.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: En esta función la actuación del psicólogo es predominantemente comunitaria. En concreto, la dedicación se centra en el análisis de las problemáticas que llevan a generar “riesgos” para la salud, la difusión de estudios referidos a la problemática, así como la realización de recomendaciones que lleven a la prevención de una enfermedad concreta. (pp. 76-77)

A partir de lo anterior, se destaca la importancia de la participación de la persona profesional en psicología clínica y de la salud, en la promoción de la salud mental en personas diagnosticadas con DM tipo 2, con el fin de que puedan adquirir adecuado autocontrol, empoderamiento, autosuficiencia, habilidades en el manejo y control de la ansiedad, estrés, depresión, para lograr un bienestar psicológico, emocional y físico.

En ese sentido, se busca promover que las personas tengan herramientas de autocuidado, para enfrentar el estrés que generan las diferentes situaciones de la vida, y puedan llevar a cabo sus funciones de manera productiva, eficaz y en equilibrio, lo cual es fundamental para una buena calidad de vida.

Asimismo, el Ministerio de Salud (2018), por medio de la Política Nacional de la Salud Mental 2012-2021, propone un Modelo de Salud Mental, desde un enfoque de derechos que les permite a las personas profesionales en el área de la psicología, por medio de gestión intersectorial e interinstitucional, fomentar “la promoción, prevención, atención, rehabilitación y participación comunitaria, que permita prolongar la calidad de vida en las personas, de acuerdo con sus condiciones y determinantes de su salud mental” (p.32).

El constructo Salud Mental, a partir del Modelo Social, propone la promoción del bienestar psicológico y social que permita a las personas afrontar la vida a partir de los determinantes sociales de la salud. Es por ello, que la Comisión de Salud Mental, en Costa Rica, concibe este término “como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos” (p.34).

Según la Política Nacional de Salud Mental de Costa Rica (2012), para el contexto de esta investigación aplicada, se define Salud Mental como el proceso que contribuye al desarrollo integral de las personas. Este proceso se caracteriza por la autorrealización, autoestima, autonomía, capacidad para hacer frente a las demandas de la vida en diferentes contextos como el familiar, comunitario, académico o laboral y además implica disfrutar de la vida en armonía con el ambiente.

Es importante que las personas con diabetes Mellitus tipo 2, desarrollen estrategias de afrontamiento, a partir del modelo cognitivo conductual, que respondan a las necesidades de su enfermedad y del contexto social, cultural, económico en que viven, de tal forma que posibilite la búsqueda de alternativas de cambio que favorezcan la mejoría en su salud.

3.5 Terapia Cognitivo Conductual y la psicoeducación en el Diabetes Mellitus tipo 2

En esta investigación aplicada se propone como modelo de intervención la terapia Cognitivo Conductual, la cual tiene como objetivo modificar la conducta. Al respecto, Díaz et al. (2017), refieren que esta modificación se puede realizar “en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación (aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos” (p.87).

Bajo esta premisa, el objetivo de intervención del modelo Cognitivo Conductual se focaliza en promover cambios de conducta en las personas, “modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando estas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento” (Díaz et al. 2017, p.88).

Bajo el modelo cognitivo conductual se ha destacado el componente educativo en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, al ser un aspecto fundamental para promover el autocuidado del bienestar físico y mental. Desde la Psicología Clínica y de la Salud, al tomar como marco de referencia la terapia Cognitivo Conductual por medio de la psicoeducación, se pretende brindar un espacio para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 y contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

El enfoque cognitivo conductual, cuando se combina con la educación, va más allá del simplemente proporcionar información a las personas. Su objetivo es brindar herramientas y técnicas para que las personas puedan identificar y cambiar pensamientos

y patrones de comportamiento negativo, para una mejor comprensión de su enfermedad y gestión de las emociones en el proceso de su enfermedad DM tipo 2.

De acuerdo con Gálvez y Caballero (2019), la psicoeducación “consiste en explicar la relación que existe entre los pensamientos, conductas, emociones, reacciones físicas y la diabetes”. (p.19)

En este mismo orden de ideas, para Montiel y Guerra (2016):

La psicoeducación debe partir de la necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su enfermedad en la medida en que se sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y el auto estigma por la autoestima. (p. 327)

En este sentido, un proceso psicoeducativo, no es simplemente brindar información científica acerca de la enfermedad como herramienta para el manejo de esta, sino que posibilita a las personas ser conscientes de su propia salud y apropiarse de ella. Es por ello importante destacar que este tipo de enfoque plantea que las personas puedan tomar decisiones informadas y adoptar cambios en sus estilos de vida.

La intervención psicoeducativa se basa en aspectos educativos y proporciona intervenciones dirigidas a enseñar a las personas cómo se puede afrontar el diagnóstico de enfermedad, por consiguiente, “el entrenamiento cognitivo-conductual, incluye el aprendizaje y práctica de estrategias de afrontamiento, para cambiar pensamientos, comportamientos, reducir el estrés y las complicaciones físicas de los tratamientos” (Montiel y Guerra, 2016, p.328). Asimismo, combina diferentes técnicas, tales como respiración profunda, meditación, relajación pasiva, aumento de la autoestima, pautas de ejercicio y dieta, manejo de la ansiedad, depresión, emociones y participación activa del tratamiento.

CAPITULO IV. OBJETIVOS

4.1. Pregunta de Investigación

Es así como el presente proyecto de intervención aplicada tiene como objetivo implementar una propuesta grupal psicoeducativa, dirigida a la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Salud Familiar del Área de Salud de Liberia.

A partir de lo anterior se plantea:

¿Cómo se puede promover la salud mental en personas diagnosticadas con DM tipo 2, que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud Liberia?

4.2. Objetivo general

Promover la salud mental, a partir de estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual, en personas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud Liberia.

4.3. Objetivos Específicos

- Identificar la reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2, en las personas que asisten al Programa de Salud Familiar del Área de Salud Liberia.
- Reconocer las creencias y necesidades emocionales de las personas con diagnóstico DM tipo 2 en relación con el manejo de la salud mental.
- Describir las estrategias para el cuidado de la salud que realizan las personas participantes con respecto a su diagnóstico DM tipo 2.
- Generar un espacio de intervención psicoeducativo grupal dirigido a personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Salud Familiar del Área de Salud Liberia.

4.4 Objetivo Externo

- Facilitar una propuesta de estrategias psicoeducativas para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Salud Familiar del Área de Salud Liberia.

CAPITULO V. METODOLOGÍA

V. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En este capítulo, se describe la metodología que se empleó en la presente propuesta investigativa. Sus elementos metodológicos toman como punto de partida el paradigma investigativo naturalista-interpretativo, el enfoque cualitativo, el diseño de investigación-acción, su alcance es descriptivo, y la selección de personas participantes brinda elementos necesarios para dar respuesta al objeto de estudio. Por último, se presenta una serie de procedimientos que se utilizaron para recolectar la información y su sistematización.

Aunado a lo anterior, se planteó como propuesta de intervención bajo el enfoque psicológico cognitivo-conductual, dirigida a personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Salud Familiar del Área de Salud Liberia. De esta manera se espera favorecer la promoción de la salud mental, y se pretende que además de su alcance descriptivo se establezca un proceso psicoeducativo.

Con base en lo anterior se espera cumplir con los objetivos propuestos, los cuales consistieron en identificar la reacción emocional, reconocer las creencias y necesidades emocionales, describir las estrategias para el cuidado de la salud y con la información obtenida generar un espacio de intervención psicoeducativo grupal para promover la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Salud Familiar del Área de Salud Liberia.

Para finalizar, el enfoque cualitativo y el diseño de investigación acción se centraron en describir los significados de las acciones humanas y en su vida social; además, se hace posible una participación democrática entre las personas participantes y las investigadoras, en relación con el objeto de estudio.

5.1. Paradigma: Naturalista Interpretativo

Bajo el paradigma naturalista interpretativo se buscó la comprensión e interpretación de una realidad mediante la identificación de los conocimientos, necesidades y estrategias que realizan los y las participantes con respecto a su enfermedad durante el proceso investigativo, al brindar “la oportunidad de lograr

información más auténtica acerca de las personas y sus problemas, obtenida directamente en el contexto sociocultural que sirve de marco a las situaciones estudiadas” (Ruiz, 2011, p.39).

Desde este posicionamiento, se buscó identificar las reacciones emocionales ante el diagnóstico DM tipo 2, las creencias acerca de la salud mental, los conocimientos y las necesidades que tienen las personas participantes en el manejo de la misma.

5. 2. Enfoque de la investigación: cualitativo

En la presente propuesta de intervención se hizo uso del enfoque cualitativo, este posibilita la mediación de las investigadoras como entes inmersos en el entorno, utilizando sus sentidos para observar, sentir y expresar los diferentes fenómenos que rodean en el proceso de recolección de información.

Al respecto, Hernández et al. (2014), definen este enfoque como:

El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará), acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados; es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. (p. 358)

El enfoque cualitativo constituye una herramienta que posibilita la reflexión sobre los significados y creencias de la reacción emocional de la población participante alrededor del diagnóstico DM tipo 2; también se identificaron las necesidades emocionales de estas personas con el fin de apoyarles en la mejora de su calidad de vida.

5. 3. Diseño: Investigación - acción

La presente propuesta de intervención grupal se realizó bajo el diseño de investigación-acción, permitiendo a las investigadoras y personas participantes abordar la problemática planteada, y proponer las posibles soluciones de esta, bajo un círculo de análisis y reflexión conjunta.

Cabrera (2017) define la investigación - acción como:

dicha investigación implica la visión dialéctica entre la investigación y la acción, de modo que ambos procesos quedan integrados y complementados a través de fases cíclicas que proponen planificar, actuar, observar y reflexionar. Se trata de una investigación transformadora de la realidad y la enseñanza, una actividad cuestionadora, reflexiva, contextualizada, participativa que articula la teoría y la práctica, el conocimiento y la acción. (p.143)

En este sentido, se entiende investigación- acción como una reflexión sobre el actuar del ser humano y las experiencias sociales, y con ello, el propósito de realizar mejoras sobre la situación real, una vez que se haya comprendido.

Con base en lo anterior, el diseño metodológico de investigación – acción, permitió enlazar el componente de las acciones humanas con la acción social, mediante la exposición de conocimientos en el ámbito individual y social, de manera que se realizó una aproximación de la problemática planteada. En este sentido, la investigación-acción propuesta se ubicó desde una perspectiva interpretativa y crítica, así mismo, se construyó el conocimiento mediante la puesta en práctica de las estrategias implementadas por las personas participantes.

En esta misma línea, Sandín, citado por Hernández et al. (2014), resume las características de este tipo de diseño:

1. La investigación - acción envuelve la transformación y mejora una realidad.
2. Parte de problemas prácticos, se vincula con el ambiente o entorno.
3. Implica la total colaboración de los participantes en la detección de necesidades y en la implementación de los resultados del estudio. (p. 510)

5.4. Alcances y profundidad del estudio

Esta investigación tiene un alcance de tipo descriptivo, que permite describir la información recabada a partir de las técnicas de recolección de la información utilizada. Este tipo de alcance, según Hernández et al. (2014), busca “especificar las propiedades,

las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. (p.92)

Con ello, se pretende que esta investigación sea una de las primeras en atender la temática en estudio, desde la maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad de Costa Rica, Sede de Guanacaste. A partir de la información recolectada se pueden describir las emociones, conocimientos, necesidades y estrategias para el cuidado que tienen los participantes en relación con su diagnóstico de salud.

5.5. Selección de las personas participantes

Para la selección de las personas participantes se establecieron criterios de inclusión y exclusión entre ellos: ser personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2, del Programa de Medicina Familiar del Área de Salud Liberia.

Del total de la población que asiste al programa, se seleccionó a 10 participantes de manera intencional, en un rango de edades entre los 30 a 50 años. Para la selección de las personas participantes, se contó con la colaboración de la enfermera y el coordinador del programa, quienes facilitaron los números de teléfono, con el fin de extender una invitación a participar de un proceso psicoeducativo grupal para la promoción de la salud mental.

Al mismo tiempo, las personas beneficiarias indirectas, fueron los y las profesionales que trabajan en el Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia y las familias de los participantes.

Como criterios de inclusión se consideró:

1. Hombre o mujer diagnosticados con Diabetes Mellitus 2.
2. Personas en rango de edad comprendido entre los 30 a 50 años.

3. Vecinos de los diferentes barrios y zonas rurales del cantón de Liberia.
4. Asistir al programa de Medicina Familiar.
5. Participar de una entrevista preliminar con el equipo facilitador.
6. Personas que voluntariamente firmen el documento de consentimiento informado (Apéndice G).

Como criterio de exclusión se consideró:

1. Personas que expresen no estar anuentes a participar del proceso de investigación aplicada.

5.6. Técnicas, instrumentos y análisis de la información

En el siguiente apartado se explicará cuáles fueron las técnicas utilizadas para la recolección de la información pertinente para el desarrollo de la investigación aplicada.

5.6.1. Entrevista semiestructurada

Para esta investigación, como parte de los instrumentos de recolección de información se realizó una entrevista semiestructurada (Apéndice H), elaborada por las investigadoras, con la finalidad de conocer y caracterizar la población participante, así como recabar información de cómo fue su reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2, y por último los conocimientos y necesidades que tienen las personas en torno a su diagnóstico. Según señalan Hernández et al. (2018), “las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información”. (p.4)

La entrevista semiestructurada se realizó de forma individual a 10 personas siguiendo los protocolos de seguridad establecidos por COVID-19 (Apéndice H), Hernández et al. (2018), indican que se debe diseñar la entrevista tomando en cuenta “aspectos prácticos, éticos y teóricos”, para mantener, captar la atención, cuidar de la integridad emocional de los participantes y recopilar la información necesaria que

responda al planteamiento de la investigación. Además, mencionan en este aspecto, que en la entrevista semiestructurada como estrategia cualitativa “pueden hacerse preguntas sobre experiencias, opiniones, valores y creencias, emociones, sentimientos, hechos, historias de vida, percepciones, atribuciones, etcétera”. (p.407)

5.6.2. Talleres

Otras de las técnicas utilizadas en el proceso fueron los talleres, sobre lo cual Careaga, et al. (2006), señalan que un taller es una estrategia de intervención psicoeducativas grupal:

Implica como su nombre lo indica, un lugar donde se trabaja y se elabora. Es una forma de enseñar y aprender mediante la realización de algo. Se aprende desde lo vivencial y no desde la transmisión. Predomina el aprendizaje sobre la enseñanza. Se trata entonces de un aprender haciendo, donde los conocimientos se adquieren a través de una práctica concreta, realizando algo relacionado con la formación que se pretende proporcionar a los participantes. Es una metodología participativa en la que se enseña y se aprende a través de una tarea conjunta. (p.5)

En cuanto a lo expuesto, el desarrollo de los talleres permitió una interacción con las personas participantes, tomando en cuenta el entorno en el que se han desenvuelto y el medio en el que viven. Asimismo, se buscó brindar estrategias que favorezcan el fortalecimiento de la salud mental.

5. 7. Fases del proceso de la investigación aplicada

A continuación, se presentan las fases del diseño de intervención y su ejecución, con el propósito de visualizar de manera más concreta la propuesta investigativa.

Fase I: Planteamiento de la propuesta

1. En un primer momento, se elaboró el anteproyecto de investigación aplicada, entre las acciones realizadas se menciona las siguientes: Acercamiento teórico

en la recolección, revisión de la información, formulación de objetivos, elección del método, diseño y selección de participantes, definición actividades, funciones, tareas básicas y productos esperados, según cada objetivo, construcción de los instrumentos y consentimiento informado.

2. En un segundo momento, se realizó la etapa de acceso al campo: Este es un proceso en el que las investigadoras presentaron y gestionaron los permisos correspondientes de la propuesta por desarrollar ante el coordinador del Programa de Medicina Familiar del Área de Salud Liberia, se trabajó conjuntamente en definir la población participante.

Fase II: Ejecución y desarrollo del proceso psicoeducativo grupal

Durante esta fase se realizó una serie de pasos avanzando en la puesta en práctica del proceso grupal, los cuales se detallan a continuación.

1. *Selección y convocatoria:* Una vez obtenida la lista brindada por el coordinador del Programa de Medicina Familiar del área de Salud de Liberia, se procedió a revisar los datos de las personas participantes a partir de los criterios de inclusión y exclusión propuestos.
2. *Primer contacto y selección:* El primer contacto se realizó por vía telefónica durante el mes de diciembre del 2021 enero del 2022, donde se le extendió una invitación a participar en un proceso de intervención grupal psicoeducativo.
3. *Entrevista (etapa diagnóstica):* Una vez seleccionadas las personas participantes y dispuesta a colaborar, se llevó a cabo una entrevista-semiestructurada, con el objetivo de obtener una comprensión integral de sus conocimientos y estado general de salud. Antes de la entrevista, se informó a las personas participantes sobre la importancia de firmar un protocolo establecido para investigaciones, este incluía el consentimiento informado, como primer procedimiento ético-administrativo para participar en este proceso (Apéndice G). Cada entrevista semiestructurada (Apéndice H) se realizó en la Biblioteca Pública de Liberia, Lic. Francisco Mayorga Rivas garantizando medidas de privacidad, buena

iluminación y ventilación. Además, se les ofreció un pequeño refrigerio y establecer un buen “rapport”.

4. *Diseño y ejecución de la propuesta de intervención (Sesiones psicoeducativas):* Se diseñaron ocho talleres como propuesta de intervenciones psicoeducativas grupales en donde se hizo uso de técnicas psicoeducativas pertenecientes al enfoque cognitivo-conductual. Cada sesión de intervención se desarrolló en la Biblioteca Pública de Liberia, Lic. Francisco Mayorga Rivas, para mayor facilidad de las personas participantes ofreciendo las mismas condiciones de la entrevista. Cada taller tuvo una duración de dos horas, una vez por semana.
5. *Estructura general de las sesiones:* El proceso constó de ocho sesiones y en cada sesión se desarrolló un taller bajo las siguientes temáticas: Diabetes Mellitus Tipo 2 y su tratamiento, Crónica de una batalla interna: nuestra salud mental, Redescubriendo mis emociones, Expresión de las emociones y sentimientos, Afecto, familia y salud mental, Alimentación consciente, Cuando nos visita la ansiedad y la depresión, Estrategias para cuidar la salud mental y las emociones. El proceso fue realizado de manera consecutiva durante dos meses con dos horas de duración a la misma hora y día.

En la primera sesión de encuentro grupal se realizó una actividad de presentación, mediante una dinámica rompe hielo; se brindó un breve espacio para que expresaran sus conocimientos y vivencias del tema y, posteriormente, se dio a conocer el objetivo del proceso psicoeducativo y las temáticas por desarrollar. Al finalizar el taller se brindó una retroalimentación de lo aprendido en la sesión realizada. Asimismo, se brindó un espacio para responder a las interrogantes presentadas por las personas participantes.

De manera general, el proceso se realizó así:

- ✓ Presentación de agenda y encuadre.
- ✓ Desarrollo de las sesiones: Cada taller contó con un formato de intervención psicológica grupal, donde se implementaron estrategias y técnicas psicoeducativas pertenecientes al enfoque cognitivo-conductual, las cuales pretendieron que los y las participantes fueran conscientes de su situación

actual de salud y emociones en relación con su enfermedad. Desde este planteamiento, se pretendió que las personas participantes se apropiaran de estrategias de afrontamiento para el cuidado de su salud mental y su calidad de vida.

- ✓ Cierre de las sesiones.
- ✓ Observaciones y registro de las sesiones
- ✓ Facilitadora y co-facilitadora.

6. *Cierre del taller.*

Fase III: Sistematización y análisis de resultados

Una vez finalizado el proceso de ejecución de los talleres, se procedió a sistematizar y analizar los resultados al final de cada sesión. Se realizaron las notas de campo, las cuales permitieron reunir las opiniones de cada participante. Se transcribieron las grabaciones de los talleres, seguidamente se procedió a realizar la caracterización y categorización de la información, para ello se tomó en cuenta la propuesta de Gurdíán (2007) que plantea:

- ✓ *Caracterización de las unidades de análisis:* Focaliza la atención del investigador sobre la reducción y sistematización de las transcripciones en dimensiones manejables. Asimismo, en la especificación de las unidades de análisis es necesaria la revisión bibliográfica que permita señalar su aplicabilidad en un entorno específico.
- ✓ *Categorización / Codificación:* A partir de las categorías de análisis definidas en los objetivos de la investigación, se organiza la información más sobresaliente. La codificación por su parte conlleva una serie de procedimientos mentales como examinar y analizar la información, así como determinar su relevancia en la investigación (Guardián, 2007, p.296).

De acuerdo con lo anterior, se tomó como punto de partida las categorías teóricas derivadas de los objetivos específicos de la investigación aplicada.

La información recopilada se ordenó, según las categorías de análisis propuestas para los objetivos. En este sentido, Gurdíán (2007) sugiere:

Establecer posibles explicaciones y conjeturas: identificación de las razones que determinan los hallazgos de la investigación; estos deben estar apoyados en la interpretación de los resultados.

La interpretación: implica una lectura interpretativa de los resultados en conjunto con la teorización para generar conclusiones propias del tema. Esto consiste en relacionar la información obtenida en los diferentes apartados del estudio con la información recopilada a través de la aplicación de instrumentos. (Gurdián, 2007, p.236)

A partir de este procedimiento se elaboró el informe de resultados de la investigación aplicada y se obtuvo material para generar las conclusiones y recomendaciones de este estudio.

Fase IV: Elaboración de conclusiones y recomendaciones

Una vez finalizada la tercera fase, la cual consistió en la sistematización y evaluación de la información, se procedió a redactar conclusiones y recomendaciones que evidenciaron los alcances de la propuesta de intervención psicoeducativa grupal.

5.8. Definición de actividades, funciones, tareas básicas y productos esperados, según cada objetivo específico

Tabla 1

Actividades, tareas y productos esperados por objetivos

Objetivo General			
Promover la salud mental, a partir de estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual, en personas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud Liberia.			
Objetivo específico	Actividades	Tareas básicas	Productos esperados
Identificar la reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2, en las personas que asisten al Programa de Salud Familiar del Área de Salud Liberia.	Presentación de las investigadoras. Aplicación de entrevista semiestructurada de manera individual a las personas participantes.	Aplicar la entrevista semiestructurada.	Reconocimiento de reacciones emocionales, por parte de las personas participantes.

<p>Reconocer las creencias y necesidades emocionales de las personas con diagnóstico DM tipo 2, en relación con el manejo de la salud mental.</p>	<p>Aplicación de entrevista semiestructurada y ejecución de talleres, mediante técnicas cognitivas conductuales, tales como: de reestructuración cognitiva, relajación progresiva, autocontrol, debate</p>	<p>Sistematizar la entrevista semiestructurada.</p> <p>Diseño de talleres a partir de la información obtenida de los y las participantes.</p> <p>Sistematización de talleres.</p>	<p>Las personas participantes identifican creencias y necesidades emocionales de las personas con diagnóstico DM tipo 2 en relación con el manejo de la salud mental.</p>
<p>Describir las estrategias para el cuidado de la salud que realizan las personas participantes con respecto a su diagnóstico DM tipo 2.</p>	<p>Aplicación de entrevista semiestructurada y ejecución de talleres mediante técnicas cognitivas conductuales, tales como: reestructuración cognitiva, relajación progresiva, autocontrol, debate.</p>	<p>Sistematizar la entrevista semiestructurada.</p> <p>Diseño de talleres a partir de la información obtenida de los y las participantes.</p> <p>Sistematización de talleres.</p>	<p>Reconocimiento de las creencias por parte de las personas con respecto a su diagnóstico DM tipo 2.</p>
<p>Generar un espacio de intervención psicoeducativo grupal dirigido a personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Salud Familiar del Área de Salud Liberia.</p>	<p>Ejecución de talleres mediante técnicas cognitivas conductuales, tales como: reestructuración cognitiva, relajación progresiva, autocontrol, debate.</p> <p>Cada participante aporta ideas para promoción y bienestar de la salud mental para vivir con diagnóstico DM tipo 2.</p>	<p>Aplicación de los talleres.</p> <p>Se integra los resultados de los talleres realizados en las diferentes sesiones para la promoción y bienestar de la salud mental de las personas participantes.</p>	<p>Promover la salud mental de las personas participantes.</p> <p>Se brinda un espacio psicoeducativo que permite la reflexión acerca del cuidado de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2.</p>

Fuente: Elaboración propia, 2021.

5. 9. Definición de las relaciones interdisciplinarias por desarrollar como parte de las actividades por realizar

Durante el trabajo se contó con el apoyo de profesionales en Psicología, medicina familiar, enfermería, quienes brindaron aportes desde sus diferentes especialidades, para lograr una mejor y mayor comprensión del contexto de las personas participantes y las posibles estrategias de intervención grupal para atender el objeto de estudio.

A partir de lo anterior, se recurre a la validez de contenido por el juicio de personas expertas. De acuerdo con Escobar y Cuervo (2008) “el juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones”. (p. 29)

En el caso particular en esta invitación el juicio de expertos se utilizó como una estrategia para validar la información recolectada a partir de los instrumentos utilizados.

5. 10. Definición del sistema de supervisión que se llevará a cabo

Para el sistema de supervisión también se implementó el juicio de experto, este servicio como una estrategia para supervisión de la intervención durante todo el periodo de sesiones grupales virtuales (una vez por semana).

Asimismo, se efectuó un registro semanal por medio de una bitácora, que contribuirá a la construcción del informe final de esta práctica. Y, por último, se realizaron supervisiones con el equipo asesor, con el fin de discutir los alcances y recomendaciones del proceso.

5. 11. Definición del proceso de evaluación de la práctica e informes por presentar

Durante todo el proceso de intervención grupal, se tomó en cuenta el criterio de las personas expertas, para validar los datos obtenidos, una vez aplicados los talleres. Adicionalmente, se llevó un registro de la asistencia y las actividades realizadas.

Una vez ejecutado el proceso de intervención grupal, se sistematizó y analizaron los resultados obtenidos. Para este proceso, se realizó una transcripción literal de cada sesión y se contó con el modelo teórico de intervención propuesto.

5. 12. Precauciones tomadas para proteger a las personas que participaron en la práctica

En la presente propuesta se entregó y explicó a cada participante la importancia de contar con la firma de un consentimiento informado (Apéndice G), para garantizar los derechos y protección de las personas participantes. Además, se proponen las siguientes consideraciones:

- 1) Para garantizar la confidencialidad de la información brindada por las personas participantes durante la redacción de los resultados del documento investigativo, se hizo uso de seudónimos en lugar de los nombres de cada participante.
- 2) Documentación de la información de las actividades realizadas mediante anotaciones y grabaciones de las diferentes sesiones. Las cuales fueron realizadas por las investigadoras y se generó el respectivo respaldo de la información.
- 3) Una vez finalizado el análisis de la información, las grabaciones fueron eliminadas.
- 4) Se dio a conocer a las personas participantes que tenían la libertad de continuar y abandonar en cualquier momento su participación de este proceso, si sintieran que se les perjudicaba de alguna manera.

5.13. CRONOGRAMA

Tabla 2

Cronograma de actividades 2021 -2023

Fases	Actividades	Ciclos 2021 - 2023																				
		I ciclo 2021					II Ciclo del 2021					III Ciclo 2021										
		Mar	Abr	May	Jun	Jul	agos	sep	oct	nov	dic	Ene	Feb									
Fase I: Planteamiento de la propuesta.	Formulación del anteproyecto	Elaboración del Proyecto																				
	Aprobación de la Comisión del Posgrado						Aprob. 4 de noviembre del 2021 PPP-193-2021															
Fase II: Ejecución y desarrollo del proceso psicoterapéutico grupal	Convocatoria Selección de los participantes											x										
	Entrevistas previas											x	x									
	Sesiones terapéuticas												x									
	Registro de las sesiones												x									
Fases	Actividades	I ciclo 2022					II Ciclo del 2022					I Ciclo 2023					II Ciclo del 2023					
		Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic	
Fase III: Sistematización	Sistematización de la información				x	x	x	x	x	x												
Fase IV: Análisis y redacción final	Análisis de información a partir de la teoría											x	x	x	x	x						
	Solicitud de prórroga														x	x						
	Corrección de observaciones y redacción final del documento															x	x	x				
	Presentación de documento a la Comisión del Posgrado y solicitud de defensa																				x	x

Fuente: Elaboración propia, 2021 -2023

CAPITULO VI. SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

VI. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADO

6. SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.1. Presentación de resultados de la etapa diagnóstica

Para dar inicio al proceso de la “**Fase II: Ejecución y desarrollo del proceso psicoeducativo grupal**”, se inició con la aprobación del director del Área de Salud de Liberia, Dr. Joe Gerardo Zamora, quien autorizó al Dr. Villegas, coordinador del Programa de Medicina Familiar, a facilitar una lista de usuarios diagnosticados con DM tipo 2.

En esta etapa inicial se registró un total de 76 personas, entre ellos hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 35 a 60 años. Luego de esto, se seleccionaron 25 personas que cumplieran con los criterios de selección establecidos para esta investigación aplicada.

Posteriormente, se estableció contacto telefónico con cada persona de la lista, invitándolas a participar en el proceso grupal que se llevaría a cabo en la Biblioteca Pública de Liberia. Es importante mencionar que no todas las personas contactadas aceptaron participar, solo 14 personas estuvieron dispuestas.

A cada persona que aceptó ser parte, se le asignó un día y hora para asistir a la Biblioteca Pública de Liberia, Lic. Francisco Mayorga Riva. En este lugar, se le proporcionó información detallada sobre el proceso grupal que se llevaría a cabo, y se le solicitó firmar el consentimiento informado (Apéndice G) como parte del procedimiento ético-administrativo para este proceso.

A este segundo llamado, asistieron 10 personas, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada (Apéndice H), para conocer el estado de su salud en relación con los siguientes temas:

1. Reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo.
2. Emociones y salud mental.
3. Tratamiento.

4. Estrategias para el cuidado de la salud que realizan las personas participantes.

Una vez que se analizó la información de las entrevistas, se procedió al diseño y ejecución de la propuesta de intervención (sesiones psicoeducativas). Para ello, se elaboró una guía titulada *“Estrategias psicoeducativas para el autocuidado de la salud mental y el manejo de las emociones, dirigida a personas con diagnóstico DM tipo 2”*. Esta guía consistió en herramientas psicoeducativas grupales basadas en el enfoque cognitivo conductual, con el objetivo de promover la salud mental en personas con DM tipo 2.

Cada sesión se llevó a cabo en la Biblioteca Pública de Liberia, Lic. Francisco Mayorga Rivas, los viernes, en un horario de 9:00 a.m. a 12:00 m. con una duración de tres horas. Estas sesiones se iniciaron en la segunda semana de enero y finalizaron en la primera semana de marzo del año 2022.

6.2 Descripción de las personas participantes

Participante 1

La participante número uno, fue mujer de 45 años, residente de Liberia, en una relación de unión libre y ama de casa. Era madre de cinco hijos y fue diagnosticada con DM tipo 2 hace aproximadamente 6 años. Ella mencionó que su reacción inicial ante la noticia del diagnóstico fue de negación *“No le creía y no le hacía caso al tratamiento”*. Además, mencionó que padece de otras enfermedades crónicas como hipertensión, insuficiencia renal (IRC-FASE 4) y anemia.

Al principio del proceso, se mostró tímida y era difícil de entender lo que quería comunicar. Sin embargo, a medida que pasaban las sesiones fue mejorando y mostrando un mayor aprendizaje en relación con el tema tratado.

En cuanto al tema de las emociones y salud mental, ella mencionó que sabe poco al respecto, pero expresó su punto de vista basado en su experiencia personal. Ha experimentado depresión y ansiedad, y aunque trata de trabajar en su bienestar emocional, se siente desanimada y le resulta difícil realizar cambios positivos. Según indica, trata de estar bien, *“pero se me ha hecho difícil”*.

Las principales preocupaciones que ella expresaba eran sus problemas de salud y el de una de sus hijas, quien fue diagnosticada de IRC. Además, está preocupada por las posibles complicaciones si no logra mantener una adecuada adherencia al tratamiento y a una alimentación adecuada.

Participante 2

La segunda participante fue una mujer de 38 años, vecina de Liberia, casada y ama de casa, con dos hijos. Fue diagnosticada con DM tipo 2, hace 15 años; al principio no le dio mucha importancia a su salud ya que se sentía joven. Sin embargo, comenzó a tomar conciencia cuando su madre le recordó que, si no se cuidaba, podría dejar a sus hijos solos. Además, de la diabetes, también desarrolló hipertensión arterial y anemia como enfermedades crónicas.

Inicialmente, mostraba una expresividad limitada, tímida; sin embargo, a medida que avanzaban las sesiones participaba y se desenvolvía mejor mostrándose cortés y colaboradora durante el proceso. Aprendió mucho sobre los temas abordados.

Participante 3

La tercera participante, una mujer de 47 años y ama de casa, tenía una hija con discapacidad física (que usaba silla de ruedas). Fue diagnosticada con DM tipo 2 hace cinco años. Manifiesto que no seguía su tratamiento de manera adecuada y que era su hija la que le recordaba tomar sus medicamentos y cuidar su alimentación. Al principio del proceso, mostraba ansiedad y resistencia, pero a medida avanzaban las sesiones, mejoraba su participación y aprendizaje en relación con el tema abordado.

Sus principales preocupaciones eran que su salud empeorara, el cuidado de su hija y las limitaciones económicas que enfrentaba.

Participante 4

La participante número cuatro fue una mujer de 37 años, ama de casa, casada, con dos hijos, diagnosticada con DM tipo 2 cuando tenía 26 años (hace 11 años). En

ese momento tenía un hijo y no se preocupó por su enfermedad hasta quedar embarazada de su segunda gesta. El impacto emocional fue grande cuando el médico tratante del EBAIS le dijo que ella podía fallecer si no tomaba el medicamento de forma correcta. A esta enfermedad se le suma la hipertensión arterial.

Durante el proceso, se presenta con ropa casual, en estado general de limpieza e higiene. Al inicio se mostró tímida pero conforme pasaron las sesiones, hubo un mejor desenvolvimiento y aprendizaje relacionado con los temas abordados. Las principales preocupaciones que ella expresaba fueron los problemas económicos y de salud.

Participante 5

La quinta participante fue una mujer de 39 años, casada, ama de casa, tres hijos. Fue diagnosticada con DM tipo 2, hace un año y también padece hipertensión arterial. Ha expresado sus preocupaciones sobre su condición económica y de salud, como resultado de una post-pandemia debido al COVID-19.

Durante el proceso, al inicio se mostró preocupada y ansiosa. Sin embargo, a medida que pasaron las sesiones mostró un buen desenvolvimiento y aprendizaje relacionado en los temas abordados. Estuvo activa, atenta y colaboradora, y se expresó de manera cortés durante el desarrollo de las diferentes actividades realizadas.

Participante 6

La sexta participante fue una mujer de 37 años, casada, ama de casa, con tres hijas. Fue diagnosticada con DM tipo 2 desde hace cinco años y también con otros padecimientos crónicos como la hipertensión arterial. Durante el proceso, manifestó estar consciente de su enfermedad, teniendo como sus principales preocupaciones los problemas a nivel familiar y económicos, lo cual le causaba estrés y empeoraba su salud.

Al inicio del proceso, se mostró ansiosa, pero a medida que se avanzaba fue mostrando un poco de tranquilidad e interés en los temas presentados. Se puede decir

que ella presentó un buen desenvolvimiento expresando de manera cortés y adecuada sus dudas, temores y preocupaciones en torno al manejo de su enfermedad, tratamiento y relaciones familiares.

Participante 7

La participante número siete fue una mujer de 32 años, casada, ama de casa, con dos hijos. Fue diagnosticada con DM tipo 2, hace un año, y también padecía otros problemas crónicos como hipertensión arterial y obesidad. Sus principales preocupaciones fueron los problemas económicos y las complicaciones de salud que le generaba su enfermedad.

En el proceso, demostró estar dispuesta a conversar y a expresar sus sentimientos e inquietudes en temas relacionados, tales como cuidar de su salud, la toma de medicamento, las relaciones familiares, la crianza de sus hijos y el trabajo, entre otros. Además, mostró una actitud colaboradora en el desarrollo de las actividades, expresando de manera cortés sus inquietudes, opiniones en las diferentes actividades que se desarrollaron en proceso.

Participante 8

La octava participante era una mujer de 34 años, casada y ama de casa, con dos hijos. Fue diagnosticada con DM tipo 2 hace tres años, además de padecer hipertensión arterial y obesidad. Sus principales preocupaciones eran los aspectos económicos a nivel familiar y el estado de salud. Durante el proceso y en el desarrollo de las diferentes actividades, la participante mostró un buen desenvolvimiento. Expresó sus sentimientos y preocupaciones reflexionando sobre los temas abordados y compartiendo sus vivencias, así como la forma en que había resuelto ciertos problemas relacionados con su familia, pareja y el manejo de su enfermedad.

Participante 9

La participante número nueve era una mujer de 43 años, en unión libre, ama de casa y con una hija. Fue diagnosticada con DM tipo 2 hace siete años, además de padecer problemas de obesidad e hipertensión arterial. Sus principales preocupaciones estaban relacionadas con familiares, especialmente con su pareja, así como el tratamiento y las complicaciones de salud. Durante el proceso se expresó de manera cortés y participó activamente de todas las actividades. También compartió su experiencia sobre cómo había descuidado su salud al principio de su enfermedad y cómo había aprendido a cuidarse mejor.

Participante 10

El décimo participante era un hombre de 38 años, trabajador independiente, diagnosticado con DM tipo 2, hace cinco años, además, de padecer hipertensión arterial y problemas de obesidad. Una de las principales preocupaciones era que su salud se complicara aún más.

Durante el proceso se mostró colaborador y reflexivo. Siempre invitaba a las demás personas participantes a expresar sus sentimientos sin limitaciones. Fue cordial, mostró un buen desenvolvimiento y aprendizaje en relación con los temas abordados y participó abierta y cortésmente.

Para finalizar el apartado de la descripción de las personas participantes a continuación se presentan algunos aspectos en común entre ellas, lo que podría reflejar algunas similitudes en sus experiencias de vida con respecto a la Diabetes tipo 2.

La mayoría de las personas participantes presentaban baja escolaridad, lo que dificultaba la comprensión de la información sobre su enfermedad y cuidado. A partir de lo anterior, se encontraban más propensas a sufrir comorbilidades que complicaban su salud, como hipertensión arterial, anemia y obesidad. Esta baja escolaridad limitaba a las personas a comprender y aplicar las recomendaciones brindada por los profesionales

del Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia, siendo este un importante factor de riesgo; por consiguiente, es necesario que los profesionales de la salud desarrollen estrategias educativas acordes con las necesidades de la población para una mejor comprensión.

Unido a lo anterior, había preocupaciones latentes sobre la salud física. Todas las personas participantes expresaron preocupaciones por su salud física. Además, reflexionaron sobre la importancia del tratamiento y de mantener una alimentación adecuada.

Otros aspectos que mencionaron fueron las preocupaciones económicas, las cuales representaban una dificultad para acceder al sistema de salud, adquirir medicamentos especiales, obtener aparatos para medir la glucosa y comprar alimentos adecuados a su condición de salud.

En relación con el apoyo de las familias y las relaciones interpersonales entre sus miembros, se encontró que las personas participantes cuentan con el apoyo familiar, económico y emocional de sus hijos e hijas y sus parejas. Esto representa una fortaleza en algunos participantes para afrontar la enfermedad, lo que permite mantener un equilibrio físico y emocional, además de adquirir y mantener hábitos.

En cuanto al manejo de su enfermedad expresaron que aprendieron sobre los temas abordados en las sesiones, además aclararon dudas, expresaron sus temores y preocupaciones acerca de la enfermedad y reconocieron la importancia de la familia.

6.3. Presentación y análisis de resultados de la entrevista semiestructurada

6.3.1. Categoría 1. Reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2

En relación con la entrevista semiestructurada aplicada a las personas participantes, los resultados de las emociones experimentadas, al recibir el diagnóstico clínico DM tipo 2, fueron diversos. Las reacciones emocionales expresadas por las participantes incluyeron sorpresa, tristeza, susto, miedo, negación y en algunos casos,

depresión. Estas emociones son comunes en situaciones de diagnóstico de enfermedad crónica y pueden reflejar la complejidad emocional que acompaña la noticia. Según Montalvo y Herrera (2015) las personas que padecen una enfermedad crónica suelen experimentar tristeza, angustia y miedo como respuesta al sufrimiento causado por la pérdida de la salud, el miedo a lo desconocido y a la muerte.

Además, Montoya, citado en Montalvo y Herrera (2015), señala que el sufrimiento se intensifica debido a las consecuencias y a los síntomas relacionados con el progreso de la enfermedad. Esto genera incertidumbre sobre el futuro en términos de salud física y pensamientos recurrentes de muerte. Estas situaciones afectan el estado de ánimo de las personas y generan malestar físico y social en la persona.

En este mismo orden de ideas Ramos et al. (2019) afirman:

Es común que el enfermo crónico de M2, perciba su enfermedad como un peligro latente, muchas veces asociado con una muerte inminente. Este tipo de preocupaciones y temores crónicos son una fuente crónica de estrés, depresión y emociones ambivalentes que cuestionan su sentido de vida dificultando la interacción con su entorno familiar. (p.25)

Lo anterior se evidenció cuando las personas participantes mencionaron una variedad de emociones como asombro, ignorancia, negación, tristeza, susto, miedo, impotencia y depresión (Hernández et al., 2020). Por ejemplo, la participante 1 expresó sentir: “*asombro*”. Mientras que el participante 2, manifestó “*ignorancia-negación*”, al escuchar la palabra diabetes; la participante 3 mencionó que se sintió “*triste*”, mientras que el participante 4, expresó: “*Sentí que Dios me dejó*”. En cuanto a la participante 5, reaccionó con negación ante el diagnóstico y no siguió con el tratamiento recomendado por el médico tratante “*No le creía y no le hice caso al tratamiento*”.

La participante 6 mencionó tener miedo y sentirse desconcertada “*me asusté*”, y no supo cómo responder “*me quedé enclochada*”; mientras que la participante 8, mencionó que “*lloró*”; la participante 9 dijo sentirse abrumada y deprimida mientras que el participante 10 experimentó miedo y depresión: “*me asusté y me dio depresión*”.

Con respecto a las emociones, una vez brindado el diagnóstico, Marmolejo et al. (2016) y Aquino, 2019), describe que las personas con DM tipo 2 manifiestan sentimientos de tristeza y angustia. En el caso de las personas participantes esto se presenta cuando se dan cuenta de que los resultados de los exámenes de laboratorio presentan valores alterados, o cuando experimentan malestar en la vida cotidiana.

La participante 2 mencionó que sentía *“tristeza, por mi salud y por pensar en mis hijos”*. La participante 4 dijo que se sintió triste *“ahora todo es diferente”*. Además, la participante 1 expresó que se sentía triste y que incluso *“se le salen las lágrimas al pensar en su enfermedad”*.

Para hacer frente a los sentimientos de tristeza, algunas de las personas, mencionaron que salían a caminar, compartían en familia, realizan actividades recreativas, hacían ejercicios o bien, pasan tiempo con sus mascotas. Por ejemplo, la participante 5 dijo: *“Me distraigo con los animales, me voy a caminar y hago un poco de ejercicio”*. Por su parte la participante 6 mencionó que salía *“A caminar y a andar en bici”*.

Las personas participantes, manifestaron preocupaciones acerca de las complicaciones de salud que pueden sufrir a causa de su enfermedad, así, como el temor a la muerte (Benítez et al, 2018; Ramos et al, 2019; Hernández et al., 2020). Además, todas las personas participantes manifestaron presentar dificultades económicas como consecuencias de la pandemia por COVID-19. Lo anterior se evidenció por ejemplo cuando la participante 1 dijo *“a mí me preocupa que se altere más [diabetes] de lo que está”*. Mientras que la participante 8 y la participante 3 opinaban lo mismo y por último la participante 5 refiere *“me preocupa complicarme en salud, ya que soy la jefa del hogar”*.

De acuerdo con Leperski (2017), las emociones tienen una función adaptativa que influyen en la percepción sobre las situaciones que deben enfrentar en la vida. Sin embargo, si no son manejables las reacciones emocionales ocasionan las crisis. En este sentido, todas las personas participantes manifestaron que sus reacciones emocionales

provocaban angustia al pensar que podrían sufrir complicaciones de no tener un adecuado tratamiento.

Las personas participantes manifestaron haber sufrido momentos difíciles como resultado de la pandemia, lo que generó estrés en ellas. En este sentido, Benítez et al. (2018) señalaron que la sobre exposición al estrés genera estados emocionales, como la depresión y la ansiedad en la diabetes. Todas las personas participantes manifestaron sentir estas emociones especialmente aquellas personas participantes que cumplían roles de jefatura en el hogar.

6.3.2. Categoría 2. Creencias y necesidades emocionales que presentan las personas con diagnóstico DM tipo 2 con respecto a su enfermedad

En la categoría de creencias y necesidades emocionales de las personas participantes, se identificaron diferentes concepciones acerca de las emociones. De manera general, las opiniones se basaron en las vivencias y experiencias personales de crianza y culturales. Es por ello que no hubo una definición común entre las personas participantes, sino que identificaron sentimientos como la alegría, tristeza, enojo, miedo, frustración entre otros. En referencia a lo anterior., “la ansiedad constituye una alteración emocional que se presenta en la vida cotidiana de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sentimiento que actúa como un factor amenazante y latente” (Hernández, et al., 2020, p.9), esto genera en las personas participantes sentimientos de inseguridad y desestabilización emocional.

Las personas diagnosticadas DM tipo 2, necesitan conocer más acerca de sus creencias y necesidades emocionales, con el fin de reconocerlas y regularlas de manera que contribuyan a una mejor adherencia al tratamiento y al control de la enfermedad.

Es importante destacar que en sus respuestas las personas participantes manifestaron sentimientos de tristeza, alegría, enojo e impotencia en situaciones para las que no se sentían preparadas. Por lo tanto, hay que resaltar que cada participante tiene una comprensión personal y única acerca de las emociones (Damasio, 2010), lo cual es importante para su abordaje y manejo. En sentido, la percepción que una persona tiene de sí misma y la forma de enfrentar situaciones, son relevantes a la hora de determinar cómo influyen esas creencias.

En relación con lo anterior, las personas participantes mencionaron diferentes valoraciones e ideas con respecto al concepto de las emociones. Por ejemplo, la participante 1 expresó: *“una emoción es cuando es lo que uno siente ante una situación o momento como tristeza, alegría”*. La participante 2 indicó: *“cualquier reacción ante cualquier situación que suceda”*. La participante 3 señaló: *“que es la tristeza, alegría y enojo son emociones”*; mientras que la participante 4 comentó: *“No sé qué es una emoción. Nunca nadie me lo había preguntado, es la primera vez que hacen esa pregunta. Puede ser como si le dijera “como mariposas en el estómago, como conversar, algunas veces se habla con alguien más y uno se siente emocionado”*, La participante 5 externó: *“una emoción es lo que uno siente, a veces, por ejemplo, cuando me enojo o estoy triste”*. La participante 6 dijo: *“la verdad no sé, pero yo me emociono cuando mis hijos salen bien”*. Por su parte la participante 7 comentó: *“Hay dos tipos, de emociones la alegría y la tristeza”*. En cuanto a la participante 8 manifestó: *“Son las reacciones que uno tiene en el cuerpo”*. La participante 9 indicó: *“cómo me siento en el momento”*, y por último el participante 10 señaló: *“sentirme triste, feliz”*.

Sobre las creencias, percepciones y prácticas de las personas con DM tipo 2 Pérez, (2010), plantea que estas son reguladas y se construyen en las personas a través del comportamiento generado del contexto, mediante el modelamiento de las conversaciones y experiencias, relacionadas con ellas.

En este sentido, el componente social desempeña un papel fundamental al ser el vehículo que proporciona herramientas para regular las emociones en las personas (Moreno et al., 2024). Aunque las personas participantes comparten una misma enfermedad, el significado de esta para cada una de ellas, es propio de cada persona, así como las creencias de su cuidado y el comportamiento en el manejo del tratamiento.

Durante el proceso de trabajo de campo, se les preguntó a las personas participantes sobre las creencias propias y acerca de la definición de bienestar emocional. La participante 2 lo define como: *“tratar de tener controladas nuestras emociones y cómo vivir la vida con tranquilidad”*. Para el participante 10 significa *“sentirse bien, y tener amor propio”*. La participante 4 considera que se trata de *“tener salud, de ello depende que mis hijos estén bien, tener comida para que no sufran, tener*

fuerzas para seguir adelante". Por último, la participante 5 mencionó que es la primera vez que escucha este término: "*hasta ahora lo estoy escuchando*".

En relación con las dificultades que tienen las personas participantes para cuidar su salud física y emocional, estas fueron determinadas a partir de la comprensión que tienen con respecto a su enfermedad, su percepción.

De acuerdo con Castro et al. (2005) en algunas personas que son diagnosticados:

Se observa un impacto emocional y conductual por dos razones, primero por tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y segundo por tener que modificar su repertorio comportamental con el propósito de sobrellevar saludablemente todas las situaciones que se le presenten. (p.148)

Las respuestas fueron variadas por parte de las personas participantes. Sin embargo, coincidieron en que la alimentación es una de las principales dificultades, pues a causa de los problemas económicos no pueden alimentarse de acuerdo con las indicaciones médicas y esto les genera estrés y preocupación. Es importante indicar que solo una persona participante era trabajadora asalariada, mientras que las demás personas se dedicaban a labores domésticas o al sector informal.

Al respecto la participante 2 mencionó que no saber cuidarse bien con la alimentación, le provocaba gordura y en lo emocional, la situación económica de su familia la estresaba, la hacía sentir ansiosa, con mucha preocupación. El participante 10 expresó que le falta fuerza de voluntad y que siempre encuentra excusas para no hacer cambios que sabe que debe de realizar. La participante 4 dijo que su principal preocupación era la alimentación, comer sanamente era una dificultad y un lujo para ella y su familia en ese momento. La participante 1 menciona que ella tiene problemas familiares y económicos que le dificultan el cuidado de su salud y algunas veces no es comprendida por la familia. La participante 8, y la participante 5, señalan que los problemas económicos son una de sus dificultades y problemas. Por último, la participante 6 menciona que el estrés personal y familiar le juegan una mala pasada en su salud y, la participante 9 menciona que muchas veces no come bien por pereza.

Todo lo anterior, corresponde a un primer acercamiento en esta fase diagnóstica, y se realiza una aproximación a las ideas que tienen las personas con respecto a su enfermedad, en este sentido, se busca definir las creencias y necesidades emocionales de las personas participantes.

En relación con el bienestar emocional cada persona tiene una comprensión personal y única de las emociones, es por ello que su definición depende de las vivencias y experiencias propias. En cuanto a las dificultades presentadas manifestaron que, a partir de su vivencia cotidiana, tienen dificultad para bajar de peso, desconocen los manejos correctos de los índices glicémicos y que les es difícil cuidar de su salud física y emocional. Lo anterior es consecuencia de una inadecuada alimentación relacionada con una difícil situación económica, lo que genera en cada participante estrés y tensión emocional ante la preocupación de no poder seguir las recomendaciones médicas.

Para finalizar, como necesidades personales relacionadas con el cuidado de la salud, se señalaron: aprender a manejar la ansiedad, mejorar la alimentación, iniciar un plan de ejercicios, trabajar en la autoestima y detectar y regular emociones.

6.3.3. Categoría 3. Salud Mental

Autores como Sánchez (2021) plantean que la salud mental en pacientes con enfermedades crónicas ha sido objeto de estudio, desde una visión fragmentada tanto desde el modelo biomédico o bien desde aspectos que pueden afectar la salud mental y emocional. Allí la importancia de esta investigación aplicada al buscar responder ¿cómo se puede promover la salud mental en personas que reciben un diagnóstico DM tipo 2?

Los relatos de las personas participantes del estudio indican que quienes han sido diagnosticados con DM tipo 2 experimentan cambios a nivel personal, familiar y social, los cuales impactan negativamente en su salud mental y emocional. A partir de lo anterior, es importante reflexionar acerca de la función de la Psicología Clínica y de la Salud (García, et al, 2008, Hernández et. al, 2020). Por su parte Azzollini et al. (2015), mencionan que

Trabajar en la salud mental de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es sumamente necesario para disminuir los síntomas depresivos y ansiosos que se presentan en el diagnóstico de algunos pacientes, lo que favorece estrategias de afrontamiento en el diagnóstico, mejora la calidad de vida y fomenta la adecuada adhesión al tratamiento. (p.11)

En este orden ideas, Jiménez et al., (2007) plantea que se requiere implementar estrategias psicoeducativas adecuadas al diagnóstico de personas con DM tipo 2, tomando en cuenta la opinión que tienen de sí mismas y de su enfermedad, con el objetivo de que puedan conocer cada vez más su cuerpo desde el contexto de su enfermedad y apropiarse de su tratamiento

Adaptarse a un diagnóstico de una enfermedad crónica que surge de manera inesperada puede tener implicaciones para la salud mental. Las modificaciones del estilo de vida provocan en las personas participantes “sentimientos de tristeza, angustia, ansiedad, desesperación, lo cual impide conservar una buena salud mental, convirtiendo al paciente en una persona susceptible al disminuir su estado de ánimo, llevándolo a adquirir problemas a nivel personal”. (Jojoa, 2016, p. 95)

A pesar de esto, las personas participantes implementan algunas de las estrategias para el cuidado de su salud mental. Por ejemplo, el participante 10 menciona el *“implementé la aromaterapia y biblioterapia”*, por otro lado, la participante 2 dice *“busco distraer mi mente en alguna actividad o hacer alguna manualidad”*. La participante 8 mencionó: *“disminuyo el estrés compartiendo con mi familia”*.

Aunque existen diversos tratamientos para controlar la enfermedad, todas las personas participantes concuerdan que dedicar tiempo a realizar ejercicios físicos como salir a caminar y mantener buenas relaciones familiares y de pareja contribuye a mejorar su salud física y mental.

Conviene prestar atención y diferenciar las problemáticas familiares, generadas por las dificultades económicas y desempleo de sus miembros que afectan la salud mental, estas se manifiestan mediante síntomas de estrés o bien ansiedad en cada participante. La participante 1 comenta: *“a mí me afectan mi salud mental los problemas*

con mis hijos y la situación económica” mientras que el participante 10 menciona: “*creo que en este momento me afecta mi salud el estrés por la parte económica*”. Y por otro lado el apoyo y acompañamiento que reciben las personas participantes de sus familiares a cuidar su salud son fundamentales para el tratamiento. Al respecto Zavala et al. (2009) plantea que “la familia juega un rol muy importante en la calidad de vida del paciente crónico y de esta manera se pueden generar actividades que involucren a la familia que vive con el paciente crónico para mejorar tanto su salud física como psicológica”. (p. 267)

Algunas de las estrategias que las personas participantes utilizan para hacer frente a situaciones difíciles en su vida son el diálogo interno, la comunicación con los familiares y la espiritualidad, tal es el caso la participante 1, quien menciona: “*pedirle a Dios e ir a la Iglesia, principalmente ir al Santísimo, porque ahí siento paz*”.

En resumen, las personas participantes señalan que los problemas familiares, las dificultades económicas y la salud física afectan su bienestar emocional. Estos generan estrés, ansiedad y en algunos casos sentimientos de tristeza o impotencia. Además, reconocen la importancia de cuidar su salud mental ante el diagnóstico de DM tipo 2.

Para ello llevan a cabo estrategias de autocuidado como mantener buenas relaciones familiares, practicar el ejercicio, implementar la aromaterapia y la espiritualidad que es otro elemento importante para el bienestar.

6.3.4. Categoría 4. Tratamiento

También, se indagó acerca del tratamiento prescrito por el médico especialista en medicina familiar, siendo este un aspecto fundamental para el cuidado físico de la persona con diagnóstico DM tipo 2. En este sentido, las personas participantes enfatizaron la importancia de seguir el tratamiento, ya que les permite mejorar su salud.

Así lo indica el participante 10 el cual refirió que “*es para mejorar la salud de uno*”; mientras que la participante 1 señaló “*porque es bueno*”.

Ante la pregunta ¿Por qué debe tomar el tratamiento para la Diabetes? La mayoría de las personas participantes manifestaron que el objetivo principal es controlar los niveles de glucemia en la sangre. Es así como lo expresó la participante 2 que es *“para controlar el azúcar”*, en cuanto a la participante 8 refirió que es *“para mejorar y mantenerse estable”*, y por su parte la participante 1 indicó que es *“para estar bien, porque si no me pongo mal”*.

En este mismo orden de ideas, al abordar la interrogante ¿Usted cumple con las indicaciones para tomar el medicamento prescrito para la diabetes? Las respuestas de las personas participantes fueron variadas.

Por ejemplo, la participante 2 manifestó: *“A veces tomo el medicamento como es, pero a veces no lo tomo y no cuido la alimentación”*. El Participante 10 también mencionó: *“No, por olvido involuntario o porque a veces me tomo las pastillas en la mañana”*. La participante 4 expresó: *“No, porque a veces se me altera, creo que es por la dosis”* y por último la participante 8 indicó: *“No, por olvido o porque a veces estoy depresiva”*.

Las respuestas de las personas participantes con respecto al no cumplimiento del tratamiento reflejan una dificultad para seguir y cumplir con las indicaciones, prescritas por el profesional en salud, la cual se suma a olvidos “involuntarios” dificultad en el cuidado de la alimentación y problemas relaciones con la dosis y estado emocional. De acuerdo con Labrador, (1998) citado en Castro et al. (2005), el tratamiento en las personas con DM tipo 2 se debe de cumplir correctamente, sin embargo, dice:

Tras revisar el modo de comportamiento del paciente diabético ante su enfermedad se puede concluir que, en un alto porcentaje, carecen de habilidades para un manejo efectivo del tratamiento o, aun cuando lo poseen, no lo realizan de forma apropiada (p.148)

En relación con la pregunta ¿En algún momento se ha olvidado tomar el tratamiento? Todas las personas participantes admitieron haber olvidado en algún

momento la toma del tratamiento, debido a diversos motivos como el olvido, la tristeza o efectos secundarios, entre otros.

Al respecto, la participante 2 mencionó que el motivo por el cual olvidó tomar el tratamiento en el horario respectivo fue *“porque en ese momento uno se siente bien y no siente ningún síntoma”*. La Participante 4 atribuyó su olvido a las labores domésticas y a *“tener mucho que hacer en la casa”*. Por su parte, la participante 1 manifestó que se distrajo debido a *“las preocupaciones o porque me puse a hacer algo en el momento”*. La participante 8 señaló que su motivo fue su estado de ánimo, *“La tristeza porque a veces paso deprimida”*. La participante 5 mencionó que olvidó tomar el tratamiento en algún momento por la ocupación laboral, *“en algún momento porque estaba trabajando”*. Del mismo modo, la participante 6 indicó que fue a causa del *“trajín del día”*. La participante 3 también manifestó que a veces *“uno se distrae con otras cosas”* mientras que la participante 9 mencionó que algunas veces se olvida de llevar las pastillas *“por salir rápido de la casa”*.

Las consecuencias que las personas participantes mencionan al no tomar el medicamento son complicaciones en su salud, como cansancio, decaimiento, desánimo, niveles altos de glucemia, entre otros. Por ejemplo, la participante 2 manifestó: *“a veces no pasa nada, en ocasiones me siento cansada, decaída”*. La participante 4 señaló: *“siento que se altera el azúcar”*. Participante 1 expresó: *“Me pongo mal, me desestabilizo”*. La participante 6, por su parte, indicó *“me pongo peor, se me aceleran más los síntomas”*.

En conclusión, es importante destacar que olvidar la toma del tratamiento es una de las dificultades que enfrentan las personas participantes al reconocer la Diabetes tipo 2 como una enfermedad crónica. A partir de lo anterior, es necesario que los y las profesionales en psicología de la salud mental acompañen a las personas en el proceso de adherencia al tratamiento adecuadamente y brindar apoyo emocional para que las personas con este diagnóstico puedan aprender a manejar la enfermedad de manera efectiva.

6.3.5. Categoría 5. Estrategia y acciones para el cuidado de la salud que realizan las personas participantes para cuidar su salud

Para comprender mejor las estrategias y acciones que las personas participantes implementaban para el cuidado de su salud, se indagó sobre su conocimiento del autocuidado. Solo dos participantes admitieron desconocer el significado del término de autocuidado. La participante 4 refirió: *“nunca había escuchado esa palabra, no sé qué significa la verdad”*, mientras que la participante 5 señaló: *“No tengo claro ese término”*.

En cuanto a las demás personas participantes, expresaron su comprensión acerca del autocuidado. La participante 2 mencionó: *“es el cuidado que yo misma manejo con mi vida, mi salud”*. El participante 10 expresó: *“trabajar con uno mismo para estar bien”*. La participante 4 afirmó: *“cuidar mi salud”*. La participante 1 indicó: *“cuidarse tomando el medicamento y, hacer cosas que lo hagan sentir bien”*, manifestó: *“si yo no me cuido quién me va a cuidar”*. La participante 6 dijo: *“es cuidarme a mí misma”* y, por último, la participante 9 concluyó que es *“tomar mi medicamento y comer saludablemente”*.

En relación con las acciones para cuidar su salud se les solicitó a las personas participantes que mencionaran al menos tres de ellas, las respuestas fueron: mejorar la alimentación, tomar agua, tomar el medicamento adecuadamente y realizar ejercicio.

A continuación, se presentan algunas respuestas de las personas participantes:

La participante 1 mencionó: *“que descansar, relajarse y tratar de mejorar en la alimentación”*. La participante 2 expresó: *“que realizar ejercicios, evitar las gaseosas y ver las etiquetas nutricionales”*. La participante 4 dijo: *“hay que cuidar la alimentación un poco, tomar mucha agua y pasar haciendo ejercicio”*. Mientras que la participante 5 indicó: *“que hay que bajar el nivel de azúcar en el café, bajé el aceite y me estoy tomando el agua. Estoy tomando la insulina como el doctor me indicó, esto hace que me sienta más alegre y he dejado de preocuparme tanto”*.

En la misma línea, la participante 5 señaló: *“tomar el tratamiento, tratar de comer lo que me hace bien y hablar con alguien, por ejemplo, mi hija mayor para*

desahogarme". Mientras tanto, la participante 6 mencionó: *"cumplir con el tratamiento, comer saludable y hacer ejercicio"*. Mientras que las participantes 6,7, 8, 9 y 10 mencionaron la importancia de tomar el tratamiento en su horario respectivo, comer saludable y realizar ejercicios.

En relación con las acciones para cuidar la salud, las respuestas de las personas participantes fueron el autocuidado, como tomar medicamentos según las prescripciones médicas, realizar actividades recreativas y mantener una alimentación saludable, como parte de sus estrategias para el cuidado de su salud. Además, se destaca que algunas de las personas participantes desconocían el concepto de autocuidado, lo que indica la necesidad de realizar psicoeducación en este tema. También se expresa que el autocuidado era cuidado personal acerca de la salud física, y que de esto depende el bienestar personal.

Las personas participantes han manifestado la importancia de realizar acciones para cuidar y proteger su salud, las cuales incluyen descansar y relajarse, mejorar la alimentación, realizar ejercicios, tomar agua y cumplir con el tratamiento. Además, han resaltado la importancia de evitar prácticas o hábitos no saludables, como la mala alimentación, la falta de ejercicio, la falta de descanso, el sedentarismo y la falta de regulación de las emociones.

En relación con lo anterior según Murillo y Alvarado (2020) refieren que:

Se hace necesario el desarrollo de intervenciones donde se enfatice el autocuidado; se potencie un aprendizaje significativo; se facilite la escucha activa del paciente y se realicen entrenamientos para modificar la conducta, marcar objetivos realistas y alcanzables, con el apoyo de los materiales necesarios que mejor se adapten a las capacidades de las personas, y así, junto con el apoyo de los profesionales, se logre implementar prácticas de cuidado que favorezcan el bienestar de las personas. (p.174)

En resumen, en esta primera parte fue fundamental que las personas estuvieran informadas sobre el autocuidado y sus beneficios para la salud física y emocional. En

este sentido, se invitó a reflexionar que el autocuidado implica realizar acciones concretas que contribuyen al bienestar general, y su promoción era esencial para fomentar hábitos saludables y prevenir enfermedades.

Para finalizar, se les solicitó a las personas participantes que brindaran sus experiencias y estrategias a otras personas para el cuidado físico y bienestar emocional. Las respuestas fueron variadas, por ejemplo:

La participante 2 mencionó la importancia del amor propio: “es *quererse y valorarse a uno mismo*”. La participante 4 destacó la necesidad de: “*cuidar la alimentación y realizar ejercicio*”. Mientras que la participante 7 señaló que ser una persona diabética no significa la muerte: “*que no es la muerte, no es que porque uno es diabético se va a morir. Que mejoren su cuidado personal y mejore o maneje sus preocupaciones*”. Por su parte la participante 1 externó la importancia de seguir el tratamiento, buscar apoyo emocional: “*es que deben tomarse el tratamiento, buscar a alguien con quien hablar (desahogarse) y hacer ejercicio*”, la participante 8 subrayó de importancia de un estado de ánimo positivo: “*es tomar el medicamento y estar bien de ánimo*”. Por otra parte, la participante 9 y el 10 mencionan la importancia de la fuerza de voluntad, el quererse y amarse uno mismo. En cuanto a las participantes 3 y 5 indicaron que se debe evitar el consumo excesivo de azúcar y sal.

Tomando en cuenta las consideraciones previas, las personas participantes hicieron hincapié en la relevancia de seguir y acatar las indicaciones médicas, así como en la importancia de realizar ejercicio físico. También se resaltó la necesidad de evitar el exceso en el consumo de azúcar, sal y grasas saturadas. Además, se recomendó consumir alimentos saludables y evitar el sedentarismo y la rutina. Para finalizar, se hizo énfasis en reconocer y tomar en cuenta el amor propio, la importancia de buscar apoyo emocional, profesional y llevar a cabo estrategias y acciones que contribuyan a mejorar la salud mental.

6.4 Síntesis

En la fase diagnóstica inicial, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con las personas participantes para identificar y comprender su reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2. También se reconocieron sus creencias (Balcazar et al., 2012; Moreno et al. 2004) y necesidades emocionales (Ruíz, 2011), así como las estrategias de cuidado que utilizaban.

Como resultado, se encontró que una de las principales dificultades de las personas participantes fue reconocer la Diabetes Mellitus tipo 2 como una enfermedad crónica (Castro et al., 2005). Esto generaba un desequilibrio en su estado físico y emocional, ya que descuidaban el cumplimiento de las indicaciones prescritas, los chequeos médicos respectivos y una alimentación saludable.

Además, experimentaban emociones (Carvajal, 2014, González et al., 2011, Leperski, 2017) de miedo, tristeza e incertidumbre, así como la preocupación por las complicaciones de su enfermedad en los años venideros. Estas emociones se vieron agravadas por situaciones económicas, familiares y la pandemia del COVID-19, lo que contribuyó a que los síntomas de ansiedad y depresión se intensificaran.

Durante esta entrevista, se evidenció que las personas participantes requerían un proceso psicoeducativo adaptado a sus necesidades educativas. El objetivo era reconocer sus dificultades y adquirir herramientas que les permitieran un adecuado manejo de la ansiedad, la depresión, la autoestima, la modificación de hábitos alimenticios y cuidar de su salud mental a través del autocuidado.

Otro aspecto importante fue el reconocimiento de las estrategias y herramientas de autocuidado (Aquino, 2019; Benitez et al. 2018) que ellos mismos propusieron para cuidar de su salud mental. Estas incluían mantener buenas relaciones familiares, realizar actividades distractoras, participar en actividades lúdicas o de emprendimiento, regular las emociones y practicar la espiritualidad como elemento del bienestar emocional.

Finalmente, las personas participantes reconocieron que un espacio grupal podría ser útil para aprender a ser más conscientes en relación con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

6.5 DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En este apartado, se presenta una descripción de la propuesta titulada *“Estrategias psicoeducativas para el autocuidado de la salud mental y el manejo de las emociones, dirigida a personas con diagnóstico DM tipo 2”*. En esta propuesta, se describe detalladamente la metodología utilizada para el diseño de la intervención, la cual se originó, a partir de la entrevista semiestructurada aplicada a las personas participantes.

6.5.1 Presentación de la propuesta

La propuesta de talleres titulada: *“Estrategias psicoeducativas para el autocuidado de la salud mental y el manejo de las emociones, dirigida a personas con diagnóstico DM tipo 2”*, pretende ser una herramienta psicoeducativa grupal, desde el enfoque cognitivo conductual, destinada a la promoción de la salud mental en personas con DM tipo 2, situada desde la educación no formal.

De esta forma, las personas participantes podrán reflexionar acerca de la reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2, reconocer las creencias y necesidades, conocimientos relacionados con la enfermedad y, por último, apropiarse de estrategias para aprender a cuidar su salud.

A partir de los resultados de la entrevista semiestructurada aplicada a las personas participantes durante la primera fase, se logró identificar y seleccionar factores, para el diseño de la propuesta de ocho talleres, los cuales contienen una serie de actividades, dirigido a la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia.

Esta propuesta de estrategias se compone de ocho talleres, los cuales se detallan a continuación:

Taller 1, llamado: **“Una mirada hacia la Diabetes Mellitus Tipo 2”**, en él se aborda la definición de qué es la Diabetes Mellitus Tipo 2, así como la identificación de

conocimientos y creencias que tienen las personas participantes acerca de la diabetes y su tratamiento.

Taller 2, está dedicado a identificar los elementos con los que cuentan las personas para cuidar su salud mental. Este taller se titula: “**Crónica de una batalla interna: nuestra salud mental**”, y se aborda la temática de salud mental, manejo del estrés y autorregulación.

El taller 3 “**Redescubriendo mis emociones**”, pretende realizar un recorrido por el concepto de las emociones, las creencias y las necesidades que tienen las personas participantes.

El taller 4 está dedicado a “**Expresión de las emociones y sentimientos**”, en él se muestra de manera sencilla cómo se pueden expresar las emociones y sentimientos en la vida cotidiana y cómo estos influyen en el manejo de la enfermedad DM Tipo 2.

Por su parte, el Taller 5, brinda un acercamiento a la temática de la “**Alimentación consciente y corporeidad**”, acá se pretende conocer el autocuidado al elegir los alimentos de acuerdo con las circunstancias económicas, y reconocer lo que implica seleccionar alimentos no adecuados y los que son beneficiosos para la salud.

El taller 6, muestra la relación que existe entre el “**Afecto, familia y salud mental**”. Se busca reconocer la importancia de dar y recibir afecto, y se explora el acompañamiento que brindan las familias a las personas participantes en el manejo de la enfermedad DM Tipo 2.

Con el taller 7, titulado “**Cuándo nos visita la ansiedad y la depresión**”, se pretende brindar herramientas para que las personas participantes puedan identificar la presencia o no de síntomas ansiosos o depresivos y, lo más importante, qué hacer ante esas situaciones.

Y, por último, el taller 8, muestra a las personas participantes cómo pueden apropiarse de estrategias para hacer frente a los problemas cotidianos que pueden surgir en el manejo de la enfermedad DM Tipo 2 **“Estrategias para cuidar la salud mental y las emociones”**.

Con esta guía de talleres se pretende brindar recursos protectores a las personas con enfermedad DM Tipo 2, para que puedan experimentar, en la medida de lo posible, cómo cuidarse y sentirse bien.

6.5.2. Justificación de la propuesta

La finalidad de estos talleres consiste en brindar estrategias psicoeducativas para la salud mental, para la comprensión de la enfermedad, el ejercicio, las emociones, relaciones interpersonales, dirigida a personas con diagnóstico DM tipo 2 del programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia.

Durante la ejecución de estos talleres, se desarrollaron actividades lúdicas psicoeducativas con los temas correspondientes, como resultado de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a las personas participantes. Iniciaron con la introducción a la temática del diagnóstico DM tipo 2, su tratamiento, continuando con la salud mental, las emociones y la gestión de estas. Así mismo, involucraban la alimentación consciente, el afecto, apoyo de la familia, y seguían con el manejo de la ansiedad y depresión. Concluyó con las estrategias para cuidar la salud mental y el manejo adecuado de las emociones.

Se brindaron estrategias de psicoeducación a los usuarios con el fin de que sean un agente de cambio en su comportamiento y en el manejo de su salud mental, así como el intercambio de ideas, a partir de las experiencias. De igual manera, se pretendía que desarrollaran habilidades necesarias para el autocuidado y gestión de las emociones para el diario vivir, así como que fomentaran un espacio de reflexión y trabajo grupal, en donde se propicie un ambiente ameno para las personas participantes con diagnóstico DM tipo 2.

Lo anterior, permitirá un abordaje de la enfermedad, al dar un lugar a la salud mental, brindando herramientas desde la psicoeducación a usuarios del Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia, para que puedan mejorar su calidad de vida.

6.5.3. Objetivo general

Brindar estrategias psicoeducativas para el autocuidado de la salud mental y el manejo de las emociones, dirigida a personas con diagnóstico DM tipo 2.

6.5.4. Objetivos específicos

- Brindar conocimientos a la persona usuaria para que pueda convertirse en agente de cambio en su comportamiento y favorecer su salud física y mental.
- Promover el desarrollo de habilidades necesarias para el autocuidado y gestión de las emociones en el día a día de las personas participantes con diagnóstico DM tipo 2.
- Facilitar un espacio de reflexión y trabajo grupal para las personas participantes con diagnóstico DM tipo 2.

6.5.5. Diseño de la estrategia de intervención

Esta guía es dirigida a profesionales de la salud mental, para el abordaje a personas con diagnóstico DM tipo 2. Dicha estrategia de intervención se basa en actividades vivenciales, las cuales tienen un componente teórico. De esta forma, se busca que la intervención, mediante los ocho talleres, sea un proceso psicoeducativo, desde el modelo cognitivo conductual para el aprendizaje, desarrollo de habilidades, reflexión individual y grupal en torno al cuidado de su salud mental.

A partir de lo anterior, se elabora la estructura y distribución de las temáticas de los talleres de intervención:

Tabla 3

Estructura y distribución de las temáticas de los talleres

Nombre del taller	Descripción y contenidos
<p>Taller 1. “Diabetes Mellitus Tipo 2 y su tratamiento”.</p>	<p>Este primer taller se enfoca en la introducción del tema de la DM tipo 2 y su tratamiento. Partiendo del conocimiento que tienen las personas participantes sobre el diagnóstico. De igual manera, se refuerza brindando la explicación correspondiente a la temática.</p> <p>Definición de DM tipo 2, las complicaciones y su tratamiento. Identificación de prácticas de autocuidado para un adecuado manejo del tratamiento.</p>
<p>Taller 2. Crónica de una batalla interna: nuestra salud mental.</p>	<p>En este taller, se trabajará acerca de los conocimientos que tienen las personas participantes acerca de la salud mental. Para ello, se plantea, que la salud mental va más allá de hábitos de vida sana como estrategia para la promoción de la salud mental.</p> <p>Dar a conocer el concepto de: ¿Qué es la salud mental? Manejo de estrés. Autorregulación.</p>
<p>Taller 3. “Redescubriendo mis emociones”.</p>	<p>En esta tercera sesión de taller, se abordará el tema de las emociones y sus manifestaciones en el diario vivir de las personas participantes.</p> <p>Creencias y las necesidades emocionales que enfrentan las personas participantes en el proceso de la DM tipo 2.</p>
<p>Taller 4. Expresión de las emociones y sentimientos.</p>	<p>Mediante la aplicación del taller cuatro, se pretende brindar estrategias para que las personas participantes adquieran conocimientos de cómo pueden expresar las emociones y sentimientos de manera asertiva.</p> <p>Para ello, se pretende brindar un espacio para: Expresión de las emociones y sentimientos relacionados con</p>

	su vida cotidiana y su enfermedad DM Tipo 2.
Taller 5. Afecto, familia y salud mental	<p>A partir del sexto taller, se explorará el acompañamiento que brindan las familias, pareja y redes de apoyo en el acompañamiento en el manejo de la enfermedad DM Tipo 2.</p> <p>El proceso de dar y recibir afecto. ¿Qué prácticas cotidianas favorecen o limitan mi salud? ¿Cómo se puede tener una buena actitud para una vida sana?</p>
Taller 6. Alimentación consciente	<p>En este quinto taller, se pretende conocer el autocuidado que tienen las personas participantes a la hora de elegir sus alimentos, de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas, preferencias personales, tradiciones y/o creencias individuales o colectivas sobre la alimentación.</p> <p>Se realizan actividades para reconocer y darse cuenta lo que implica la selección de alimentos no saludables y aquellos que favorecen la salud física y mental.</p>
Taller 7. “Cuándo nos visita la ansiedad y la depresión”	<p>En este séptimo taller se identifican las reacciones emocionales de ansiedad, duelo y depresión que experimentan las personas participantes ante el diagnóstico DM tipo 2.</p> <p>Se trabajará los temas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Depresión - Duelo - Manejo y control de estos síntomas y emociones.
Taller 8. “Estrategias para cuidar la salud mental y las emociones”.	<p>Este último taller buscará que las personas participantes integren los conocimientos adquiridos en los siete talleres anteriores, para ello, realizarán actividades que permitan identificar aspectos de mejora y generadores de cambio, con el objetivo que cada participante pueda identificar sus recursos personales, para que puedan apropiarse de su salud.</p> <p>¿Qué es cambio? ¿Qué es resistencia al cambio? ¿Qué son los recursos personales?</p>

Fuente: Elaboración propia, a partir de la entrevista realizada (Apéndice H), 2021.

6.5 .6. Metodología de la propuesta

Para ejecutar esta propuesta de talleres, la cual busca la “Promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2”, se plantea ejecutar una estrategia metodológica diseñada desde una propuesta psicoeducativa, la cual consiste en un proceso que brindará a las personas participantes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus habilidades, para enfrentar diversas situaciones de manera adaptativa. Además, se utilizará un enfoque cognitivo conductual, andragógico y de educación popular, centrándose en las necesidades de las personas participantes con fin de facilitar su proceso.

Como complemento de esta metodología, se sugiere utilizar las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) como un recurso de apoyo de este proceso y que facilite espacios de diálogo y de trabajo colaborativo entre las personas facilitadoras y participantes.

6.5 .7. Sugerencias antes de aplicar la propuesta

Tabla 4

Guía utilizada para el diseño de los talleres

Nombre del Taller	
Tema general por tratar durante la sesión	
Saludo y motivación (¿Qué les voy a decir?)	
Presentación de los temas por tratar y las actividades que se van a realizar (¿Qué les voy a decir?)	
Actividad 1. 1. Nombre de la actividad 2. Tiempo para desarrollarla. 3. Descripción de la actividad (Descripción paso a paso de cómo se desarrollará las actividades programadas).	

4. Materiales que necesito. 5. Cierre de la actividad.	
Actividad 2. 1. Nombre de la actividad 2. Tiempo para desarrollarla. 3. Descripción de la actividad (Descripción paso a paso de cómo se desarrollará las actividades programadas). 4. Materiales que necesito. Cierre de la actividad.	
Reflexión y Cierre: Despedida y motivación para que asistan a próximas sesiones	

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Tabla 5

Taller 1 “Una mirada hacia la Diabetes Mellitus Tipo 2”

Taller 1	Una mirada hacia la Diabetes Mellitus Tipo 2
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la Diabetes Mellitus Tipo 2? - Conocimientos y creencias que tienen las personas participantes acerca Diabetes y su tratamiento
Objetivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir concepto de Diabetes Mellitus Tipo 2, complicaciones y su tratamiento. 2. Identificar los conocimientos y creencias que tienen acerca del diagnóstico y su tratamiento. 3. Identificar prácticas de autocuidado para un adecuado manejo del tratamiento en las personas participantes.

Actividad 1	<p>Bienvenida, presentación de las facilitadoras y las personas participantes. Seguidamente, se brinda el encuadre general y se explican los objetivos y propósitos del proceso terapéutico grupal, el número de sesiones, entre otros detalles de la metodología de trabajo.</p> <p>Se realiza la actividad de integración llamada: El marranito.</p> <p>Para dicha actividad se les solicita a las personas participantes formar un círculo con todos los integrantes del grupo. Se ubican de pie y se miran entre sí. Luego se le empieza a decir al compañero del lado derecho, cuál es la parte que más le gustaría que le regalara el marranito y así sucesivamente, hasta terminar con el último integrante del círculo, luego, se invierte la dinámica, de tal modo que los integrantes de la izquierda deben decir el nombre del compañero (a) de la derecha y la parte que este último dijo que le gustaba del marranito. La dinámica termina con el último integrante del lado derecho del compañero.</p>	Duración 15 minutos
Actividad 2	<p>Explicación del tema mediante la presentación de los videos: ¿Qué es la diabetes? Disponible en el link https://www.youtube.com/watch?v=gT_anuLQT24</p> <p>Diabetes tipo 2. Disponible en el link https://www.youtube.com/watch?v=RcPrBAHyaxM</p>	Duración: 15 minutos
Material	Material audiovisual. Parlantes “Video beam”	
Descripción	<p>Se proyecta a los usuarios pequeños videos donde se explica qué es la diabetes de manera general y qué es la diabetes tipo 2.</p> <p>Seguidamente, una vez observado los videos, se abrirá un espacio para que las personas participantes se integren, mediante su opinión sobre los conocimientos y creencias que tenían en relación con el tema presentado.</p>	
Actividad 3	Acróstico de mi diabetes	Duración 15 minutos
Material	Material audiovisual. Parlantes. “Video beam” Hojas con palabras impresas diabetes.	

Descripción	<p>Se proyecta a los usuarios el video donde se habla acerca de las complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2.</p> <p>Complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2. Disponible en el link https://www.youtube.com/watch?v=A0q2sCqo1qk&t=51s</p> <p>Seguidamente, una vez observados los videos, se abrirá un espacio para que las personas participantes se integren, mediante su opinión, sobre los conocimientos y creencias que tenían en relación con el tema presentado.</p> <p>Posteriormente, se facilita a cada participante una hoja con la palabra diabetes impresa. Cada participante deberá escribir en cada sílaba bajo la consigna: ¿Qué cambio ha vivido en su vida, después de recibir el diagnóstico de diabetes?</p> <p>Para finalizar, se abrirá un espacio para que las personas participantes se integren, mediante su opinión sobre los conocimientos y creencias que tenían en relación con el tema presentado.</p>
	<p>Receso</p> <p>Duración 10 minutos.</p>
Actividad 4	<p>“Yo cuidaré de mí”.</p> <p>Duración 15 minutos</p>
Material	<p>Material audiovisual.</p> <p>Parlantes</p> <p>“Video beam”</p> <p>Lápiz y lápices de color.</p> <p>Hojas con palabras impresas con la actividad 4. “Yo cuidaré de mí”.</p>
Descripción	<p>Mediante la proyección de videos se aborda la temática de la importancia de un adecuado control y tratamiento de la diabetes.</p> <p>Hemoglobina glicosilada (glicada) ¿Qué es? Control en diabetes, presión arterial, colesterol. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=ujKaEzQQfCI</p> <p>Tratamientos para la diabetes ¿Cómo controlar la diabetes? https://www.youtube.com/watch?v=jndo021t7p0&t=181s</p> <p>Posterior a los videos presentados se trabajará el tema de autocuidado mediante la plantilla “Yo cuidaré de mí”. Para ello, las personas participantes tendrán que responder a la pregunta mediante la expresión escrita: ¿Qué prácticas de autocuidado visualiza usted en su entorno para cuidar de su salud física y emocional?</p>

Para finalizar, se abrirá un espacio para que las personas participantes se integren, mediante su opinión, sobre los conocimientos y creencias que tenían en relación con el tema presentado.

Cierre	<p>Para finalizar, a modo de cierre, se sintetiza mediante lluvia de ideas, los principales aprendizajes del taller, mediante la pregunta:</p> <p>¿Qué enseñanza o aprendizaje les dejó el taller?</p> <p>Las facilitadoras realizarán una integración de todos los aportes brindados por las personas participantes, con el fin de generar una devolución grupal.</p> <p>Antes de finalizar, se entrega a las personas una hoja para que evalúen por escrito las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo me sentí en el taller?, ¿Qué aprendizajes me llevo del taller?, ¿Cómo puedo aplicar lo aprendido en mi vida? ¿Qué me gustaría aprender en futuros talleres?</p>	Duración: 10 minutos
--------	---	----------------------

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Actividad 3**Figura 1**

Acróstico de mi diabetes

**D
I
A
B
E
T
E
S**

Actividad 4**Figura 2**

“Yo cuidaré de Mi”

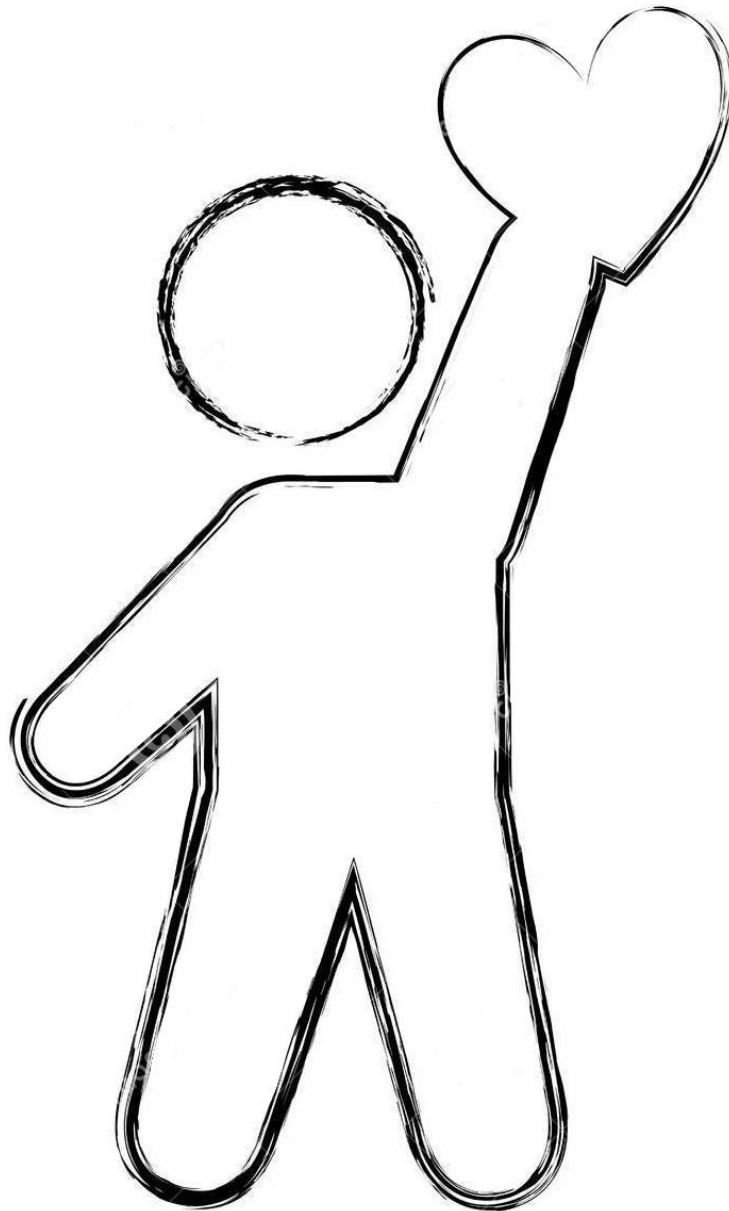


Tabla 6

Taller 2 “Crónica de una batalla interna: nuestra salud mental”

Taller 2	Crónica de una batalla interna: nuestra salud mental	
Contenidos	¿Qué es Salud Mental? Manejo del estrés. Autorregulación.	
Objetivo	1. Dar a conocer el concepto de Salud Mental. 2. Fortalecer el conocimiento que tiene cada participante acerca de sí mismo, mediante el desarrollo de habilidades para el control del estrés que permitan la autorregulación y el autocuidado. 3. Informar a las personas participantes que la salud mental va más allá de hábitos de vida sana.	
Actividad 1	Inicio y bienvenida: Se dará la bienvenida a las personas participantes, se explicarán los objetivos propuestos para el taller del día y las actividades que se realizarán en la sesión. Asimismo, una de las facilitadoras, realizará un recuento de lo que se hizo en la sesión anterior.	Duración 10 minutos
Actividad 2	Presentación del tema: Salud mental	Duración: 20 minutos
Material	Computadora. “Video beam”. Parlantes	
Descripción	Las facilitadoras presentarán un pequeño video donde darán a conocer los siguientes tópicos: ¿Qué es la salud mental? https://www.youtube.com/watch?v=3p-5Qe0rDzk 2. Seguidamente, se presentará el tema estrés y manejo de estrés mediante el siguiente link: ¿Qué es el estrés?: https://www.youtube.com/watch?v=3XYFL6tWczQ	

Problemas de salud que se producen por el estrés
<https://www.youtube.com/watch?v=Oeas7BoFeRk>

Al finalizar la presentación, se abrirá un espacio para la discusión sobre los conceptos presentados y se realizará las siguientes preguntas:

¿Cómo puedo manejar el estrés? ¿Qué es la autorregulación?,
 con el fin de que las personas participantes integren los contenidos presentados.

Actividad 3	“Pensando en mi cuerpo y mi salud mental” (Técnica de relajación)	Duración 15 minutos
Material	Parlantes Música relajante Difusor Esencias	
Descripción	<p>Se invita a las personas participantes que se pongan de pie y formen un círculo. Seguidamente, se les indicará que se realiza un ejercicio de respiración.</p> <p>Se sugiere a las personas participantes cerrar sus ojos y se les solicita centrarse en la respiración, para ello, se les enseña que inhalen en 5 segundos, sostengan 3 segundos y exhalen nuevamente en 5 segundos. Para armonizar el ambiente se utilizará música de relajación armoniosa, para generar una sensación de tranquilidad.</p> <p>Posterior a eso, se realizan ejercicios suaves, donde se pueda mover el cuerpo, por ejemplo: movimientos circulares de los pies, las caderas, los hombros, los brazos, las manos, los dedos, el cuello, la cabeza, entre otros. Una vez activada cada parte del cuerpo, se realiza una reflexión sobre los movimientos y funciones que cada parte cumple en cotidianidad.</p> <p>Preguntas generadoras para reflexión de los ejercicios de relajación son:</p> <p>¿Pienso en mi cuerpo en algún momento del día? ¿Me doy cuenta cómo mi cuerpo reacciona ante situaciones de estrés? ¿Mi salud mental depende de cómo sienta mi cuerpo?</p>	
Actividad 4	Mi batalla interna: por mí salud mental	Duración 15 minutos
Materiales	Fotocopia con dibujo de una batalla medieval. Lápices de colores Lápiz de escribir	

Descripción	<p>A cada uno de las personas participantes, se les entrega una hoja de papel con un dibujo de una batalla medieval, se les invita a que piensen aquellas cosas con las que tienen que luchar para cuidar su salud mental, una vez identificadas, deberán escribirlas en la hoja brindada.</p> <p>Una vez realizada la identificación, se les solicita a las personas participantes, que expongan lo escrito en la hoja, seguidamente, se le preguntará al grupo quién más se sintió identificado/a con lo presentado por la persona que participó, para ello, deberá mencionar en qué aspecto, lo anterior permitirá establecer la empatía a grupal a similitudes frente a las situaciones presentadas.</p> <p>Con esta actividad “Mi batalla interna: por mí, la salud mental” busca que las personas participantes puedan reconocer las dificultades por las que cada uno y una atraviesa para cuidar de sí mismo y la importancia de construir espacios de acompañamiento desde la escucha.</p>	
Actividad 5	“Recuerda aquello que te hace sentir...”	Duración 15 minutos
Materiales	<p>Pinceles Témperas Lápices de colores</p>	
Descripción	<p>Para está actividad, las facilitadoras le brindarán a cada una de las personas participantes una hoja tipo cartulina, pinceles, témperas y lápices de color. Una vez entregado el material, se invita a las y los participantes a pensar en una situación en particular que hayan vivenciado la última semana y representará una situación estresante.</p> <p>Posteriormente, se realiza una galería con los dibujos, narraciones realizadas por las personas participantes y se hace un breve recorrido por la sala, observando el material realizado por cada una de las personas participantes, seguidamente, se abre un espacio para que cada uno y una escriba lo que se vio en los cuadros.</p> <p>Luego de la socialización, se pide a las personas participantes tomar nuevamente la pintura y pensar ahora, ¿cómo se puede transformar o resolver esa situación y dibujo? Para finalizar, le invita a pensar en cosas buenas que tiene.</p> <p>Una vez que cada persona resuelve la situación, hipotéticamente se abre un espacio para la escucha.</p>	

Cierre

Para finalizar, a modo de cierre, se sintetiza mediante lluvia de ideas los principales aprendizajes del taller mediante la pregunta:

Duración: 10 minutos.

¿Qué enseñanza o aprendizaje les dejó el taller?

Las facilitadoras realizarán una integración de todos los aportes brindados por las personas participantes, con el fin de generar una devolución grupal.

Antes de finalizar, se les entrega a las personas una hoja para que evalúen por escrito las siguientes preguntas:

¿Cómo me sentí en el taller?

¿Qué aprendizajes me llevo del taller?

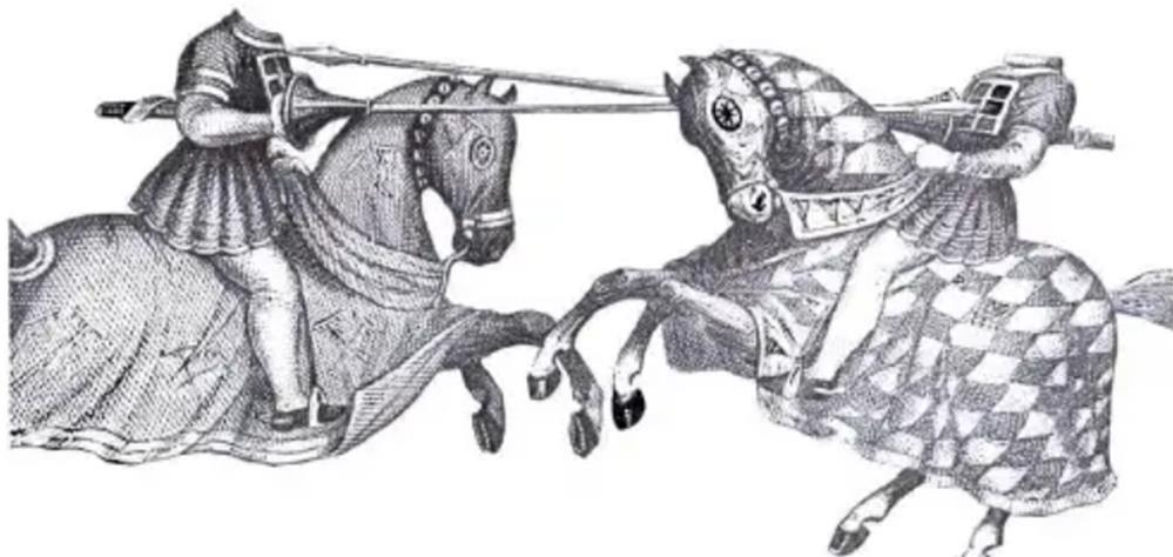
¿Cómo puedo aplicar lo aprendido en mi vida?

¿Qué me gustaría aprender en futuros talleres?

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Actividad 4**Figura 3**

Crónica de una batalla interna: la salud mental



Recursos para trabajar a partir del libro de Anna Llenas. *Diario de las Emociones*. Editorial Paidós, 2014: p. 57.

Actividad 5.

Recuerda aquello que te
hace sentir... **estrés**

Dibújalo o escríbelo

Tabla 7*Taller 3 “Redescubriendo mis emociones”*

Taller 3	Redescubriendo mis emociones	
Contenidos	Emociones básicas Manejo y control de las emociones de forma asertiva.	
Objetivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las emociones básicas. 2. Reconocer y expresar de forma asertiva emociones. 	
Actividad 1	<p>Inicio y bienvenida:</p> <p>Se dará la bienvenida a las personas participantes, se explicarán los objetivos propuestos para el taller del día y las actividades que se realizarán en la sesión.</p> <p>Asimismo, una de las facilitadoras, hará un recuento de lo que se realizó en la sesión anterior.</p>	Duración 10 minutos
Actividad 2	Descubriendo mis emociones	Duración: 15 minutos
Material	Pizarra Marcadores de colores de pizarra. Computadora. “Video beam”. Parlantes	
Descripción	<p>Para esta actividad, las facilitadoras solicitan a cada una de las personas participantes, mediante la técnica de lluvia de ideas, responder la siguiente pregunta:</p> <p>¿Qué son las emociones y cuáles conoce?</p> <p>Seguidamente, se presentará el video cuento” el monstruo de las emociones”, de la autora Anna Llenas, el cual explica, qué son las emociones.</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=0HR8zK17lfM</p>	

	Una vez que se brinda la respuesta por parte de las personas participantes, las facilitadoras brindarán un espacio de retroalimentación sobre el tema de las emociones.	
Actividad 3	¡El emociómetro!	Duración 15 minutos
Material	Plantilla con la imagen de la actividad 3 Lápices de escribir Lápices de colores	
Descripción	<p>Se solicita a cada una de las personas participantes, bajo la consigna: En qué situaciones expresa sus emociones.</p> <p>Al finalizar, se brindará espacio para que las personas participantes compartan cómo se sintieron durante la actividad, y las facilitadoras realizarán una integración del tema.</p>	
Actividad 4	En qué momento “me siento”	Duración 20 minutos
Material	Plantilla con imágenes de emociones Lápices de escribir Lápices de color	
Descripción	<p>Se facilita a las personas participantes la plantilla correspondiente a la actividad 4 “Me siento”, cada participante deberá indicar en qué momento se siente, según la imagen presentada.</p> <p>Al finalizar, se brindará espacio para que las personas participantes compartan cómo se sintieron durante la actividad y las facilitadoras realizarán una integración del tema.</p>	
Actividad 5	Escudo de Cualidades Lápices de escribir Lápices de color	Duración 15 minutos
Material	Hojas de colores, cartulina, marcadores, goma, tijeras, lapiceros.	

Plantilla escudo de armas

Descripción

Se facilita a las personas participantes diversos materiales y plantilla de la actividad para que elaboren su propio “escudo de cualidades”. Para lo anterior, cada participante deberá representar aquellos aspectos positivos que mejor definan su personalidad y un lema que los identifique.

Cuando las personas participantes han finalizado su escudo de cualidades, lo expondrán ante las demás personas y explicarán las cualidades que seleccionaron y que mejor los identifican.

Al finalizar la actividad, se colocarán los escudos en un mural grupal y las facilitadoras reflexionarán acerca del autoconocimiento: lo que uno (a) es, de lo que uno (a) piensa que es, de cómo se ve, de cómo se siente.

Cierre

Para finalizar, a modo de cierre, se sintetiza mediante lluvia de ideas los principales aprendizajes del taller mediante la pregunta:

¿Qué enseñanza o aprendizaje les dejó el taller?

Las facilitadoras realizarán una integración de todos los aportes brindados por las personas participantes, con el fin de generar una devolución grupal.

Antes de finalizar, se entrega a las personas una hoja para que evalúe por escrito las siguientes preguntas:

¿Cómo me sentí en el taller?

¿Qué aprendizajes me llevo del taller?

¿Cómo puedo aplicar lo aprendido en mi vida?

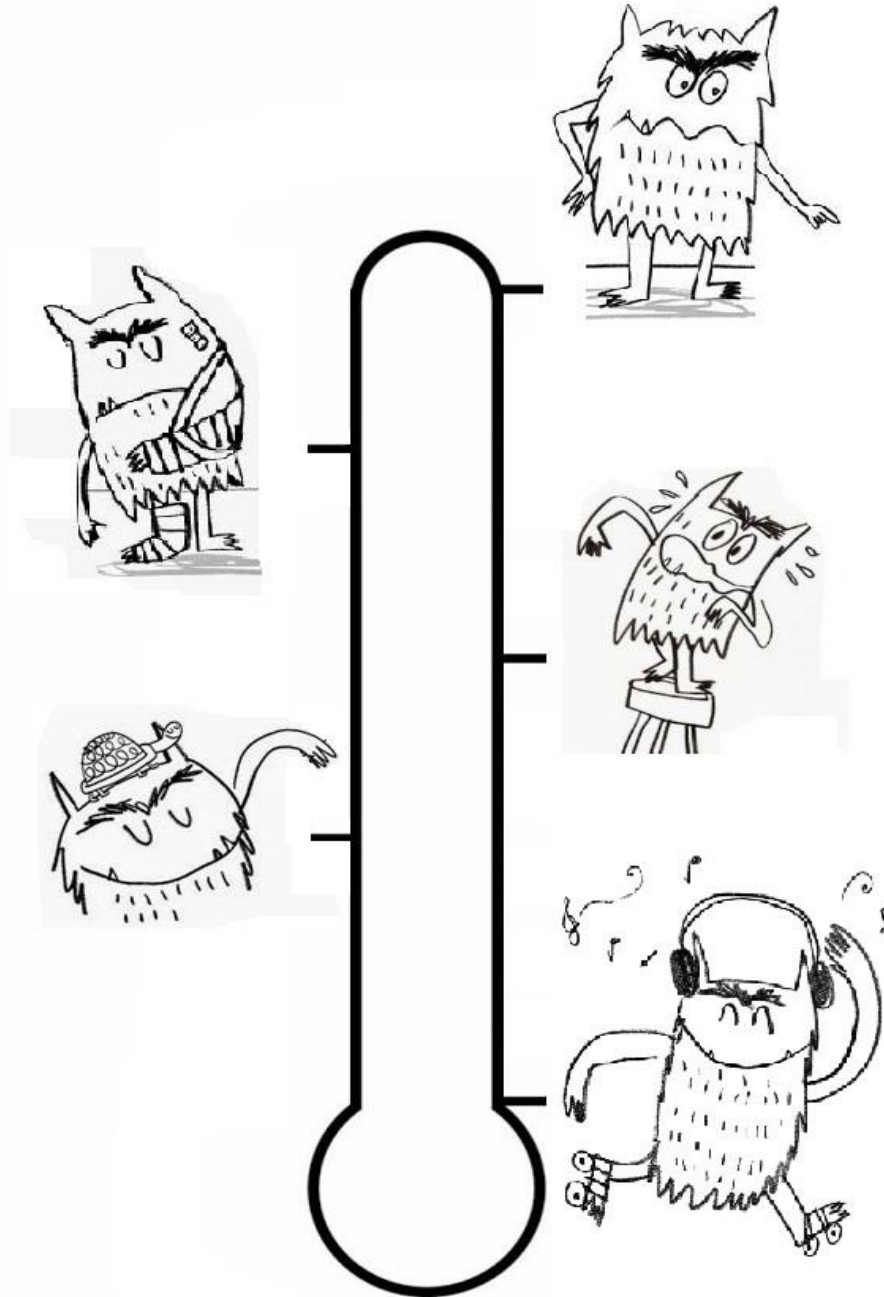
¿Qué me gustaría aprender en futuros talleres?

Duración 15 minutos

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Actividad 3**Figura 4**

Emocionómetro: ¿Cómo me siento en este momento?



Fuente: <https://www.pinterest.com.mx/pin/315955730117567772/>

Actividad 4

Figura 5

En qué momento “Me siento”

<p>Me siento</p>  <p>orgullosa/a</p>	<p>Me siento</p>  <p>emocionada/a</p>	<p>Me siento</p>  <p>cansada/a</p>	<p>Me siento</p>  <p>enferma/a</p>

<p>Me siento</p>  <p>triste</p>	<p>Me siento</p>  <p>tímida/a</p>	<p>Me siento</p>  <p>arrepentida/a</p>	<p>Me siento</p>  <p>entusiasmada/a</p>

Fuente: Canva. Disponible: <https://n9.cl/yu4bn>

Actividad 4

Figura 6

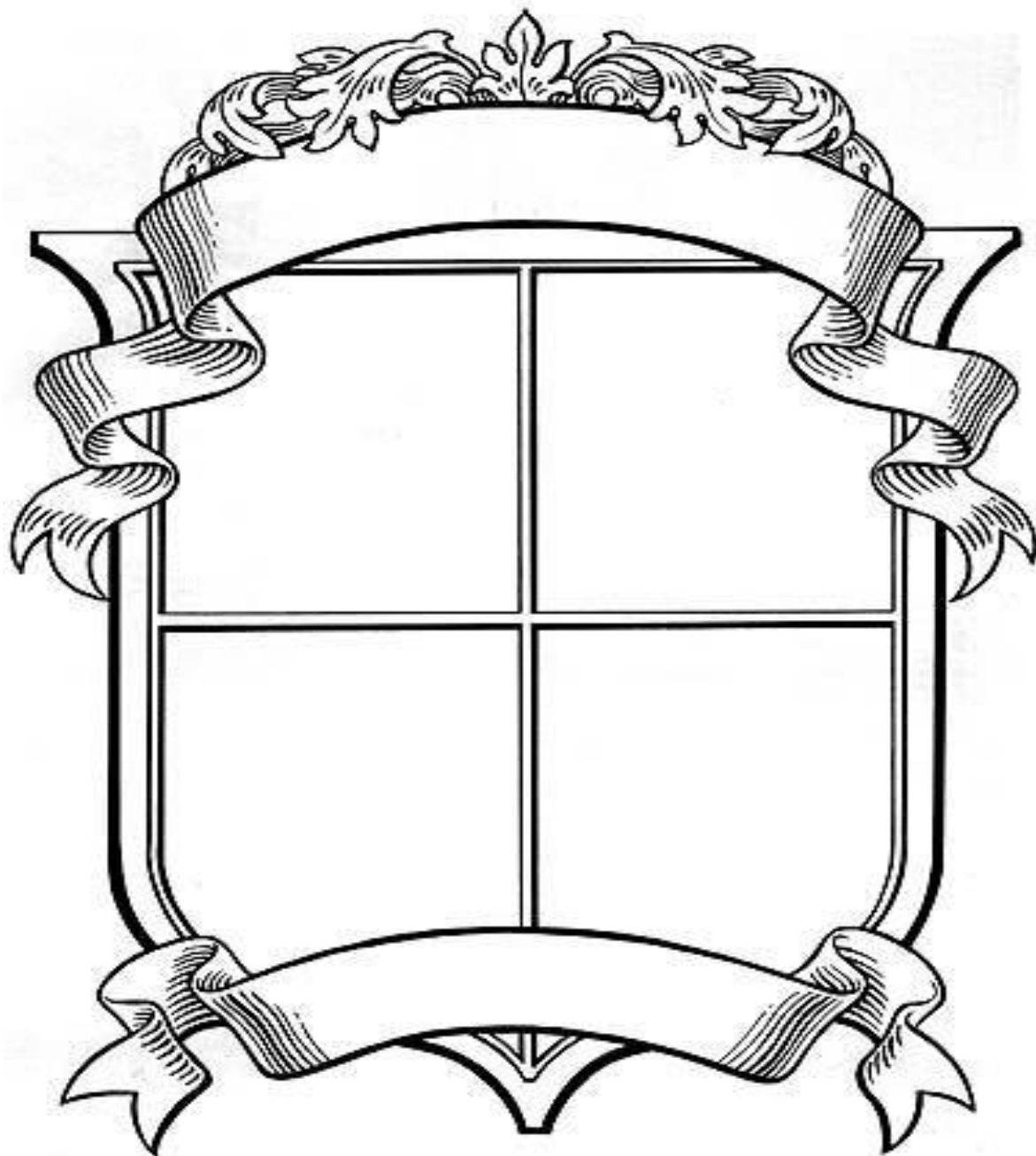
En qué momento “Me siento”

<p>Me siento</p>  <p>preocupado/a</p>	<p>Me siento</p>  <p>feliz</p>	<p>Me siento</p>  <p>decepcionado/a</p>	<p>Me siento</p>  <p>enfadado/a</p>
<p>Me siento</p>  <p>agradecido/a</p>	<p>Me siento</p>  <p>con sueño</p>	<p>Me siento</p>  <p>apenado/a</p>	<p>Me siento</p>  <p>tranquilo/a</p>

Fuente: Canva. Disponible: <https://n9.cl/yu4bn>

Actividad 4**Figura 7**

“Escudo de Cualidades”



Fuente: <https://pin.it/3Uj0Dcd>

Tabla 8

Taller 4 “Expresión de las emociones y sentimientos”

Taller 4		Expresión de las emociones y sentimientos	
Contenidos	Autorregulación emocional		
Objetivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir el concepto autorregulación de emociones 2. Reconocer acciones y prácticas que pueden ocasionar inestabilidad emocional. 3. Desarrollar herramientas para el manejo y control de las emociones. 		
Actividad 1	<p>Inicio y bienvenida:</p> <p>Se dará la bienvenida a las personas participantes, se explicará los objetivos propuestos para el taller del día y las actividades que se realizará la sesión.</p> <p>Asimismo, una de las facilitadoras, hará un recuento de lo que se realizó en la sesión anterior.</p>	Duración	10 minutos
Actividad 2	Pescando soluciones.	Duración:	30 minutos
Material	<p>Lápiz de escribir</p> <p>Lápiz de color</p>		
Descripción	Las facilitadoras invitan a las personas participantes a compartir situaciones de la vida cotidiana que generen estrés. En grupo deberán analizar y buscar soluciones a las situaciones presentadas.		
Actividad 3	<p>Las facilitadoras realizarán una presentación en formato PPT donde darán a conocer los siguientes temas:</p> <p>¿Qué es comunicación y expresión de las emociones?</p> <p>¿Por qué, si no expresamos lo que sentimos, el cuerpo puede enfermarse?</p>		

¿Cómo puedo enfrentar aquellas situaciones que nos inestabilizan por medio de la comunicación asertiva?

Al finalizar la presentación, se abrirá un espacio para la discusión sobre los conceptos presentados.

Actividad 4 “Descubriendo mis cualidades” (autoconcepto) Duración 15 minutos

Material Fotocopia de material: “Cualidades que florecen en mí”
Música de relajación
Parlantes.

Descripción

Se les solicita a las personas participantes sentarse de manera cómoda y se les invita a realizar un ejercicio de respiración, para eso las personas que lo deseen cerrarán los ojos e inhalarán aire por 5 segundos, sosteniendo en 3 segundos y exhalando nuevamente en 5 segundos.

Posterior a ello, a cada una de las personas participantes se les entrega una fotocopia con el título: "cualidades que fortalezcan en mí" y se le brinda la siguiente consigna: En esta hoja pueden escribir o dibujar todas aquellas cualidades que consideran importante desarrollar, a partir de ahora.

Al finalizar la actividad en plenario, se compartirá lo realizado y se reflexionará acerca de las emociones y su importancia de saber controlarlas, a partir de las cualidades de cada una de las personas participantes.

Actividad 5 Duración: 10 minutos
Diario de la gratitud

Material Fotocopia de material: plantilla “diario de gratitud”

Descripción

Se brinda a cada una de las personas participantes la plantilla: “diario de gratitud”, cada una de las personas mediante ejemplos o situaciones de vida cotidiana tienen para agradecer.

Al finalizar la actividad en plenario se compartirá lo realizado, y se reflexionará acerca de la importancia de buscar

motivos para estar agradecido y cómo en la medida en que los descubrimos las personas se sienten mejor.

Cierre Para finalizar, a modo de cierre, se sintetiza mediante lluvia de ideas los principales aprendizajes del taller, mediante la pregunta: Duración: 10 minutos

¿Qué enseñanza o aprendizaje les dejó el taller?

Las facilitadoras realizarán una integración de todos los aportes brindados por las personas participantes, con el fin de generar una devolución grupal.

Antes de finalizar, se les entrega a las personas una hoja para que evalúe por escrito las siguientes preguntas:

¿Cómo me sentí en el taller?

¿Qué aprendizajes me llevo del taller?

¿Cómo puedo aplicar lo aprendido en mi vida?

¿Qué me gustaría aprender en futuros talleres?

Fuente: Elaboración propia.

Actividad 4**Figura 8**

“Cualidades que florecen en mí”



Fuente: Recursos para trabajar a partir del libro de Anna Llenas y Bárbara Fiore. Vacío. (2018).

Actividad 5.

Figura 9

“Diario de la gratitud”

Diario de GRATITUD

<p>DIA:</p> <p style="text-align: center;">/ /</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	<p>Mis 3 agradecimientos:</p> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 30px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 30px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #e0e0e0; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>He aprendido: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

CÓMO ME SIENTO:	¿Por qué?
<input type="radio"/> <i>Muy bien</i> <input type="radio"/> <i>Bien</i> <input type="radio"/> <i>Regular</i> <input type="radio"/> <i>Mal</i>	

Notas: _____

Tabla 9*Taller 5 “Afecto, familia y salud mental”*

Taller 5	Afecto, familia y salud mental	
Contenidos	Las familias Vínculos sanos y disfuncionales.	
Objetivo	Reconocer las relaciones familiares existentes de las personas participantes, y su incidencia en la salud mental. Brindar estrategias que favorezcan las relaciones familiares sanas y afectivas.	
Actividad 1	Inicio y bienvenida: Se dará la bienvenida a las personas participantes, se explicará los objetivos propuestos para el taller del día y las actividades que se realizará la sesión. Asimismo, una de las facilitadoras, realizará un recuento de lo que se hizo en la sesión anterior.	Duración 10 min
Actividad 2	¡Mi familia, mi diabetes y yo!	Duración: 30 minutos
Material	Materiales didácticos	
Descripción	Las facilitadoras solicitaron las personas participantes unirse en parejas. Seguidamente, se brindará la consigna: Comente las reacciones de su familia en relación con su situación de salud actual. Posteriormente, las parejas anotarán en un papelógrafo todas aquellas conductas y reacciones que son similares en cada uno de ellos y cómo estas afectan su salud mental. Al finalizar comentarán al resto del grupo lo realizado.	
Actividad 3	¿Qué es la familia? y cómo se construyen sus vínculos?	

Material	“Video Beam” Presentación PPT	
Descripción	Se brinda a las personas participantes una pequeña presentación en power point sobre el concepto de familia y los vínculos sanos y disfuncionales. Al finalizar se brinda un espacio para comentarios.	
Actividad 4	¡El árbol de Estrategias!	Duración 15 minutos
Material	Material didáctico: cartulinas, marcadores, hojas de color, blancas, lápices de colores, papelógrafos.	
Descripción	Se forman grupos de tres participantes, se facilita material impreso con el contenido de un árbol de estrategias, para que anoten en los cuadros correspondientes del árbol las herramientas que la familia brinda como apoyo en el proceso de la situación de salud. Siguiendo la guía de la Organización y selección de mis prioridades en mi entorno familiar. (ver cuadro 1) Al finalizar cada grupo expone y comparte lo elaborado, la percepción y el aprendizaje de la actividad.	
Reflexión y cierre	Para finalizar, a modo de cierre, se sintetiza mediante lluvia de ideas, los principales aprendizajes del taller mediante la pregunta: ¿Qué enseñanza o aprendizaje les dejó el taller? Las facilitadoras realizarán una integración de todos los aportes brindados por las personas participantes, con el fin de generar una devolución grupal. Antes de finalizar, se les entrega a las personas una hoja para que evalúen por escrito las siguientes preguntas: ¿Cómo me sentí en el taller? ¿Qué aprendizajes me llevo del taller? ¿Cómo puedo aplicar lo aprendido en mi vida? ¿Qué me gustaría aprender en futuros talleres?	Duración: 10 min

Actividad. 4.**Organización y selección de mis prioridades en mi entorno familiar**

Aspectos (Situación)	Aspectos Condición familiar actual	Fortaleza (fuente de apoyo)	Prioridades/ Propuesta

Elaboración Propia.

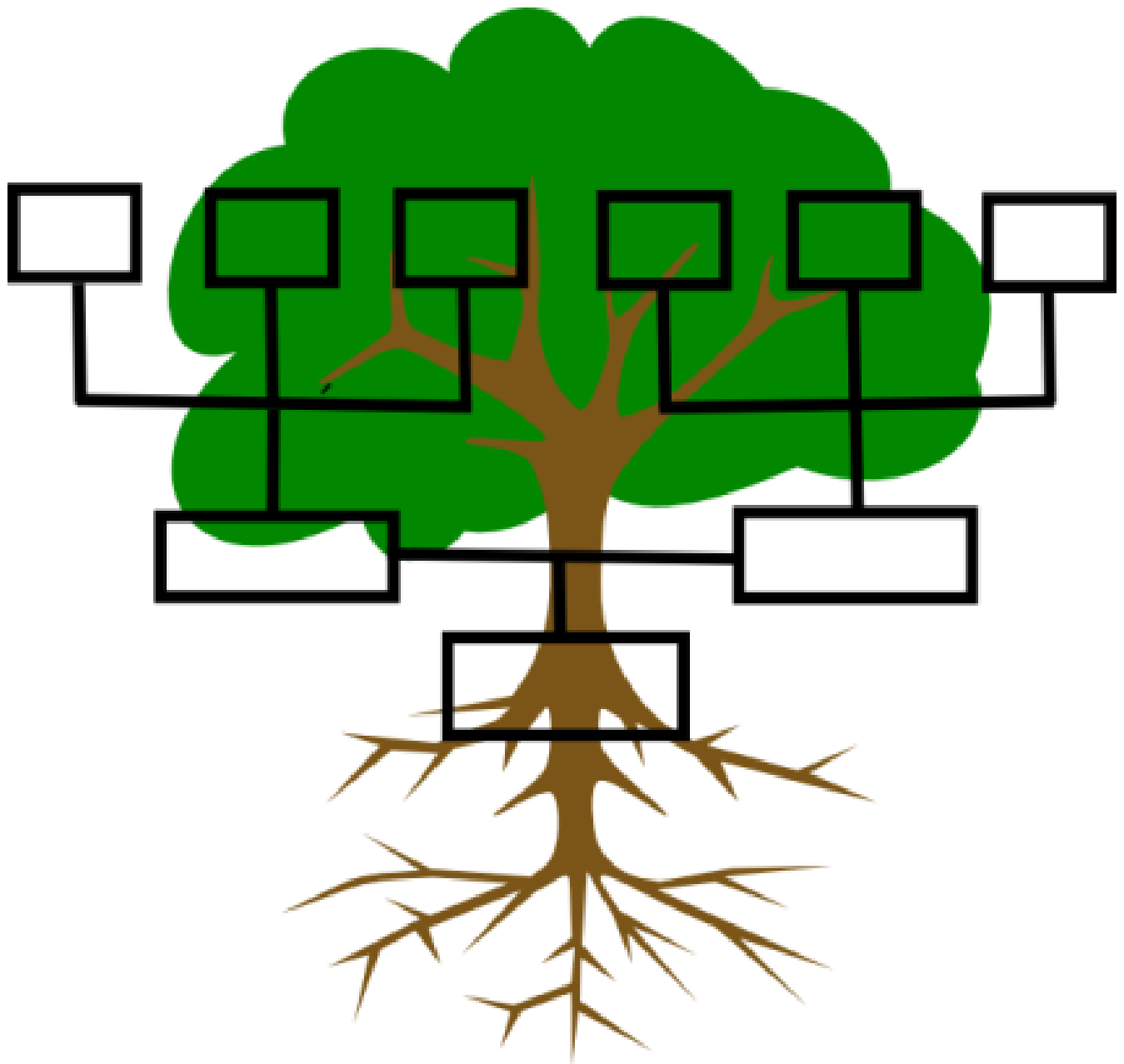
Actividad:4**Figura 10***“El árbol de Estrategias”*

Tabla 10*Taller 6 “Alimentación consciente”*

Taller 1	“Alimentación consciente”	
Contenidos	Alimentación Nutrición Alimentos disponibles en la comunidad Rol de las familias y la comunidad en la alimentación y el manejo de la diabetes.	
Objetivo	<p>Analizar los conceptos alimentación y nutrición.</p> <p>Identificar los alimentos disponibles en la comunidad, que contribuyen a mejorar la salud.</p> <p>Identificar el rol de las familias, amigos y la comunidad en la alimentación y el manejo de la enfermedad.</p>	
Actividad 1	<p>Inicio y bienvenida:</p> <p>Se dará la bienvenida a las personas participantes, se explicará los objetivos propuestos para el taller del día y las actividades que se realizarán en la sesión.</p> <p>Asimismo, una de las facilitadoras, realizará un recuento de lo que se hizo en la sesión anterior.</p>	<p>Duración 10 minutos</p>
Actividad 2	“Me alimento o me nutro de manera consciente”	
Material	Presentación PPT Marcadores. Lápices Cuaderno de registro de las personas participantes.	
Descripción	<p>Las facilitadoras realizan una breve presentación, para ello, previamente hacen un sondeo de los conocimientos que las personas participantes tienen, en relación con el tema alimentación y nutrición y cómo se relaciona con su enfermedad.</p>	<p>Duración: 30 min</p>

Seguidamente, se desarrolla la técnica lluvia de ideas; se reflexiona, conjuntamente, con las personas participantes sobre lo mencionado.

Para dar continuidad a la actividad, las facilitadoras realizarán una presentación en formato PPT, donde darán a conocer los siguientes temas:

- Alimentación
- Nutrición
- Proteínas
- Vitaminas
- Minerales
- Carbohidratos y grasas

Al finalizar la presentación, se abrirá un espacio para la discusión sobre los conceptos presentados.

Actividad 3 Discusión grupal: “Alimentos y actitudes que favorecen la salud”

Material Marcadores.
Lápices.
Cuaderno de registro de las personas participantes.

Descripción Se solicita a las personas participantes realizar subgrupos de tres, seguidamente se discutirá acerca de los alimentos y actitudes que favorecen o no la salud de las personas con diabetes DM tipo 2; para ello se dará respuesta a las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son algunos alimentos que favorecen o no la salud de las personas con diabetes DM tipo 2 en la cultura guanacasteca?
- ¿Cuáles son las actitudes alimenticias que favorecen o no la salud de las personas con diabetes DM tipo 2 en la cultura guanacasteca?

Al finalizar, se abrirá un espacio para la discusión sobre los temas presentados y cómo es necesario cambiar de pensamientos y comportamientos para un adecuado manejo de la salud.

Actividad 4 ¡Los cómplices de mi alimentación!

Duración 15 minutos

Material Hoja con la pregunta.
Lápices de escribir

Descripción Se solicita nuevamente a las personas participantes que regresen a sus subgrupos para brindar respuesta a la siguiente interrogante:

- ¿De qué manera influye mi familia, mis amistades y la comunidad en mi salud por medio de la alimentación?

Al finalizar la actividad, se abrirá un espacio para la discusión sobre las respuestas presentadas y se compartirán experiencias de las personas participantes.

Reflexión y cierre Para finalizar, a modo de cierre, se sintetiza mediante lluvia de ideas los principales aprendizajes del taller por medio de la pregunta:

¿Qué enseñanza o aprendizaje les dejó el taller?

Las facilitadoras realizarán una integración de todos los aportes brindados por las personas participantes con el fin de generar una devolución grupal.

Antes de finalizar, se entrega a las personas una hoja para que evalúen por escrito las siguientes preguntas:

¿Cómo me sentí en el taller?

¿Qué aprendizajes me llevo del taller?

¿Cómo puedo aplicar lo aprendido en mi vida?

¿Qué me gustaría aprender en futuros talleres?

2. ¿En qué situaciones las ha experimentado?
3. ¿De qué manera ha logrado manejar estos síntomas

Actividad 3	“Introducción al tema “Ansiedad y Depresión”	Duración de la actividad: 15 minutos
Material	<p>“Video beam” Computadora Presentación de video de material sobre el tema.</p>	
Descripción	Las facilitadoras presentan en power point los temas de Ansiedad y Depresión, para aclarar el concepto de estos.	
Actividad:4	“Mi experiencia con la Diabetes”.	Duración de la actividad: 20 minutos
Material		
Descripción:	<p>Las facilitadoras presentan a una invitada especial, la cual compartirá su experiencia y los retos que ha enfrentado con la enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo 2, desde el manejo de sus emociones como la ansiedad y depresión y el cambiar hábitos de alimentación y de su vida cotidiana. Al finalizar, se dará un espacio para preguntas y consultas, así mismo, se brindará retroalimentación de lo expuesto por la invitada.</p>	
Cierre	<p>Para finalizar a modo de cierre se sintetiza mediante lluvia de ideas los principales aprendizajes del taller mediante la pregunta: ¿Qué enseñanza o aprendizaje les dejó el taller?</p> <p>Las facilitadoras realizarán una integración de todos los aportes brindados por las personas participantes con el fin de generar una devolución grupal.</p> <p>Antes de finalizar, se entrega a las personas una hoja para que evalúen por escrito las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo me sentí en el taller? ¿Qué aprendizajes me llevo del taller? ¿Cómo puedo aplicar lo aprendido en mi vida? ¿Qué me gustaría aprender en futuros talleres?</p>	

Tabla 12*Taller 8 Estrategia para cuidar la salud mental y las emociones*

Taller 8	Estrategia para cuidar la salud mental y las emociones	
Contenido	Estrategia para cuidar la salud mental y las emociones.	
Objetivo	Identificar los recursos personales con el fin de que puedan apropiarse de su salud mental y emocional.	
Actividad 1	<p>Inicio y bienvenida:</p> <p>Se dará la bienvenida a las personas participantes, se explicará los objetivos propuestos para el taller del día y las actividades que se realizarán en la sesión.</p> <p>Asimismo, una de las facilitadoras, hará un recuento de lo que se realizó en la sesión anterior.</p>	Duración 10 minutos
Actividad 2	“Esquema de soluciones”	
Material	Hoja con esquema de reestructuración de pensamientos.	
Descripción	<p>Primeramente, se brinda psicoeducación sobre el término de reestructuración, por medio de la lluvia de ideas con la pregunta:</p> <p>¿Qué entiende usted por reestructuración? Luego con la ayuda de las facilitadoras se brinda psicoeducación sobre reestructuración cognitiva (pensamientos). Brindar psicoeducación a las personas participantes de pequeñas estrategias utilizando la técnica de reestructuración cognitiva para detener los pensamientos negativos y disminuir las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas sobre el proceso de enfermedad.</p> <p>-Autocontrol -Diálogo socrático - Posible solución o pensamiento alternativo</p> <p>Seguidamente, se facilita a cada una de las personas participantes un esquema donde anotará la situación que genera estrés, luego identifican el pensamiento</p>	

negativo de la situación, la emoción que esto genera y la conducta. Luego, buscará alternativas o soluciones a ese acontecimiento.

Al finalizar se realiza una retroalimentación de lo elaborado.

Actividad 3 Lluvia de ideas, a partir de preguntas generadoras

Material Preguntas generadoras

Descripción Las facilitadoras presentan el video “El jabón” donde se reflexiona sobre el cambio que las personas pueden generar a nivel personal.
Al finalizar la actividad, se brinda un espacio para preguntas generadoras sobre el tema.
¿Qué es cambio?
¿Qué es resistencia al cambio?
¿Qué son los recursos personales?

Actividad 4 Reconociendo mis habilidades y recursos.

Descripción Las facilitadoras realizan una breve presentación acerca del tema de resiliencia e inteligencia emocional, y cómo se relaciona con su enfermedad.

Seguidamente, se desarrolla la técnica lluvia de ideas y se reflexiona en conjunto con las personas participantes, si cambió o se mantiene su idea acerca de qué son cambios, resistencia y resiliencia.

Al finalizar, se abrirá un espacio para la discusión sobre los temas presentados y cómo es necesario cambiar de pensamientos y comportamientos para un adecuado manejo de la salud.

Materiales “Video beam”
Computadora
Presentación de video de material sobre el tema.

cierre Para finalizar a modo de cierre, se sintetiza mediante lluvia de ideas los principales aprendizajes del taller, mediante la pregunta:
¿Qué enseñanza o aprendizaje les dejó el taller? Duración: 10 minutos

Las facilitadoras realizarán una integración de todos los aportes brindados por las personas participantes, con el fin de generar una devolución grupal.

Antes de finalizar, se entrega a las personas participantes una hoja para que evalúen por escrito las siguientes preguntas:

¿Cómo me sentí en el taller?

¿Qué aprendizajes me llevo del taller?

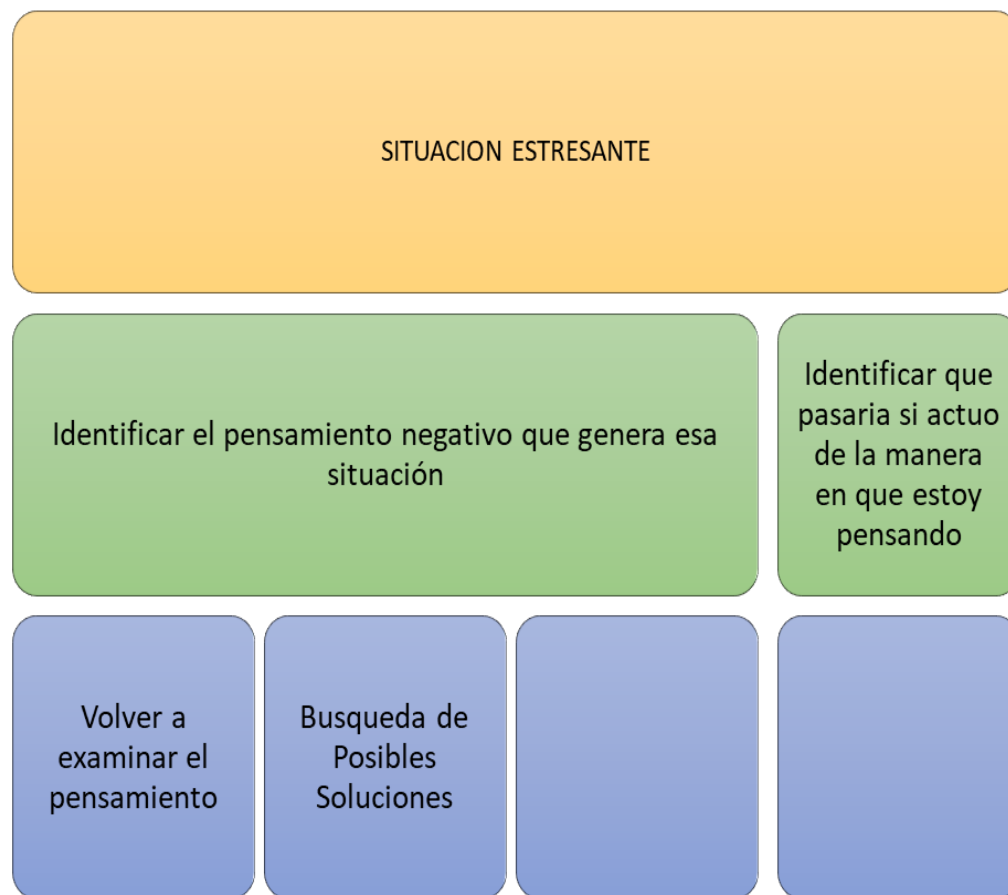
¿Cómo puedo aplicar lo aprendido en mi vida?

¿Qué me gustaría aprender en futuros talleres?

Actividad: 2

Figura 11

Esquema de soluciones



Fuente: Elaboración Propia.

7.5 .8. Instrumentos de evaluación dirigido a las personas participantes

Instrumento de evaluación dirigido a los y las participantes después de las sesiones

Estimada persona participante:

A continuación, se presenta una serie de preguntas que permiten evaluar el diseño del taller en el que usted participó. Para ello, se le solicitará brindar respuesta, a partir de su vivencia personal en el taller.

Tema

“Estrategias psicoeducativas para el autocuidado de la salud mental y el manejo de las emociones, dirigida a personas con diagnóstico DM tipo 2”

Facilitadoras:

Rosario Camacho

Lang Ying Hernández

1. ¿Cómo me sentí en el taller?

2. ¿Qué aprendizajes me llevo del taller?

3. ¿Cómo puedo aplicar lo aprendido en mi vida?

4. ¿Qué me gustaría aprender en futuros talleres?

**CAPITULO VII. SISTEMATIZACIÓN DE LA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN**

VII. SISTEMATIZACIÓN Y RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN DEL PROCESO GRUPAL

7. 1. Acerca del proceso grupal

Una vez que concluyó la fase diagnóstica, se volvió a contactar a las personas participantes para iniciar las sesiones grupales. Para ello, se acordó ocho sesiones de trabajo, bajo la modalidad de talleres, los viernes a las 9:00 a.m. en la Biblioteca Pública de Liberia, Lic. Francisco Mayorga Rivas. Los horarios se establecieron según la conveniencia de las personas participantes y las facilitadoras

Las sesiones se llevaron a cabo según el calendario establecido, y entre la sesión final y la sistematización de resultados transcurrieron siete meses para recopilar y sistematizar información.

7. 2. Fechas en que se realizó el proceso de talleres psicoeducativos grupales

Durante el desarrollo del proceso psicoeducativo grupal, se llevaron a cabo ocho sesiones consecutivas en la Biblioteca Pública, Lic. Francisco Mayorga Rivas,

A continuación, se indica el calendario llevado a cabo:

Fechas de las sesiones de los talleres	
N° Sesión	Fecha y nombre de taller
1	14 de enero 2022 , Una mirada hacia la Diabetes Mellitus tipo 2.
2	21 de enero 2022, Crónica de una batalla interna: nuestra salud mental.
3	24 de enero 2022, Redescubriendo mis emociones.
4	04 de febrero de 2022, Expresión de las emociones y sentimientos.
5	11 de febrero de 2022, Afecto, familia y salud mental.
6	18 de febrero de 2022, Alimentación consciente.
7	25 de febrero 2022, Cuando nos visita la ansiedad y la depresión, durante la diabetes tipo 2)
8	04 de marzo 2022 (Estrategia para cuidar la salud mental y las emociones)

Fuente: Elaboración propia.

Durante el desarrollo de las sesiones, se llevó un registro de las personas participantes, los temas tratados y las técnicas realizadas. Las sesiones se llevaron a cabo en función de los objetivos establecidos, fomentando la reflexión y aprendizaje. Al finalizar cada taller, se aplicó un instrumento de evaluación para medir el progreso.

Es importante destacar que, debido a la dinámica de los procesos psicoeducativos grupales, las personas participantes mostraron una mayor disposición para resignificar sus emociones negativas. Sin embargo, en algunos casos también hubo resistencia por parte de algunas personas participantes, lo que se reflejó en la asistencia o bien en el abandono de las sesiones. Además, algunas circunstancias externas, como el haber levantado las medidas sanitarias por la pandemia por COVID-19, causaba temor a salir. También situaciones familiares de tipo económicas impidieron la asistencia a algunas sesiones de las personas participantes.

7. 3. Sistematización de sesiones grupales

7.3.1. Sesión 1. Taller “Una mirada hacia la Diabetes Mellitus Tipo 2”

En el primer encuentro, asistieron diez participantes. Durante esta sesión, se realizó un encuadre y dinámica de presentación. Se explicó la temática de los diferentes talleres y se realizó una introducción del tema. Con el aporte de las personas participantes se establecieron reglas para el proceso grupal, haciendo hincapié en la confidencialidad, el respeto y la libertad de opiniones sin importar el credo, participación política u otras creencias personales.

Este primer taller llamado: *“Una mirada hacia la Diabetes Mellitus Tipo 2”*, tuvo como objetivo dar a conocer una aproximación clínica de qué es Diabetes Mellitus Tipo 2, sus complicaciones y tratamiento. Para lograr esto, se buscó identificar los conocimientos y creencias que tienen las personas participantes con respecto a su diagnóstico y prácticas de autocuidado.

Como actividad inicial, se llevó a cabo una dinámica de presentación e integración grupal llamada el “marranito”. Esta dinámica tuvo como propósito romper

el hielo y generar un espacio agradable y de confianza para motivar a las personas asistentes.

Seguidamente, se brindó una explicación mediante el uso de videos cortos sobre qué es la Diabetes. En estos pequeños videos se aclararon dos conceptos importantes; qué es la diabetes y qué es la diabetes tipo 2.

Una vez observados los videos, se abrió un espacio para que las personas participantes compartieran e integrarán sus conocimientos y creencias en relación con el tema presentado. Llama la atención que la mayoría de las personas participantes no tienen información acerca de su enfermedad, ya que expresaron que no les habían explicado en el EBAIS con detalle el tipo de diabetes con que fueron diagnosticados, es decir; sabían que tenían la enfermedad, pero no el tipo.

Las personas participantes, al no conocer acerca de la Diabetes al momento que el médico les brindó su diagnóstico manifestaron: La participante 2 expresó una combinación entre “*ignorancia-negación*”; la participante 3: “*Me puse triste cuando me dijeron*”; mientras tanto, la participante 6 se sintió desamparada: “*me sentí, que no tenía ayuda*”; la participantes 7, mencionó que se sintió abrumada: “*yo me sentí enclohada*”; por su parte la participante 8 mencionó “*lloré*” y por último el participante 10 “*Me asusté, yo sentí que me dio depresión*”.

Ante la noticia de un diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas participantes manifestaron representaciones cognitivas asociadas a un malestar emocional. Estas representaciones cognitivas se entienden como los pensamientos negativos, creencias y percepciones irracionales con respecto al impacto en su salud. Además, experimentaron emociones negativas como el miedo, tristeza, ansiedad, frustración, enojo, desesperanza, soledad.

Durante la actividad “*acróstico de mi diabetes*”, se proyectó a las personas participantes un video acerca de las complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2, a partir de esto, las personas participantes compartieron sus conocimientos y creencias a partir de lo presentado.

Para realizar la actividad anterior, se entregó a cada participante una hoja con la palabra “diabetes” impresa. A cada letra de la palabra “diabetes” se les solicitó a las personas participantes que escribieran ¿Cómo ha cambiado su vida después de recibir el diagnóstico de diabetes?

Durante el ejercicio las personas participantes pudieron expresar sus pensamientos, creencias y emociones a partir de sus experiencias diarias y cómo el diagnóstico de diabetes ha afectado su salud mental al enfrentar esta enfermedad crónica. A modo de síntesis, los aportes fueron los siguientes:

D: depresión, dolor, duda, decepción.

I: incertidumbre, inmune, inesperada, incómoda, intensa.

A: ansiedad, angustia, asombro.

B: bebida, baja visión, beber mucha agua.

E: estrés, estable, escape, engordar, enojo.

T: tristeza, temor, temblor, tensión.

E: estrés, estable, escape, engordar, enojo.

S: sensible, sorprendida, sobrepeso, sudoración, serenidad.

En relación con la actividad “*Yo cuidaré de mí*”, se proyectó un video, que abordó la importancia de un adecuado control y tratamiento de la diabetes. En el video trataron temas como la hemoglobina glicosilada, control en diabetes, presión arterial, colesterol y tratamientos necesarios para aprender a controlar la diabetes.

Para integrar los conocimientos adquiridos en el taller, se utilizó un dibujo titulado “*Yo cuidaré de mí*”, en esta actividad se les solicitó a las personas participantes que identificaran prácticas de autocuidado relacionadas con la salud física y emocional. A continuación, se presentan algunas respuestas de las personas participantes:

El participante 10: *“Comunicación constante, evitar enojo, control de ansiedad y estrés, pensamiento positivo, insulina diaria, metformina diaria, ejercicio tres veces a la semana, cuidar y chinear mis pies, evitar gaseosas, evitar frescos dulces, tomar agua constante, comida balanceada, evitar comida chatarra y tener amor propio”*.

La participante 5: *“Tomar medicamento, caminar a veces. Lo que voy a empezar a hacer: tomar el medicamento correctamente, hacer ejercicio, hacer algún tipo de dieta, tengo que relajarme, comer correctamente y amor propio”*.

La participante 1: *“Bueno yo me cuidó en tomarme correctamente mi tratamiento, tengo que volver a retomar el ejercicio, no permitir que avance más allá de lo que ha avanzado y es pensando en mi salud. No es que no hay donde hacer ejercicio, sino que hay que buscar primero trabajar con mi mente”*.

Algunas respuestas de las personas participantes, demuestran la diversidad de prácticas de autocuidado que se llevan a cabo en sus hogares. Para ello, es fundamental comprometerse con una alimentación saludable, realizar ejercicio regularmente, tomar el medicamento prescrito, gestionar las emociones, tomar suficiente agua, reducir consumo de azúcares y cultivar el amor propio.

A manera de resumen, este taller se enfocó en dar a conocer qué es la diabetes Mellitus tipo 2, sus complicaciones y tratamiento. Además, se buscó identificar los conocimientos y creencias de las personas participantes sobre su diagnóstico y prácticas de autocuidado.

Como resultado de las actividades en este primer taller, las personas participantes expresaron su falta de conocimiento acerca de su enfermedad, por ejemplo, qué es la diabetes y el tipo de diabetes que se le diagnosticó. En este sentido, al menos cuatro personas no sabían el tipo de diabetes que tenían, lo que generaba un desconocimiento en cuanto al manejo y control del tratamiento, dando lugar a la influencia de creencias culturales en relación con cómo controlar los niveles de glucosa en la sangre.

A raíz de lo anterior, en este primer acercamiento psicoeducativo, surgió la inquietud por parte de las personas participantes al darse cuenta de que necesitaban contar con más información acerca de la DM Tipo 2, ya que la proporcionada por el EBAIS no resultó lo suficientemente clara. A modo de ejemplo, el participante 10 mencionó: *“En el consultorio la doctora me dijo: póngase las pilas, lo que yo me voy a asegurar con todo lo que te voy a dar de tratamiento es que te quedes ciego a los 80 años y no a los 50 años, y que te amputen a los 80 años y no a los 40 años y así sucesivamente, ósea tenemos que trabajar ya”*.

Las personas participantes son conscientes de la necesidad de llevar a cabo prácticas de autocuidado, siendo la toma del tratamiento la primera de ellas. Para ello, es esencial que las personas que enfrentan una enfermedad crónica como lo es la DM tipo 2, comprendan la importancia y el propósito del medicamento. En nuestro contexto de atención en salud, se debe trascender la prescripción únicamente de medicamentos y la revisión de exámenes clínicos. Es necesario ofrecer un espacio más amplio que vaya más allá de una consulta de 10 minutos, donde las personas tengan la oportunidad de expresar inquietudes, tanto a nivel físico como mental y puedan recibir psicoeducación de su enfermedad.

Al concluir, se lleva a cabo una retroalimentación con el propósito de fomentar el intercambio de ideas, conocimientos y creencias sobre los temas tratados en el taller.

7.3.2. Sesión 2. Taller “Crónica de una batalla interna: nuestra salud mental”

En este segundo taller se trabajó acerca de los conocimientos que tenían las personas participantes acerca de la salud mental. Para el desarrollo de este taller, se propuso trabajar en los siguientes objetivos:

1. Dar a conocer el concepto de salud mental.
2. Fortalecer el autoconocimiento y el desarrollo de habilidades para el manejo del estrés.
3. Brindar información acerca de hábitos de vida como estrategia para la promoción de la salud mental.

Como primera actividad, se llevó a cabo una estrategia de psicoeducación, mediante la proyección de un video titulado *¿Qué es la Salud Mental?* Posteriormente, se abrió un espacio de discusión acerca del concepto presentado y cómo el estrés es un problema de salud física y mental. Finalmente se realizaron preguntas para que las personas participantes expresaran sus ideas.

Algunas de las respuestas sobre lo que comprenden por salud mental fueron:

La participante 8: *“es cómo me siento yo con los medicamentos que tomo, por ejemplo, a veces amanezco deprimida, triste y con ganas de llorar, aunque nadie me haya dicho nada”*.

La participante 2: *“es el estado de nuestras emociones, es cómo nos sentimos: la tristeza”*.

La participante 4: *“es nuestro estado de ánimo”*.

La participante 1: *“es sentirse bien con uno mismo. En el momento que andamos tristes, buscar cómo sentirse bien”*.

Como segunda actividad, para introducir el tema del manejo del estrés, se aplicó una técnica de relajación llamada *“Pensando en mi cuerpo y mi salud mental”*, donde se invitó a las personas participantes a cerrar los ojos y centrarse en su respiración. Se realizaron ejercicios de inhalación en 5 segundos, sostener durante 3 segundos y exhalación nuevamente en 5 segundos.

Para armonizar el ambiente se utilizó música de relajación para generar una sensación de tranquilidad. Posterior a ello, se llevaron a cabo ejercicios suaves que permitieron mover el cuerpo, como movimientos circulares de los pies, las caderas, los hombros, los brazos, las manos, los dedos, el cuello, la cabeza, entre otros.

En la tercera actividad se trabajó bajo el modelo cognitivo conductual, lo que permitió que las personas participantes expresaran sus emociones, sentimientos, pensamientos y reacciones en relación con el estrés y además se introdujo el concepto de autorregulación.

Algunos de los aportes que brindaron las personas participantes fueron:

La participante 8: *“En el parquecito del “pulmón” porque es tan rico el aire que pega ahí, yo me siento tan bien cuando estoy ahí, que no me quiero ni ir. Me siento relajada, y es que yo amo estar con mis dos hijos y mi esposo, compartir”*.

La participante 2: *“Yo me imaginé en el río que acostumbramos a ir con mi familia que es fresco, se escucha el ruido del agua correr entre las piedras, tipo cascada, y con la música de un pájaro cantando”*.

La participante 4 *“Yo recordé cuando vamos al río con mi familia, ver a los niños felices bañarse, lo rico que se siente estar ahí”*.

Seguidamente, como cuarta actividad se desarrolló la estrategia *“Crónica de una batalla interna: la salud mental”*, la cual permitió reflexionar a nivel grupal e identificar las dificultades que atraviesan las personas participantes para cuidar de sí mismos. Esto abrió un espacio de apoyo grupal desde una escucha activa y también permitió reconocer temores e incertidumbre que se vivían en el proceso de evaluación de la enfermedad.

A continuación, se presentan algunos aportes de las personas participantes:

La participante 1: *Miedos y temores: a la muerte, padecer un infarto o falla de algún órgano y dejar a mis hijos. Estrés: escuchar discusiones. Ansiedad: esperar por mucho tiempo en algún lugar”*.

La participante 2 *“Yo lucho con mi mente y emociones. Lo confronto con la ayuda de Dios, la de mi esposo e hijos. Lucho con mi enfermedad, ya que no me gustaría faltarles a mis hijos. Lucho con mi pasado, por eso me considero como una madre sobreprotectora, para que mis hijos no pasen por lo que yo viví”*.

La participante 5 *“Lucho conmigo misma, porque he dejado que otros me dominen antes de ser yo misma. Con la salud en mi diario vivir. Económica y emocionalmente, por eso es importante dejar a los demás a un lado, y mirar hacia adelante por mi integridad, permitiéndome ser yo, en donde sea, sin dejar de avanzar en lo que estoy empezando”*.

El participante 10 *“Yo lucho con mis inseguridades, es la razón por la que no hago muchas cosas, me da miedo que no me salgan bien. Sin embargo, esa parte de mi vida la voy a cambiar, no me tiene que importar mucho, si no me salieron bien, mientras tenga salud, lo puedo volver a hacer”*.

Para finalizar, con la quinta actividad llamada: *“Recuerda aquello que te hace sentir estrés”*. Las personas participantes anotaron en una hoja todo aquello que les generaba estrés en la última semana y posteriormente compartieron en una plenaria sus temores al estrés de los últimos días.

En general, las situaciones de las personas participantes eran similares entre ellas; se destacan: el desorden en la alimentación y horario de tratamiento, resultados de exámenes de laboratorio, preocupación económica, problemas de salud de familiares, problemas laborales.

Con respecto a lo anterior, se reflexiona acerca de la necesidad de no solo tomar conciencia de los hechos que generan estrés, sino también establecer estrategias de afrontamiento para reducirlo y mejorar las complicaciones físicas de la enfermedad.

En relación con esto último, cada persona participante logró identificar elementos que sirvieron de recursos protectores para el desarrollo del bienestar como son la familia, ambientes de naturaleza, espacios de recreación.

7.3.3. Sesión 3. Taller “Redescubriendo mis emociones”

Este tercer taller inició con una breve recapitulación de la sesión anterior acerca de la importancia del manejo del estrés y el autocuidado. Se dio a conocer la temática

por abordar, la cual consistió en que las personas participantes lograran identificar las emociones básicas y expresarlas de forma asertiva.

Como segunda actividad, se llevó a cabo la técnica de lluvia de ideas, llamada “*Descubriendo mis emociones*”. En esta actividad, cada una de las personas participantes respondió a la interrogante: ¿Qué son las emociones y cuáles conoce? Algunas de las respuestas fueron:

La participante 5 mencionó que para ella: “*las emociones son cuando uno está triste o tiene un problema económico*”, Además, mencionó algunas emociones como *felicidad, tristeza, economía (pongámosle)*”.

La participante 6 expresó que para ella: “*es la manera de sentir, expresarse ante una situación de sentimientos, sea de tristeza, alegría etc.*”.

El participante 10 comentó que las emociones son: “*una forma de reacción mental o física ante cualquier situación o eventualidad en el diario vivir. Como felicidad, tristeza, alegría, enojo y angustia*”.

Los ejemplos presentados por las personas participantes sugieren que las emociones son las que se experimentan en respuesta a una situación vivida. Algunos ejemplos mencionados fueron: tristeza, angustia, amor, alegría y felicidad, entre otras.

Como parte de la retroalimentación de dicha actividad, se proyectó el video-cuento “*El monstruo de las emociones*”, de Anna Llenas, el cual brinda una explicación sobre qué son las emociones. Además, se realizó una lectura en la pizarra con la consigna ¿Qué le diría mi cerebro a mi corazón acerca de las emociones?

La mayoría de las personas participantes respondieron:

El participante 10 mencionó: “*Que lleve las cosas con calma*”, “*hay que distraerse*”.

La participante 1 expresó: “*tranquilicémonos*”.

Según Schmidt et al. (2018) “las emociones tienen un fuerte impacto sobre nuestro cuerpo y a menudo guían nuestro comportamiento” (p.19). En el contexto de una enfermedad crónica como la DM tipo 2, las personas experimentan un impacto emocional que conlleva incertidumbre, dolor y sufrimiento por los cambios que afectan su vida personal como su entorno familiar y social.

Las emociones se consideran respuestas generadas por el cuerpo, como mecanismos adaptativos a ciertas circunstancias contextuales y su expresión está influenciada por los procesos cognitivos de las personas (Aguzzi y Piedra (2020)). Por lo tanto, es crucial prestar atención a la relación entre la razón y la emoción, siendo la razón la que puede modular y controlar las emociones, de allí la importancia del papel de la psicología en los procesos psicoeducativos para la gestión de las emociones. En este sentido, el discurso se convierte en un vehículo esencial que otorga significado al desarrollo de procesos de razonamiento y la toma de decisiones informadas.

Aunado a lo anterior, Aguzzi y Piedra (2020) plantean que los procesos de aprendizaje que se llevan a cabo de manera cooperativa y colaborativa tienden a perdurar en la memoria de las personas en comparación con los procesos individuales. En este sentido, se destaca la importancia de los procesos grupales, las relaciones sociales y familiares afectivas sanas como elementos fundamentales para cuidar la salud.

Las actividades realizadas permitieron un intercambio de ideas que fortaleció la conciencia emocional de las personas participantes a través de sus vivencias y estrategias de afrontamiento, además se proporcionó por parte de las facilitadoras herramientas para comprender y gestionar las emociones.

Para dar continuidad al taller, se realizó la tercera actividad llamada “*El emociómetro*”, se solicitó a las personas participantes responder la pregunta ¿Cómo me siento en este momento? Algunas de las respuestas de las personas participantes:

La participante 4 mencionó: *“hoy mi autoestima está feliz, gracias a Dios, porque mi corazón así lo siente”*.

La participante 1 expresó: *“bueno yo me siento bien tranquila, relajada, positivamente bien en todo”*.

La participante 6 y el resto del grupo coincidieron en sentirse: *“relajados, tranquilos, positivos, en calma y feliz”*.

Como cuarta actividad llamada *“En qué momento me siento...”*, se facilitó a las personas participantes una plantilla que incluía diferentes imágenes que representaban las emociones. La tarea consistió en que cada participante marcara con una equis las imágenes que más los identificaran y escribieran en qué momento habían experimentado dicha emoción. A continuación, se resume lo que las personas participantes señalaron en esta dinámica.

La participante 2 expresó: preocupación por alguna mala noticia o situación de salud, aunado a sentirse decepcionada cuando no controla bien su tratamiento, manifiesta sentir tristeza cuando hay problemas, felicidad cuando sus hijos están bien y agradecida con Dios cuando despierta por un día más con su familia.

La participante 8 mencionó sentir: enojo y preocupación cuando se presentan problemas en su hogar, dice sentirse tranquila cuando está en el cuarto escuchando música, además refiere sentirse emocionada cuando recibe una buena noticia y así como orgullosa de los logros de sus hijos, finalmente, indica agotamiento cuando realiza muchas labores domésticas.

La participante 5 señaló sentir en varias ocasiones: emociones, como orgullo, emoción y felicidad cuando las cosas marchan bien, principalmente con sus hijos.

La participante 1, participante 6, participante 9 y el participante 10: expresan respuestas similares como sentir preocupación, decepción, enojo, cuando deben enfrentar complicaciones de salud, dificultades económicas y familiares. También

mencionaron sentir: felicidad, agradecimiento, tranquilidad y orgullo por las familias que tienen, así como por la oportunidad de disfrutar y ayudar a otros.

Seguidamente, se llevó a cabo la última actividad, llamada “Escudo de cualidades”, para ello, se facilitó una plantilla predefinida para que las personas participantes identificaran sus cualidades mediante un dibujo y un lema que los representara.

Una vez realizada la actividad se llevó a cabo un plenario y se presentaron los escudos elaborados y se realizó en un mural. Algunos de los comentarios realizados por parte de las personas participantes fueron:

El participante 10 mencionó que su lema se basa en un libro que leyó hace tiempo: *“Los siete hábitos de la gente altamente efectiva”, es buenísimo. Hay una frase que leí y que mejor me representa en mi lema: “Soy la fuerza creativa de mi propia vida”.*

“De los dibujos, creo que una de las cosas que más me motiva y se han dado cuenta los que al menos han estado conmigo desde el inicio es que me gusta mucho ser escuchado en la parte de que me gusta influenciar, me considero una persona muy motivadora, no tengo miedo como de hablar al frente de la gente y trato de expresar mucho al menos con lo que me ha sucedido a mí y ser un ejemplo. Uno de mis sueños es llegar a tener un TEDX (sesiones grandísimas donde uno se sienta, se pone en frente de personas y trata de influenciar o motivar en algún tema en particular), de hecho, que hay una de amor propio que se las voy a pasar también, para que lo vean por ahí. Entonces, mi sueño es algún día hacer uno”.

Los demás lemas del escudo de cualidades fueron: *“mamá protectora”, “Yo sí puedo”, “madre súper protectora”, “me propongo a cambiar”, “Lo voy a lograr”, “Soy valiente”.*

A continuación, las facilitadoras llevaron a cabo una reflexión acerca de la relevancia del autoconocimiento y su significado personal. Seguidamente, se ofreció un

espacio para que las personas participantes compartieran los conocimientos adquiridos durante la sesión, al respecto mencionan:

La participante 2: “*Cómo controlar mis emociones*”.

La participante 8: “*Me enseñó a que hay otras personas que sienten lo mismo que yo*”.

El participante 10: “*Reconocerme a mí mismo*”.

La participante 6: “*Identificar mis emociones y entender las de los demás*”.

Un aspecto por resaltar es cómo las personas participantes decidieron poner en práctica lo aprendido durante la sesión. Por ejemplo:

La participante 1 planea “*aplicar lo aprendido con mis hijos y familia*”.

El participante 10 se compromete a: “*identificar, canalizar mis emociones y sentimientos diariamente*”.

Finalmente, algunas de las reflexiones de las personas participantes fueron:

La participante 1 aprenderá: “*cómo valorarme y a guiar a mis hijos para que sean mejores*”.

La participante 5 buscará: “*más información sobre la enfermedad para mejorar mis cuidados*”.

El participante 10 se compromete a: “*realizar ejercicios de meditación y apoyo*”.

Es importante destacar que en este taller se exploró el manejo del estrés y el autocuidado, así como una identificación y reflexión de las emociones básicas, aprendiendo a expresarse de manera asertiva. Las personas participantes mostraron disposición para aplicar lo aprendido con sus familias, hijos e hijas, adquiriendo herramientas para el manejo emocional desde su cotidianidad.

7.3.4. Sesión 4. Taller “Expresión de las emociones y sentimientos”

En el cuarto taller llamado “*Expresión de las emociones y sentimientos*”, se abordó el tema de autorregulación emocional y el reconocimiento de prácticas cotidianas que generaban inestabilidad emocional, con el fin de facilitar herramientas para el manejo de las personas (Leperski, 2017). Para la mayoría de las personas participantes, eran temas nuevos, aunque manifestaban haber escuchado qué son las emociones, no habían comprendido por qué son importantes para la salud mental.

Cada vez que se iniciaba se realizaba una breve sistematización de los temas abordados en la sesión, con el fin de tener un hilo conductor. Una vez finalizada esta parte, se trabajó en la actividad “*Pescando soluciones*”, para realizar esta actividad, las facilitadoras entregaron relatos de historias de situaciones de la vida cotidiana, donde las personas tenían la responsabilidad de reflexionar y buscar soluciones ante las problemáticas presentadas.

Algunos de los comentarios realizados se dirigieron al cuidado de la enfermedad y en el manejo de las emociones. Al respecto, la persona participante 1 expresa: “*tomar el tratamiento al pie de la letra, hacer ejercicio, comer sanamente, tomar agua, no estresarse, pasear, vivir en armonía, aceptar mi enfermedad, tengo que amarme yo primero, entendí que si me cuido voy a estar bien*”.

Seguidamente, se realizó una presentación en formato PPT donde se brindó información acerca de la importancia de una adecuada comunicación y expresión de las emociones de manera asertiva, como estrategia preventiva de enfermedades físicas y mentales (Orozco y Castiblanco, 2015). Al finalizar la presentación, se abrió un espacio de discusión y reflexión grupal, con el fin de que las personas participantes expresaran sus vivencias y experiencias personales en el proceso de la enfermedad.

Luego, se trabajó en la actividad “*Descubriendo mis cualidades*”, la cual buscaba que las personas participantes se reconocieran, a través del autoconcepto. Como primer paso para llevar a cabo esta actividad, se instruyó a las personas participantes a realizar la técnica de respiración y de imaginación dirigida como estrategias (Diaz et al., 20217) para el control del estrés y síntomas de ansiedad.

Posteriormente, se entregó un material fotocopiado y se trabajó bajo la siguiente consigna: *“En esta hoja pueden escribir o dibujar todas aquellas características personales que consideran importantes desarrollar a partir de ahora para mejorar su salud”*, posteriormente, se brindó un espacio de reflexión, sobre las características personales necesarias para el cuidado de la salud física y mental (Sánchez, 2021, Azzollini et al., 2015, Murillo y Alvarado, 2020): amor propio, tener espacio de armonía, paz, además de tener serenidad y establecer un diálogo y comunicación positiva con la familia, pareja hijos e hijas.

La participante 2 menciona: *“la raíz: porque primero que nada quiero tener mis pies bien puestos sobre la tierra, amor, profesionalismo, ternura, paz, responsabilidad, esperanza, ser una buena semilla que da buen fruto y luz para poder brillar o dar luz a otros (mi familia, mis hermanos, mi mamá y todos lo que están a mi alrededor) y tener muchas semillas para que sean buenos frutos para mí y mi familia”*.

La participante 3 menciona: *“Ser un buen árbol que dé mucha sombra y frutos para poder darle amor a mis seres amados y conocidos. Fruto para recordar lo maravillosa que es la vida (amor, esperanza, paz y tranquilidad)”*.

Las reflexiones brindadas por estas dos participantes, permiten reconocer en ellas características personales y emocionales de sí mismas como personas valiosas.

En este mismo orden de ideas, se realizó la actividad *“Diario de la gratitud”*, para ello, se entregó una fotocopia a las personas participantes, donde cada una anotaría algún motivo por el cual agradecer ese día. Seguidamente, se trabajó en plenario, donde las personas manifestaron los siguientes agradecimientos:

La participante 2: *“A Dios sobre todas las cosas”*.

La participante 3: *El poder levantarme”*.

La participante 8: *“Agradezco a Dios por regalarme salud y vida”*.

La participante 4:” *A Dios por la vida y por mi familia”*.

La participante 1 “*A Dios por poder estar viva y ser parte de este taller y haberlos conocido*”.

La participante 5: “*A las psicólogas por la charla*”.

La participante 6 “*A mí misma por estar aquí, aprendí a valorarme un poco y a compartir emociones*”.

A modo de cierre grupal se reflexiona acerca de la importancia de buscar motivos para agradecer como una estrategia para tener pensamientos positivos, para mejorar el estado de ánimo, valorarse a sí mismos y realizar prácticas de autocuidado (Aquino, 2019, Benítez, 2018). Así mismo, mediante la técnica lluvia de ideas, se brindó un espacio para que las personas participantes expresaran ¿cómo se sintieron en el taller? y qué aprendizajes adquirieron.

La participante 2 menciona: “*controlar mis emociones, qué son las emociones y las funciones de las emociones, que es un espacio donde se comparte*”.

La participante 8: “*voy a poner en práctica cómo respirar*”.

La participante 5 comenta que ella aplicará lo aprendido “*teniendo paz y controlando siempre mis emociones*”.

De manera general, las personas participantes opinan que desean aprender un poco más acerca de la autorregulación y cómo regular y gestionar las emociones, principalmente el enojo y la ira, así como los cambios físicos que deben de afrontar en el proceso de su enfermedad.

Participante 1 menciona: “*cómo saber vivir en medio de las circunstancias y dificultades de la salud*”.

7.3.5. Sesión 5. Taller “Afecto, familia y salud mental”

Siguiendo con la propuesta de los talleres para la sesión número cinco “*Afecto, familia y salud mental*”, se buscó que las personas participantes reconocieran la

importancia de las relaciones familiares (Zavala et al., 2009) como un recurso protector para el cuidado de su salud. Como parte de la continuidad del proceso se realiza una sistematización de la sesión anterior, con el fin de recordar conceptos claves tales como las emociones y los sentimientos.

Seguidamente, se trabajó la actividad “Mi familia, mi diabetes y yo”, en donde las facilitadoras solicitaron a las personas participantes unirse en parejas para trabajar mediante la consigna: *Comente: cómo fue la reacción de su familia ante el diagnóstico de diabetes.*

Las personas participantes anotaron en un papelógrafo los comportamientos y las reacciones familiares similares cuándo se brindó por primera vez el diagnóstico de diabetes tipo 2, esta actividad permitió realizar un ejercicio de empatía en relación con las dinámicas familiares de las personas participantes.

Algunos de los comentarios realizados por las personas participantes fueron:

El participante 10: *“gracias a Dios he tenido el apoyo de mi familia”*.

La participante 8: *“Mi esposo me ha motivado, mi mamá ha sido un gran apoyo”*.

La participante 2: *“En la casa sí, cuando yo le dije a mi mamá, se preocupó y me dijo cuídate, porque tienes hijos y ahí van a quedar”*.

La participante 3: *“mi mamá me dijo que no estaba sola”*.

La participante 1: *“yo tengo el apoyo de hermanos, hijos y madre”*.

La participante 5: *“mi esposo dijo que eso no era nada... pero gracias a Dios aquí estoy, estoy bien”*.

Participante 4: *“mi mayor apoyo es mi esposo y mis hijos”*.

La participante 1: *“Yo tengo el apoyo de mis hijas incondicionalmente siempre están pendientes y mi compañero también”*.

Al finalizar la actividad, se generó un espacio, en el cual cada persona compartió su experiencia personal acerca del diagnóstico de diabetes y a partir de ello, se identificaron elementos de su historia de vida en otros participantes. Esto permitió que cada persona participante generará reflexiones personales acerca de su familia y cómo ella incide en el cuidado de su salud.

Seguidamente, se trabajó con la actividad *¿Qué es la familia?, y ¿Cómo se construyen sus vínculos?*, para tal fin, se realizó una pequeña explicación mediante el formato PPT y, posteriormente, se brindó un espacio para que las personas participantes brindaran su opinión, a partir de su vivencia personal.

La participante 8 menciona: *“dependiendo cómo nos llevemos con los demás nos vamos a sentir bien o mal”*.

La participante 1: *“la familia es importante, pero debe haber una buena comunicación y llevarnos bien”*.

La participante 5: *“dependiendo cómo estamos con nuestros familiares, así va a estar también nuestra salud”*.

Al finalizar esta actividad, se reflexionó de manera grupal acerca del papel de la familia y lo importante que es para su bienestar emocional.

Para integrar la relación en los vínculos familiares, se realizó la actividad *“El árbol de Estrategias”*, que consistió en brindar un material impreso de un cuadro donde debían elegir, organizar y responder a problemáticas en su entorno familiar, y buscar posibles soluciones. Esta actividad permitió que las personas participantes reconocieran qué tipo de apoyo han recibido por parte de su familia durante el proceso de su enfermedad y qué problemáticas han tenido que enfrentar.

Con respecto al apoyo brindado por sus familias, todas las personas participantes manifestaron haber recibido apoyo de su familia mediante sus hijos, hijas, pareja al recibir consejos y, en algunos casos, los espacios para la recreación.

A manera de resumen, algunas que surgieron:

A nivel familiar, la participante 2 menciona: *“la comida, el diálogo, la mentalización, la relajación, el reír y las salidas familiares”*, son estrategias que ella realizaría para cuidar de su salud.

Al respecto, la participante 8 menciona que necesita: *“apoyo en la alimentación, una rutina de ejercicio, visitar a mi hermana y cuidar de mis hijos”*.

Por su parte, la participante 9 refiere: *“disfrutar de actividades familiares, hacer ejercicio y comer sano”*.

En cuanto a la participante 3: *“realizar una alimentación sana, salir a pasear y disfrutar con mis hijos”, al igual que divertirme y orar a Dios para estar mejor”*.

La participante 5: *“mejorar la comunicación entre pareja, salir a pasear, hablar con mis hermanos y conocer cada día mi cuerpo y mi vida”*.

El participante 10: *“ejercitarse, tomar los medicamentos, caminar y dialogar con sus seres queridos”*.

La participante 1: *“tomar mis medicamentos, dialogar con mis hijos, mi esposo y relajarme”*.

La mayoría de las respuestas fueron similares y coincidieron que la diabetes era una problemática y que afectaba su condición actual de salud, además de la presencia de la obesidad en algunos casos, problemas económicos, familiares y personales.

Al finalizar, se realizó una retroalimentación por parte de las facilitadoras en torno al trabajo realizado.

7.3.6. Sesión 6. Taller “Alimentación consciente”

En el taller “Alimentación consciente”, se abordó el tema de nutrición y cómo las personas participantes pueden identificar alimentos que contribuyan a mejorar su salud. Para comenzar, se dio a conocer los objetivos para el taller y se realizó un recuento de la sesión anterior.

Después de esto, las facilitadoras proyectaron una breve presentación en formato PPT sobre el tema de la alimentación y nutrición, el cual contenía las definiciones de proteínas, vitaminas, minerales, carbohidratos, grasas y cómo incide en su condición de salud. Antes de la presentación, se realizó una encuesta para conocer los conocimientos previos que tenían las personas participantes sobre alimentación y nutrición.

En el siguiente paso, se desarrolló la técnica lluvia de ideas y se reflexionó junto a las personas participantes sobre la importancia de una adecuada alimentación. A través de la actividad “Me alimento o me nutro”, se planteó la pregunta ¿Qué es alimentación?

La participante 1 considera que comer *“verduras es saludable y se deben comer para nutrirse, ya que las personas se pueden alimentar de cualquier cosa, pero es mejor saber comer para nutrirse”*.

Además, se realizó la pregunta ¿Qué les dijo el doctor acerca de la alimentación que debían llevar según su diagnóstico? a las que respondieron:

La participante 3: *“Que debía comer de todo, pero moderadamente”*.

La participante 8: *“a mí el pan si me lo quitó, me indicó que debía comer la mitad de la tortilla y el queso tiene que ser duro”*.

La participante 4: *“a mí me dijo que tenía que eliminar todas las harinas, comer verde y tomar suficiente agua”*,

La participante 2: *“Bueno a mí me dijo que tratara de no comer tanto carbohidrato”*.

Participante 5: *“por mi parte, eliminar azúcares”*.

El participante 10: *“me dijo que tenía que reducir los carbohidratos, que viera las etiquetas de las bebidas”*.

La participante 1: *“me dijo que no tenía que dejar de comer, sino saber comer”*.

Los alimentos que las personas participantes refieren como “no recomendados” para consumir fueron los carbohidratos altos con contenido en azúcares, como helados, confites, repostería, pan entre otros. Es importante destacar que ninguna de las personas que asistieron al proceso fue referida al servicio de nutrición ni había recibido alguna charla o información relacionada con el tema de la alimentación acorde con su condición de salud. Además, tampoco tenían claridad sobre las porciones que debían consumir ni de los intercambios de alimentos que podía realizar para una compensación de glucosa en el cuerpo.

Posteriormente, se realizó una discusión grupal acerca de la importancia de saber seleccionar los alimentos y de cómo esta elección favorece o no la salud de las personas participantes con DM tipo 2.

Para reflexionar acerca del tema, se les solicitó a las personas que contestaran la siguiente pregunta, *¿Cuáles alimentos considera usted que favorecen o no la salud de las personas con diabetes DM tipo 2 en la cultura guanacasteca?*

Las respuestas brindadas fueron muy similares, por ello, se agruparon en alimentos saludables: vegetales, ensaladas, comidas bajas en carbohidratos, legumbres, carnes blancas como el pollo y pescado, frutas, huevos.

También se identificaron alimentos que no favorecen la salud, tales como comidas grasosas, gaseosas, exceso de carbohidratos, harinas refinadas, verduras como la yuca, papas, tiquisque y fruta con alto contenido de azúcares.

Ahora bien, se consultó a las personas participantes sobre *¿cuáles son algunas actitudes alimentarias que favorecen o no la salud de las personas con diabetes DM tipo 2 en la cultura guanacasteca?*

Se identificaron las siguientes formas de comportamiento recurrentes que favorecen la salud, tener hábitos saludables de alimentación, comer de manera balanceada, en porciones adecuadas y horarios respectivos.

En contraste, las actitudes (Balcazar et al., 2012) que no favorecen la salud en cuanto a la alimentación incluyen: comer sin moderación en porciones muy grandes, cenar muy tarde, comer frente a la computadora, al televisor y celular, no realizar merienda, comer rápido, apegarse a costumbres no correctas de alimentación, falta de compromiso para realizar cambios.

Seguidamente, se llevó a cabo la actividad “Los cómplices de mi alimentación”, en la cual se trabajó en subgrupos para responder a la pregunta ¿De qué manera influye mi familia, mis amigos, amigas y la comunidad en mi alimentación?

Algunas de las respuestas ofrecidas por las personas participantes fueron:

El participante 10: *“En mi caso que vivo solo, me favorece tener a mis hermanas cerca, porque por ejemplo a veces estoy muy ocupado y si tuviera que levantarme a hacerme algo de comer me voy a hacer algo rápido y no correcto, entonces, mi hermana me pregunta “ya almorzaste” y me da algo más saludable, qué sé yo, un picadillo”*.

La participante 3: *“Tengo una amiga que le gusta hacer mucha actividad física y me anda por todo lado, ahora tengo ganas de comprar una bicicleta para salir con otro amigo a “cletear”; en realidad, son amigos que tienen mejores hábitos”*.

La participante 8: *“En la familia la que me ayuda más es mi mamá, hace comida menos grasosa, más saludable”*.

La participante 5: *“Mi esposo e hijos han disminuido la comida chatarra para apoyarme”*.

La participante 1: *“Una hija me pasa empaquetando frutas y cuando puede me manda o me deposita para que compre alimentos saludables”*.

Al finalizar la actividad, se proporcionó un espacio de discusión grupal, para conversar acerca de la importancia de la concientización sobre los cambios de pensamientos y comportamientos (Gáves y Caballero, 2019) necesarios para un manejo adecuado de la salud.

En cuanto a la evaluación del taller, la mayoría de las personas participantes manifestó sentirse motivadas para emprender cambios, por ejemplo, la participante 8 menciona: *“me siento muy bien, ya que fue un tema de mucha ayuda para nuestra alimentación”*, mientras que el participante 10 indicó: *“me siento positivo y motivado”*.

Cuando se les preguntó acerca de los aprendizajes adquiridos durante el taller, las respuestas se dirigen a reflexiones en torno a su alimentación, algunas ideas fueron:

La participante 8: *“aprendí qué alimentarnos; puedo comer correctamente”*.

La participante 1: *“debo mejorar mi manera de comer para tener mejor salud”*.

Y el participante 10: *“Entender que el cambio no es difícil y está en mis manos”*.

Aplicar los aprendizajes es algo que siempre motiva a las personas participantes. Es por ello que las acciones que cada una realiza se dirigen a nuevos hábitos saludables.

Al respecto, la participante 5 menciona: *“buscaré comer a la hora correcta y saludable”*, mientras que la participante 1 indica: *“trataré de identificar aquello que me favorece la alimentación”*.

7.3.7. Sesión 7. Taller “Cuándo nos visita la ansiedad y la depresión durante la diabetes tipo 2”

En la antepenúltima sesión, se trabajó el tema de la ansiedad, depresión (Benítez et al. 2018; Aquino, 2019; Hernández et al. 2020, Rodríguez et al. 2022). Como en todos los talleres anteriores, se inició con la bienvenida y un breve recuento de los temas y actividades realizadas en el taller seis. Seguidamente, se brindó un espacio de psicoeducación (Aguzzi, y Piedra, 2020, Castro et al., 2005) a las personas participantes, donde se abordó el tema “ansiedad y depresión”.

Posteriormente, se mencionó acerca de cómo algunos pensamientos pueden llegar a ser negativos e irracionales, y exacerbar los síntomas de ansiedad y depresión. Para finalizar, se brindó a las personas participantes técnicas de reestructuración cognitiva para disminuir estos síntomas. Para ello se realizó la técnica de detección de pensamientos negativos, autocontrol y pensamiento alternativo mediante la actividad “esquema de soluciones”.

Por ejemplo, la participante 8 expresa:

Situación estresante			
<i>“Saber que quizás no me he tomado el medicamento y tengo cita y exámenes”</i>			
Identificar el pensamiento que genera esa situación		Identificar qué pasaría si actúo de la manera que estoy pensando	
<i>“Mis exámenes van a salir alterados”</i>		<i>“Me voy a enfermar más”.</i>	
Volver a revisar el pensamiento	Búsqueda de posibles soluciones	Búsqueda de posibles soluciones	Búsqueda de posibles soluciones
<i>No volver a hacerlo</i>	<i>Hacer un alto y pensar: “esto es algo que yo puedo mejorar”,</i>	<i>“Lo voy a hacer, está en mis manos”</i>	<i>“También, seguir con mi tratamiento y no dejarlo de tomar y seguir adelante”</i>

En la actividad llamada “visitas inesperadas”, las facilitadoras presentaron un video cuento “Cordero Boundin” (Corto de Pixar), elaborado por Shurrer y Luckey, (2003). Este cortometraje permitió reflexionar acerca de las cualidades personales que se habían trabajado en la sesión cuatro y acerca de qué comprenden por ansiedad y depresión. En relación con el cuento, se les preguntó a las personas participantes acerca de sus creencias sobre el tema de ansiedad y depresión, y cómo las han experimentado y cómo han logrado manejarlas y controlarlas. Algunas de las personas participantes compartieron sus opiniones:

La participante 2: *“considero que lo primero que uno debe trabajar es la autoestima, por ejemplo, en el video vimos cómo al cordero, cuando le quitaron la lana, sintió más inseguridad, eso siento algunas veces”.*

La participante 8: *“el cordero se sentía seguro con su lana, pero luego que se la quitaron se sintió desprotegido”*.

El participante 10: *“el apoyo que obtuvo de parte del conejo que llegó, lo motivó, lo apoyó. Entonces, relacionándolo a la vida de uno, siento que es como lo que ustedes hacen con nosotros, porque con esa noticia de que estamos con diabetes es como la oveja sin lana, nos quedamos así, como que todo se nos vino abajo todo. Y ustedes son como el conejo que dicen: no, vean, hay opciones, se pueden volver a levantar, hay que ser fuertes y lo otro. Bueno, eso fue lo que entendí”*.

En la dinámica, se realizaron preguntas cómo ¿Quién pudo haber visitado al cordero luego que lo despojaron de la lana? la facilitadora expresó: ¿Eso que le hacía feliz y auténtico, lo han sentido ustedes?

Según refirieron dos de las participantes, (la participante 5 y 1), *“Se deprimió”*. A lo cual, una de las facilitadoras respondió *“Entonces, si lo relacionamos con la enfermedad ¿qué pasó cuando a ustedes les dieron la noticia sobre su diagnóstico, ¿qué sintieron? A lo que respondieron:*

La participante 3: *“Sentí que me arrancaron algo de mi vida”*. La participante 2: *“Se fue mi seguridad de que todo estaba bien, no sabía qué pensar”*. La participante 1: *“se me vinieron miles de pensamientos”*. El participante 10: *“Sentí un dolor muy grande porque la diabetes afecta casi a todo el cuerpo, no es solamente que tiene diabetes, que es un problema en la sangre, sino que también viene lo de los riñones, el hígado, luego una cosa y luego la otra”*. La participante 6 señala: *“sentí el mundo hecho pedazos”*. La participante 5: *“uno piensa que no hay solución, que ya se va a morir, e incluso, uno se llega a sentir inútil o que uno no vale nada”*.

Continuando con el conversatorio, la facilitadora preguntó: ¿Y qué emoción los visitó a ustedes en ese momento? El participante 10 responde: *“La tristeza, la ansiedad y la depresión”*.

En cuanto a lo expuesto, las facilitadoras retomaron los conceptos de ansiedad y depresión y reforzaron con los aportes brindados por las personas participantes.

Asimismo, se planteó la siguiente interrogante ¿Cuál ha sido su creencia sobre la ansiedad y la depresión? Algunas de las respuestas fueron:

La participante 2: menciona que con la ansiedad *“siento algunas veces que me hace falta salida”*. La participante 8 indica que *“la ansiedad primero todo nos altera, segundo, no me permite estar bien y la depresión no me sirve para vivir”*.

El participante 10 refiere *“Bastante peculiar, porque mi creencia sobre la ansiedad y la depresión, a pesar de mi carrera, siempre ha sido un tabú”*.

La participante 3: *“En realidad, he llegado a vivirlas aún más, cuando estoy pasando una situación, cuando me dan alguna noticia como, por ejemplo; tenés que ver al médico, porque te salió esto y esto”*.

La participante 2: *“Cuando le dan una mala noticia a uno y tiene que buscar la manera de solucionarlo”*.

La participante 1: *“Cuando a mí me falta algo”*.

La participante 5: *“Cuando las cosas no salen bien, siento susto”*.

Participante 4: *“Siento esa angustia cuando voy por resultados de exámenes”*.

Continuando con la temática, se preguntó al grupo en qué situaciones han experimentado la ansiedad y depresión, algunas de las expresiones de las personas participantes son las siguientes:

El participante 10; *“la siento con mi sobrepeso y también en mi mal carácter”*.

La participante 2: *“cuando a veces estoy muy sensible y todo me molesta”*.

La participante 8: *“con mi enfermedad, con mis hijos y con mi alimentación” ... “una serie de eventos desafortunados que llegan a acumularse y hacen que uno explote en algún momento”*.

Siguiendo con la dinámica del tema, en la interrogante ¿De qué manera lo han logrado manejar?, las personas del grupo manifiestan respuestas similares. Algunas de las estrategias de la terapia cognitivo conductual que con más frecuencia utilizaron las personas participantes fueron algunas estrategias de afrontamiento activas, sin conocerlas como, por ejemplo, lo que refiere la participante 5 “*busco hacer actividad física, reunirme con mis amigos y escuchar canciones que me levanten al ánimo*” y técnica de detención de pensamientos al respecto al participante 10 manifiesta “*respirar tranquilizarme y aceptarme como soy*”. También se resalta la importancia de controlar sus emociones, recibiendo apoyo familiar y cumpliendo con el tratamiento prescrito. Además, se menciona que la ayuda espiritual es un elemento que beneficia a la salud mental, así mismo se destaca la importancia de ser responsables y presentarse a las citas de control, así como cuidar su alimentación.

Continuando con el taller se realizó la actividad “*Mi experiencia con la Diabetes*”, en donde las facilitadoras presentaron a una invitada especial, que compartió su experiencia y los retos que ha enfrentado con la enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo 2. La invitada menciona cómo ha tenido que aprender a gestionar sus emociones, así como la ansiedad y la depresión, así como cambiar hábitos de alimentación en su vida cotidiana.

Parte de su relato es el siguiente:

Mi diagnóstico vino a sorprenderme, yo toda mi vida he hecho deporte, trabajaba en San José. Mis rutinas diarias eran levantarme a las 4:30 a.m. bañarme, agarrar un bus y llegar al trabajo.

Un día me sonó el despertador “por cierto fue tres días después de las fiestas de febrero, había venido con mis papás, yo nunca había tomado licor, entonces tenía mucha sed, eso que uno nunca en la vida lo asocia que puede ser diabetes. Entonces, ese día me sonó el despertador, abrí los ojos y yo dije “qué raro, veo como borroso, entonces me restregué los ojos y tal vez veía como un veinte por ciento, veía unas manchitas negras y como borroso”, llamé ese día un taxi, me

fui al hospital llegué y le dije a la doctora: “vieras qué raro, casi no veo, me siento como mareada, como medio aturdida”.

Entonces me dice: “Vaya al laboratorio y te haces un examen de orina y uno de sangre, a ver qué anda mal”, llegué al laboratorio por los resultados y me dice el muchacho “usted es diabética, ¿verdad?” y yo, “jamás, no, cómo se le ocurre”, entonces me dice “muchacha, es en serio, usted es una burbuja de tiempo, estás súper mal. Yo decía cómo voy a estar mal, está bien, no veo, pero no siento nada más.

Entonces, para no hacerles la historia larga, terminé 22 días internada en el hospital, llegué al hospital, el doctor de una vez ¿cómo puede usted andar así, jamás? andaba el azúcar en 800, de milagro no me dio un coma diabético y yo no sentía nada. En ese momento era un shock, no sé si a todos les ha pasado cuando nos dicen sos diabético, no soy viejita, no tengo problemas de obesidad, ¿cómo voy a ser diabético? En ese momento yo practicaba deporte, comía mucho, estaba entrenando para una maratón y yo decía con estas carnes, porque ahorita estoy gorda, ya que antes estaba muchísimo más delgada. Entonces, me preguntaba, ¿cómo voy a ser diabética?, ¿cómo me explico?

En ese momento, los doctores que me internaron estaban con puros exámenes, exámenes, salí de ahí cuando me dieron de alta, me mandaron al hospital de niños, porque mi diabetes era infantil y unos exámenes solo los hacen en el hospital de niños. Hasta la fecha no he dejado de aprender, yo siempre he dicho no, no nos van a amputar, no vamos a perder nuestros riñones, ni nuestra vista, ni nada por culpa de la diabetes, si eso pasa, es por culpa de nosotros, porque no cuidamos la diabetes.

Los factores más importantes son la medicación, la alimentación es sumamente importante, es casi que el 80 % más que los medicamentos y otro complemento es la actividad física, cuando nosotros hacemos actividad física nuestro organismo inmediatamente cambia, si usamos insulina vamos a usar menos insulina, porque nuestro organismo no la va a necesitar, si estamos tomando

pastillas, se va a disminuir la dosis, porque el cuerpo no va a necesitar tanta dosis.

Entonces, cómo me he topado con muchos testimonios de personas que no tienen una pierna, un dedo y cosas así y se quejan “esta maldita diabetes”, yo me quedo callada por respetar su momento, digamos, pero yo siempre he dicho, no es culpa de la diabetes, o sea, es cierto, es una enfermedad silenciosa y, al final, nuestros picos estamos en 30 o en 40 de diabetes, sudorosos en el momento que comemos dulces estamos bien, nivelamos con hidratación, medicamento, pero es un montón de picos a lo largo del viaje en 30 años, es ahí donde nos va a afectar los órganos.

Entonces, yo es ahí donde digo, es responsabilidad de nosotros cuidarnos, es nuestra responsabilidad tomar mucha agua, conocer nuestro cuerpo. Porque ahorita yo les puedo decir a ustedes qué les pasa cuándo tienen la azúcar en 50, qué sienten, probablemente pueden ser similares a nuestros síntomas, pero nunca van a ser igual, porque el organismo suyo no es igual al mío, tenemos el común denominador que es la diabetes, pero todos nuestros cuerpos actúan distintos, entonces, es saber conocer nuestro cuerpo.

Al finalizar, se brindó un espacio para preguntas, consultas y retroalimentación sobre lo expuesto por la invitada. Las personas participantes expresaron cómo se sintieron:

La participante 2: *“Excelente taller, me siento motivada”.*

La participante 8: *“Me sentí motivada”.*

La participante 6: *“Hoy fue un día muy distinto a los demás, aprendimos de la experiencia de otras personas, a cómo es vivir con la diabetes y la importancia de conocer el cuerpo”.*

La participante 1: *“Excelente. Me encantó también la charla de la muchacha de Cañas y los temas de los que hablamos”.*

La participante 5: *“Me siento positiva y analítica en relación con los temas y las decisiones que debo tomar para tener las riendas de mi enfermedad”*.

En cuanto a los aprendizajes obtenidos durante el taller, las personas participantes mencionaron:

La participante 6: *“En cómo aprender a manejar la ansiedad y la depresión”*.

La participante 5: *“Aprendí gracias a una compañera que tiene lo mismo que yo, a tener presente que sí se puede aprender a sobrellevar una vida sana si puedo, yo también puedo”*.

La participante 4: *“Aprendí a cómo sobrellevar mejor mi ansiedad”*.

La participante 1: *“Aprendí a qué niveles tengo que andar la glucemia”*.

El participante 10: *“Una de las cosas más importantes es poder aprender a valorarme más yo, y cuidar más mi cuerpo”*.

Cuando se les preguntó a las personas participantes cómo pueden poner en práctica lo aprendido, mencionaron:

La participante 6: *“Manejando mejor mis emociones y complicaciones de salud”*.

La participante 8: *“Sé que tengo que hacer un cambio en mi vida”*.

La participante 2: *“Sabiendo cómo comer”*.

La participante 4: *“Recordando lo aprendido y ponerlo en práctica”*.

El participante 10: *“Aprender a educarse más acerca de la enfermedad y tomar más control... “Yo controlo la enfermedad”*.

Con respecto a los temas generados para seguir aprendiendo, las personas participantes mencionan que se encuentran interesados en seguir aprendiendo sobre los siguientes temas relacionados:

La participante 9: expresó su interés en aprender acerca del: *“embarazo en personas con diabetes”*.

La participante 8: *“Quiero conocerme cada vez más acerca de la diabetes, siento que no sé nada”*.

La participante 6: expresó su intención de: *“Aprender más cada día sobre mi cuerpo”*.

La participante 2: mostró interés sobre alimentación adecuada: *“En cómo alimentarme”*.

El participante 10: manifestó su necesidad de permanecer en un grupo de apoyo: *“Más consejos de cómo cuidarse y tomar la enfermedad más en serio”*.

En resumen, el taller se enfocó en el manejo de la ansiedad, la depresión y diabetes. Durante el taller, se proporcionó información y se reflexionó sobre la importancia de una adecuada medicación, así como tener herramientas como el glucómetro para tener conocimiento sobre el propio cuerpo y así controlar la enfermedad. Se destacó la importancia de una alimentación adecuada y la actividad física. Al finalizar, las personas participantes expresaron su satisfacción por lo que habían aprendido y mostraron interés en seguir aprendiendo sobre su enfermedad en diferentes etapas de la vida.

7.3.8. Sesión 8. Taller Estrategia para cuidar la salud mental y las emociones

Cerrando con el proceso de los talleres, en la última sesión, se impartieron las “Estrategias para cuidar la salud mental y las emociones”. El propósito del taller fue que las personas participantes pudieran identificar sus recursos personales para apropiarse de su salud mental (Azzollini et al, 2015; Rodríguez et al. 2018; Sánchez, 2021) emocional.

Siguiendo la misma estructura de las sesiones anteriores, se realizó un resumen de temas abordados en la sesión previa. Posteriormente, se ofreció un espacio de psicoeducación sobre el tema reestructuración cognitiva. Para introducir el tema, se llevó a cabo una lluvia de ideas con pregunta: *¿Qué entienden ustedes por reestructuración?*

A continuación, se explicó en qué consiste la reestructuración cognitiva (pensamientos), y se presentaron pequeñas estrategias que podrían ser útiles para un mejor autocontrol del pensamiento. Estas estrategias incluyen establecer un diálogo socrático, buscar una posible solución o pensamiento alternativo, detener los pensamientos negativos y disminuir las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas sobre la solución o pensamiento alternativo en el proceso de enfermedad.

Una vez explicadas las estrategias, se trabajó en la actividad “Esquema de Soluciones”. Se entregó a las personas participantes una hoja con un ejemplo de cómo puede ser un esquema de reestructuración de pensamientos.

En este esquema, las personas participantes escribieron una situación de su vida cotidiana que les producía estrés. En relación con esto García et al., (2008), mencionaron que “el estrés es el estado psicológico que más influye negativamente sobre nuestra salud. Se ha asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud de los individuos (p.7). Una vez indicado el estrés, se identificaron pensamientos negativos asociados con la situación estresante, seguidamente se buscó establecer consecuencias o respuestas que se generaban para contestar positivamente o afrontar la situación de estrés. Por último, cada persona volvía a examinar el problema planteado junto con el pensamiento, y buscaba posibles soluciones para manejar su estrés.

Con referencia a lo anterior, la participante 3 mencionó *“a mí me estresa que me presionen cuando tengo un problema”*. El pensamiento negativo que genera esta situación es *“que por estar negativa se me va a subir el azúcar”*. La participante 2 reflexionó en ese caso, tendría: *“una crisis emocional absurda”*. Una posible solución sería: *“Tomar unos minutos para poder solucionar mi presión y tratar de respirar, calmarme y tomarme el tiempo para dejar como me acomodo a tener una buena respuesta. Ya que, con calma se llega a una mejor solución”*.

Así mismo, el participante 10 indicó estresante: *“Sentirme solo, a mí me da miedo el rechazo”*. El pensamiento negativo que genera esta situación *“es sentir la necesidad que debo calzar, y que siempre necesito de una compañía”*. El participante 10 manifiesta que si continúa pensando de esta manera experimentaría *“ansiedad, estrés*

y *depresión*”. Como posible solución sugirió: “*disfrutar de mi propia compañía, hacer actividades solo, desarrollar una no de dependencia, ponerme yo primero y aceptarme como soy*”.

En relación con lo anterior Suárez y Suárez (2019) como se cita en Lara, M. (2023) mencionan que:

Para modificar los errores de pensamiento se utiliza la reestructuración cognitiva de las distorsiones cognitivas, en conjunto con otras técnicas empleadas en la TCC, como la psicoeducación, la modificación de la conducta (moldeamiento y modelamiento, técnicas fisiológicas, etc.), que han demostrado una gran eficacia en el campo de la salud y en el logro de estilos de vida sanos en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. (p.409)

A partir de lo anterior, fue oportuno aplicar estrategias orientadas hacia un aprendizaje de recursos y estrategias para el empoderamiento y aceptación del diagnóstico de la diabetes desde un enfoque cognitivo conductual, mediante la reestructuración de pensamientos negativos y creencias relacionadas con su enfermedad. Esto permitió que las personas participantes reconocieran la importancia de modificar sus comportamientos y actitudes, así como establecer redes de apoyo desde el afecto, comprensión e identificación de la enfermedad.

Seguidamente, se realizó una retroalimentación de lo elaborado por las personas participantes. Posteriormente, se llevó a cabo la actividad llamada “Reconociendo mis habilidades y recursos” para introducir el tema de resiliencia e inteligencia emocional y cómo se relaciona con la enfermedad.

Posteriormente, se proyectó un video titulado “*El jabón*”. Seguidamente, se utilizó la técnica lluvia de ideas y se reflexionó en conjunto con las personas participantes si han cambiado o se mantiene su idea inicial acerca del concepto de cambio, resistencia y resiliencia en su proceso de enfermedad.

Las respuestas brindadas por las personas participantes son las siguiente:

La participante 2: *“Todos tenemos la solución en nuestras manos, que según la vida es como nosotros la queramos ver o como la queremos vivir”*.

La participante 3: *“Yo me veo a mí misma y pienso que todos tenemos por dentro algo que no sacamos, pero que en algún momento lo tenemos que sacar”*.

La participante 4: *“Que no hay que complicarse, todo en la vida tiene solución”*.

La participante 5: *“Sentí mucha motivación al ver el video”*.

Participante 6: *“En otras palabras, nosotros somos el jabón y nosotros somos los escultores de nuestras propias vidas”*.

La participante 6: *“Me gusta la metáfora que tenía el video, creo que no voy a volver a ver mi jabón de la misma manera, cuando lo tenga en mis manos, voy a pensar en todo lo que puedo lograr”*.

La participante 7: *“Igual pienso que en la vida es la manera cómo la queramos acomodar, pienso yo”*.

El participante 10: *“yo decido si quiero vivir triste o de mi tristeza sacarle provecho, voltear la situación y ver algo diferente”*.

Posteriormente, se abrió un espacio para la discusión sobre los temas presentados y la necesidad de cambiar de pensamientos y comportamientos para un adecuado manejo de la salud. Además, se aplica un instrumento de evaluación del taller, como se ha realizado y desarrollado en todas las anteriores sesiones.

La mayoría de las personas participantes respondieron de manera similar la pregunta ¿Qué enseñanzas han obtenido durante este proceso?

La participante 1: *“con estos talleres he aprendido a controlar un poco más mis emociones, a saber, qué es lo que tengo que comer, es decir, mi alimentación y que no todo es negativo en la vida”*.

La participante 2: *“A conocerme yo misma, a cuidarme, a amarme y velar primero por mí, segundo por mí y tercero por mí”*.

La participante 3: *“A controlar un poco más mis miedos, mis emociones y a conocerme a mí misma y a amarme un poquito más”*.

La participante 4: *“He aprendido a ver las cosas de maneras diferentes, a sentirme más segura, a sentirme más apoyada, qué es lo que siento que nos han brindado (apoyo, tiempo)”*.

La participante 5: *“Me ayudó a conocer personas con lo mismo que yo, no tenía idea que otros también sentían lo mismo con respecto a la enfermedad”*.

La participante 6: *“Aprendí a quererme a mí misma, a sentirme más segura, a dedicarme tiempo y sentir que me lo merezco para también darle a los míos”*.

Para poner en práctica lo aprendido, las personas participantes mencionan:

La participante 7: *“bueno, lo primero es seguir adelante y seguir cuidándome”*.

La participante 8: *“tratando de tener pensamientos positivos y amor propio”*.

La participante 9: *“En seguir dándome más tiempo”*.

El participante 10: *“Aprender cómo saber manejar las situaciones de estrés, por ejemplo, relajarnos y aplicando técnicas de respiración”*.

Con respecto a los temas emergentes, las personas participantes mencionan:

La participante 8: *“Creo que es importante continuar desarrollándome con pensamientos positivos”*.

La participante 2: *“Me gustaría seguir aprendiendo más en cómo manejar los cambios en mi enfermedad”*.

La participante 1: *“Me gustaría que siempre haya personas, así como Lang y Rosario, de buen corazón y que puedan ayudar a más personas como nosotros. Gracias, gracias. y fue un placer haberlas conocido, bendiciones”*.

La participante 4: *“Me gustaría aprender todo lo necesario. sea positivo o negativo, ya que eso nos ayudaría a cómo tratar con cada situación en nuestras vidas”*.

A manera de síntesis, las personas manifestaron diversos aprendizajes durante el proceso de los ocho talleres. Aprendieron a controlar sus emociones, cuidar la alimentación, reconocer que no todo es negativo en la vida, cuidarse, valorarse, amarse y posicionarse en primer lugar. Además, manifestaron la disposición de practicar lo aprendido y analizar los problemas desde diferentes perspectivas y buscarles soluciones y por último saber manejar el estrés. También, se logró una convivencia empática donde las personas participantes lograron expresar sus necesidades emocionales, sentimientos, así como recibir estímulos para el autocontrol y la autoconfianza, encaminándose así para mejorar la salud mental.

Asimismo, se destacó la importancia del autocuidado, aceptación y el desarrollo de una mentalidad positiva. Se brindó psicoeducación en temas relacionados con la actividad física, comunicación asertiva, técnica de respiración y relajación, un adecuado chequeo médico y contar con redes familiares.

CAPITULO VIII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

VIII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado, se presenta un análisis de los principales resultados obtenidos a través de la aplicación de cuestionarios y de la realización de ocho talleres psicoeducativos de la propuesta: *“Estrategias psicoeducativas para el autocuidado de la salud mental y el manejo de las emociones, dirigida a personas con diagnóstico DM tipo 2”*. Estos talleres se llevaron a cabo con un grupo de ocho personas usuarias del Programa de Medicina Familiar del Área de Salud Liberia.

La información recopilada y sistematizada se organiza, en categorías de análisis que surgieron de los objetivos específicos para esta investigación. Para ello, se han identificado cuatro categorías de análisis y subcategorías que se describen a continuación:

1. Reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2.
2. Reconocimiento de las creencias y necesidades emocionales de las personas con diagnóstico DM tipo 2.
3. Estrategias para el cuidado de la salud, a partir de las vivencias de las personas con DM Tipo 2.
4. Alcances de un escenario de intervención psicoeducativo grupal para la promoción de la salud mental dirigida a las personas con diagnóstico DM tipo 2.

En este análisis de la propuesta psicoeducativa grupal, es esencial tener en cuenta el discurso de cada participante durante el proceso. También es importante destacar las intervenciones, devoluciones y retroalimentación proporcionadas por las facilitadoras. Estos elementos fueron fundamentales para el éxito de la propuesta y garantizar mediante la intervención psicoeducativa que se favoreciera el manejo de su enfermedad.

8.1. Reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2

Con respecto al primer objetivo, que consistió en la identificación de la reacción emocional tras recibir el diagnóstico DM tipo 2, las personas participantes expresaron diversas respuestas emocionales ante el mismo. En este sentido, conviene comprender

que es una enfermedad crónica no trasmisible. Al respecto Orozco y Castiblanco (2015), mencionan que este tipo de enfermedades carecen de cura y no se conoce con certeza cuál es el agente causante; ante esta situación las personas sufren de un malestar físico, psicológico o emocional.

Estas manifestaciones pueden impactar en el funcionamiento cognitivo, generando síntomas tales como angustia, incertidumbre, aislamiento social y llanto (Orozco y Castiblanco, 2015). Es importante tener en cuenta que cada persona puede experimentar estas emociones de manera única, por lo que es fundamental proporcionar un acompañamiento y apoyo psicológico adecuado para aliviar el malestar y ayudar a regular las emociones.

Además, estas enfermedades pueden provocar múltiples cambios significativos en la vida de las personas, alterando su rutina diaria, hábitos alimenticios, actividades personales, familiares y laborales. A partir de lo anterior, aceptar un diagnóstico de una enfermedad crónica no trasmisible no es una buena noticia. En sentido, Martínez y Palacin (1999) citado en Rodríguez (2010), plantean que este tipo de anuncio siempre es una “mala noticia” en cuanto a la amenaza y sensación de pérdida del control de la situación, parece ser que, desde el punto de vista del malestar psicológico uno de los momentos más difíciles es el diagnóstico (p. 84), ya que la Diabetes fue una sorpresa para más de una de las personas participantes, manifestando en el momento de la noticia emociones como tristeza, susto, inseguridad, sorpresa miedo o bien una negación ante el diagnóstico.

Es evidente entonces que, con la llegada de enfermedad crónica, es común que las personas experimenten un malestar psicológico al tener que adaptarse a un nuevo estilo de vida. Esto puede dar lugar a respuestas emocionales como disminución de la autoestima y sentimientos de desesperanza, los cuales a menudo se acompañan con estados de ansiedad y depresión. Según Rodríguez et al., (2022), estas respuestas emocionales pueden surgir en cualquier momento durante la evolución y manejo de la enfermedad.

Por otro lado, González et al. (2011), señala que, ante el anuncio de un diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas experimentan “desgastes no solo físicos sino emocionales, racionales e incluso espirituales, vinculados indudablemente al entorno social y cultural” (p.272). En ese sentido, el malestar psicológico que surge ante el diagnóstico DM tipo 2 refleja la importancia de la salud mental y cómo la persona afronta un conflicto (Hernández et al. 2006), relacionado con la sintomatología física y cómo esta manifestación afecta la queja emocional.

Del análisis obtenido a través de la entrevista semiestructurada realizado a las personas participantes, se puso de manifiesto la presencia de un malestar psicológico traducido en componente emocional, que hasta el momento no ha sido atendido por las personas profesionales de la Salud Mental del Área de Salud de Liberia.

Con el objetivo de proporcionar un espacio a las personas que expresaron su disposición a participar y abordar adecuadamente las respuestas emocionales que pueden afectar negativamente la adherencia al tratamiento (Castro et. al, 2005) y la capacidad del paciente para manejar su enfermedad, se llevaron a cabo una serie de talleres psicoeducativos para la gestión de las emociones, la ansiedad y la depresión. Para Taylor (2007) “la idea de que la propia salud esté bajo el control personal determina también los hábitos de salud (p. 48). Además, se abordó el papel de la familia durante el proceso de la enfermedad y se consideró la influencia del entorno social.

Entre los factores que dificultan el control de la enfermedad, se destaca el desconocimiento del tipo de diabetes diagnosticado, su tratamiento y sus implicaciones en la salud física y emocional. A partir de lo anterior, los procesos psicoeducativos las personas profesionales de la salud mental pueden brindar a los pacientes con DM tipo 2 información sobre su tratamiento, y las implicaciones en su salud física y emocional. Además, pueden poner en práctica herramientas para mejorar la calidad de vida de las personas.

El desconocimiento del tipo de diabetes diagnosticado puede llevar a un malestar físico que se convierte en el centro de su vida cotidiana de las personas que padecen este tipo de enfermedad, afectando su estado de ánimo, sus relaciones interpersonales, su

entorno laboral, su relación de pareja y la crianza y el cuidado de sus hijos e hijas e incluso su propio autocuidado.

Al respecto, Leitón et al. (2018), mencionan que:

El impacto al asumir el diagnóstico, tratamiento, pronóstico de la diabetes provoca innumerables y complejas respuestas psicológicas y emocionales en el paciente, como ansiedad, depresión, soledad, baja autoestima, desesperanza y minusvalía, siendo estas devastadoras y traumáticas por la pérdida de la salud, la gran responsabilidad de los cuidados y desafíos para vivir, y por ser difícil adaptarse y aprender a vivir con su enfermedad. (p.698)

En el transcurso de esta investigación, se identificaron sentimientos de culpa dentro del grupo de las personas participantes. Estos sentimientos surgieron como resultado de las limitaciones económicas debido al elevado costo de la vida y al desempleo causado por la pandemia por coronavirus (COVID-19), así como por la falta de apoyo familiar necesario para cumplir con los cuidados requeridos para manejar la diabetes tipo 2. La percepción de ser una carga para sus familias, el miedo y la angustia al no poder trabajar y brindar cuidados a sus hijos e hijas, durante una crisis de descompensación glucémica son algunos de los factores que contribuyen a estos sentimientos de culpa.

Durante el proceso psicoeducativo, las personas participantes lograron identificar cómo su estado emocional afecta su enfermedad de DM tipo 2 en su vida cotidiana. En particular, el taller "*Crónica de una batalla interna: nuestra salud mental*" desempeñó un papel fundamental al ayudar a las personas participantes a reconocer la importancia de tomar los medicamentos en los horarios prescritos por el médico tratante, regular el ejercicio y gestionar el estrés relacionado con las citas médicas y los resultados de los exámenes alterados en los índices de glucosa en la sangre.

La preocupación recurrente entre las personas participantes, acerca de las complicaciones de salud relacionados con las alteraciones en los resultados de los

exámenes de laboratorio, generó una serie de emociones, como preocupación, miedo, frustración, desesperación, vulnerabilidad y agobio. Estas emociones, percibidas como incómodas tienen un impacto en la vida cotidiana, la autonomía y calidad de vida de las personas participantes. Como resultado de este proceso y de evaluar el taller, las personas manifestaron su deseo de realizar un cambio en sus vidas.

Este trabajo destaca la importancia de la intervención de los profesionales de la psicología en la evaluación y análisis de la carga emocional y mental asociada a la enfermedad DM tipo 2, (Leitón Espinoza et al., 2018), en el contexto social y familiar. Es fundamental que los y las profesionales estén alerta ante los indicadores de ansiedad y depresión, ya que estos pueden convertirse en trastornos crónicos en las personas que sufren esta enfermedad. En este sentido, es necesario proporcionar herramientas psicoeducativas que las personas pueden utilizar como apoyo para lograr una adecuada adherencia al tratamiento (Castro et. al, 2005), así como para la aceptación y adaptación a su enfermedad y estabilidad emocional.

Para concluir este primer objetivo, este trabajo resalta la importancia de la intervención de lo profesionales de la psicología en los procesos psicoeducativos en pacientes diagnosticados con la enfermedad DM tipo 2. Además, es crucial que las personas que asisten a procesos psicoeducativos grupales no solo adquieran conocimientos acerca de su enfermedad, sino que también se les proporcionen estrategias de afrontamiento. De esta manera, cada participante podrá identificar cuáles son los elementos que le funcionan como recursos protectores para su bienestar emocional a lo largo de su proceso de enfermedad.

8.2. Reconocer las creencias y necesidades emocionales de las personas con diagnóstico DM tipo 2 en relación con el manejo de la salud mental

Las creencias y actitudes de las personas que participan en procesos psicoeducativos desempeñan un papel fundamental en la comprensión de sus impresiones y perspectivas sobre su enfermedad. Según Balcázar (2012) “las creencias y las actitudes como el nivel de información al respecto de la enfermedad pueden ayudar o entorpecer en el entendimiento de esta y de sus diversas formas de tratamiento” (p.41). Es

importante destacar que el significado personal de la enfermedad varía de una persona a otra, ya que este se ajusta a las experiencias y necesidades personales, así como al compromiso con el tratamiento médico.

Por su parte, según Espinoza (como se citó en Martínez, 2022), menciona que:

Las creencias sostienen la estabilidad emocional de los individuos, ya que, dirigen la toma de decisiones y actuación de estos [sic] ante diversas eventualidades [...] la teoría general de los sistemas postula que una creencia solo se fija cuando han transcurrido una serie de acontecimientos, los cuales indican en conjunto, que lo establecido resulta beneficioso y, por consiguiente, brinda estabilidad al sistema. No obstante, esto no les otorga a las creencias una característica de uncausalidad, sino que dichas creencias emergen en relación a [sic] a un conjunto de causas y un conjunto de efectos que se desarrollan y adaptan a través [sic] del tiempo. (pp.66-67)

La falta de comprensión de la salud física y mental, junto con el desconocimiento de los problemas de salud relacionado con la Diabetes Tipo 2, conlleva a la formación de creencias, valores y actitudes personales que resultan en un manejo inadecuado de la enfermedad. Estas creencias pueden dificultar la adopción de un estilo de vida poco saludable, generando resistencia hacia las recomendaciones médicas y una falta de conciencia sobre la importancia de cuidar la enfermedad.

En relación con lo anterior, también es posible que estas creencias y actitudes personales, que se construyen a través de la interacción con la comunidad, y mediante procesos psicoeducativos facilitados por profesionales, favorezcan la adopción de hábitos saludables. Esto puede promover un mayor compromiso con el autocuidado y una mayor adherencia al tratamiento médico. (Castro et al, 2005).

Las personas con diagnóstico de DM tipo 2 experimentan cambios significativos en su vida a nivel laboral, personal y familiar. En algunos casos, pasan de ser cuidadores a necesitar cuidados. Estos cambios en roles y responsabilidades pueden impactar la dinámica familiar, así como influir en el desempeño en el hogar, en ámbito laboral y en

su autonomía e independencia personal. Es importante destacar que estos cambios no solo afectan a las personas con diagnóstico de DM tipo 2, sino también a las personas de su entorno, quienes deben adaptarse y enfrentar los desafíos que surgen con la llegada de esta enfermedad.

Es importante destacar que, en este estudio, la mayoría de las personas participantes fueron mujeres, aunque también se invitó a hombres. Desde el ámbito de la salud en la atención primaria, es fundamental tomar en cuenta la variable de género en el proceso y manejo de la enfermedad de DM tipo 2.

De acuerdo con Rodríguez (2023), “los servicios de atención primaria enfrentan importantes brechas para el abordaje de la salud mental de la población” (p.5). Desde un contexto social marcado por la desigualdad de género, se condiciona el accionar de las personas para el autocuidado, principalmente para las mujeres que enfrentan un proceso de enfermedad crónica como es la DM tipo 2.

En relación con la desigualdad de género en el manejo de la enfermedad de DM tipo 2, Sandín et al. (2011) señala al respecto:

Un gran impacto en la salud de las poblaciones y que la DM2 afecta de manera diferente a varones y mujeres, [...] Es diferente por los factores biológicos que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar de unos y otras, y es desigual porque las normas y valores sociales asignan espacios y roles diferenciados a hombres y mujeres, condicionando sus experiencias vitales y su salud. (p.79)

Las desigualdades en el manejo de la enfermedad pueden deberse a múltiples factores, entre ellos se destaca la influencia de los patrones culturales y de comportamiento entre hombres y mujeres. En este sentido, son las mujeres las que asumen la función de ser cuidadoras de la salud en el hogar, ya que tradicionalmente se les ha asignado roles familiares en torno a esa responsabilidad, recayendo de esta forma la tarea en ellas.

Las diferencias de género a partir de la dinámica cultural entre hombres y mujeres, al ser las mujeres las que cuidan la salud de otros y no la de ellas mismas, plantean una problemática que impacta la salud de las mujeres a nivel físico y mental. Por consiguiente, se plantea que el manejo de la DM tipo 2 en las mujeres, presentan una mayor dificultad dadas las demandas sociales y los cambios corporales debido a los cambios hormonales que experimentan en las diferentes etapas de la vida (Murillo, 2019). En este sentido, realizar intervenciones psicoeducativas grupales en las mujeres, va más allá de brindar información de su enfermedad, implica también hablar de su cuerpo, de sus emociones, de sus relaciones con las demás personas, su historia personal, familiar y de pareja, así como de los patrones culturales y sociales.

Al respecto Sandín et al. (2011) plantea que los procesos de intervención destinados a la psicoeducación deben de contemplar la variable género, y señala lo siguiente:

Los estereotipos, roles sociales, condición y posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad en particular construye y asigna a hombres y mujeres [...] desde esa perspectiva para poder llegar a la causa de esa desigualdad e intervenir sobre ella para que deje de serlo, ya que uno de los fines de la epidemiología es identificar los determinantes de salud-enfermedad y aplicar esos hallazgos en forma de medidas de salud pública. (p.85)

Las diferencias de género en cuanto al cuidado de la salud y el autocuidado, influenciadas por las normas sociales, pueden afectar las decisiones de las mujeres en relación con salud. Por ejemplo, las participantes manifiestan sentir estrés y presión para cumplir con los roles de género tradicionales, como las responsabilidades domésticas, la crianza y cuidado de sus hijos e hijas, dejando por fuera sus necesidades de autocuidado.

En el contexto del cuidado de la salud, los roles sociales asignados a las mujeres revelan una tendencia a postergar el cuidado personal mientras se ocupan de las demandas de su rol de género. Esta situación tiene un impacto en la percepción de la

salud, las necesidades y la toma de decisiones de las mujeres en relación a su autocuidado.

Resulta oportuno señalar que el Programa de Medicina Familiar, se ha enfocado en el manejo de una alimentación saludable, actividad física y en el control de los parámetros metabólicos (Dávila et al., 2019), no así en promover la salud mental y el autocuidado de las personas usuarias del programa.

Teniendo en cuenta que la vida es un proceso de cambio continuo y que los estilos de vida se desarrollan a partir de las actitudes y creencias que las personas tienen sobre la salud y la enfermedad, las personas participantes reconocieron la importancia de expresar sus emociones y comunicar sus necesidades emocionales durante el proceso psicoeducativo. Esto incluye sentirse comprendidas, y apoyadas al experimentar un malestar físico o emocional que puede ser generado por una descompensación de su enfermedad.

En resumen, las personas participantes reconocieron las creencias, temores y necesidades emocionales que les hacen falta para un mejor cuidado de su salud. En este sentido, se empoderan a partir del conocimiento adquirido y reconocen que pueden vivir con la diabetes tipo 2, poniendo en práctica estrategias para el autocuidado, el manejo de emociones, control de pensamientos negativos, aprender a tener autonomía, permitiendo mejoría en su salud física y mental. Sin embargo, el papel y la responsabilidad que asume cada una de las personas participantes dependen del proceso de autocuidado.

8.3. Describir las estrategias para el cuidado de la salud que realizan las personas participantes con respecto a su diagnóstico DM tipo 2

En relación con las estrategias para el autocuidado, se enfatizó la importancia de mejorar la calidad de vida, tomando en cuenta su entorno familiar y cultural, así como las actitudes y prácticas con la salud física y mental. También se exploró el tipo de redes de apoyo con el que cuentan las personas participantes. Esto se logró a través del proceso psicoeducativo facilitado en cada sesión de taller mediante la implantación de diversas actividades. En este sentido, Orozco y Castiblanco (2015) plantean que una

estrategia para afrontar una enfermedad crónica es la psicoeducación, ambos autores mencionan que:

Involucra al paciente de manera activa y busca que un especialista le brinde información pertinente, clara y comprensiva. Así, permite la generación de cambios a nivel de creencias y mitos sobre la enfermedad, y plantea sugerencias para el afrontamiento de situaciones cotidianas y para el manejo del impacto de la enfermedad en la vida del paciente. (Orozco y Castiblanco, 2015, p. 200)

Como resultado de lo anterior, las personas participantes fueron capaces de aprender a regular y mantener un mejor autocontrol de sus emociones, aceptar su diagnóstico y comprender cuáles cambios físicos le genera su enfermedad.

Durante este proceso las personas mediante su participación activa lograron identificar factores personales (pensamientos, actitudes) y la influencia de su entorno (prácticas familiares y culturales) que la Diabetes Mellitus tipo 2 ha generado en las personas participantes, en relación con su estado de salud física y emocional. Se determina que las estrategias utilizadas hasta ahora por las personas participantes no han sido eficaces y no son las más adecuadas para enfrentar el proceso de este diagnóstico.

Sin embargo, el proporcionar la información para mejorar su salud e implementar técnicas para la autorregulación, autocontrol, comportamiento y toma de decisiones en relación con el manejo de su enfermedad (Chan y Chan, 2011; Orozco y Castiblanco, 2015), permitió que las personas participantes se apropiaran de sus propias estrategias para realizar cambios y adquirir habilidades de autocuidado, así como adoptar un estilo de vida más saludable.

Las personas participantes aprendieron a valorarse, cuidar de sí mismas y expresar de manera asertiva sus emociones. Se implementaron varias estrategias como la meditación, el diálogo, la selección de alimentación según su contexto socioeconómico y la incorporación de una rutina de ejercicios. De acuerdo con Orozco y Castiblanco, 2015) “existen otras intervenciones terapéuticas que buscan promover la salud a través de la autorregulación, por medio de la meditación, el yoga, las técnicas

de relajación y respiración” (p. 210). Además, se utilizó la actividad de agradecimiento como una estrategia para tener pensamientos positivos y mejorar su estado de ánimo.

Estos resultados se respaldan con las expresiones de las personas participantes, como lo menciona la participante 2: “*a controlar mis emociones cuando me enoje o cuando estoy preocupada*”, al respecto la participante 8: “*voy a poner en práctica cómo respirar*”; por su parte, la participante 5 externa que ella aplicará lo aprendido “*teniendo paz y controlando siempre mis emociones*”. Al respecto, la participante 1 menciona “*cómo saber vivir en medio de las circunstancias y dificultades de la salud*”, el participante 10 y la participante 3 coincidieron en la importancia de hacer ejercicio físico y cuidar su alimentación.

En el párrafo anterior se mencionan algunas estrategias generadas por las personas participantes que ayudarán a mejorar su calidad de vida y enfrentar los desafíos de su enfermedad (Orozco y Castiblanco, 2015). Poner en práctica lo aprendido es una auto instrucción que surge en este proceso, y permite reconocer las necesidades emocionales y superar creencias limitantes para realizar cambios que mejoren su salud física y mental.

En resumen, las estrategias de autocuidado generadas por las personas participantes se basaron en mejorar la calidad de vida, tomando en cuenta diferentes aspectos como el entorno familiar y laboral, así como los cambios de actitudes y prácticas relacionadas con la salud. Como resultado, se propusieron herramientas y estrategias de afrontamiento para aprender a regular las emociones y adquirir habilidades de autocuidado.

8.4. Generar un espacio de intervención psicoeducativo grupal para la promoción de la salud mental dirigida a las personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Salud Familiar del Área de Salud de Liberia

En este espacio psicoeducativo, desde la educación no formal, las profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud, brindaron un espacio para que las personas participantes pudieran reflexionar sobre sus reacciones emocionales, creencias (Greco, y Roales, 2007), necesidades y conocimiento relacionados con su enfermedad, con el

fin de que aprendieran a tener estrategias sobre el autocuidado (Castro et. al. 2005; Benítez et al, 2018; Aquino, 2019; Murillo y Alvarado, 2020).

Durante las ocho sesiones de talleres, se pudo identificar que las personas participantes tenían un conocimiento limitado y recursos insuficientes para controlar y afrontar la diabetes, lo cual generaba malestar físico, emocional o psicológicos. Las personas participantes mencionaron presentar diversos malestares relacionadas con este proceso grupal tales como: desgaste emocional, fatiga mental, presión alta, dolores musculares, trastorno del sueño, y estrés.

Además, se observaron creencias y prácticas cotidianas personales y familiares que les impedía a las personas asumir el cuidado de su salud. Por ejemplo, se encontraron creencias populares erróneas en relación con la alimentación de las personas con diabetes, el sedentarismo, y la falta de consistencia en la toma de medicamentos, estas creencias y prácticas provocaban una descompensación en las personas participantes.

Aunado a lo anterior, se identifica que las personas participantes tienen un desconocimiento acerca de qué es salud mental (Greco y Roales, 2007), autorregulación, autocuidado, bienestar emocional. Además, tienden a confundir las emociones con los sentimientos. Basándonos en la metodología implementada en esta investigación, que se enmarca en el enfoque cognitivo-conductual (Palacios, et al., 2017; Diaz et al., 2017), desde la perspectiva de psicoeducación grupal, permitió a las personas participantes un acercamiento para mejorar su enfermedad.

Las facilitadoras utilizaron técnicas psicológicas como el cuestionamiento de pensamientos, el diálogo socrático, la resolución de problemas y la detección y control de pensamientos negativos (Montiel y Guerra, 2016). Estas estrategias fueron utilizadas para el afrontamiento, la autorregulación, el manejo del estrés y la expresión de emociones. De esta manera, cada una de las personas participantes logró identificar qué tipo de actitudes y comportamientos negativos o distorsión cognitiva para mejorar su estado de salud físico y emocional.

En el mismo orden de ideas, las personas participantes junto con las facilitadoras reflexionaron sobre la importancia de haber aprendido acerca de la autorregulación y cómo canalizar adecuadamente sus emociones, en particular el enojo y la ira. Además, expresaron la necesidad de comprender los cambios físicos (Orozco y Castiblanco, 2015) que enfrentarían en el proceso de su enfermedad en las diferentes etapas de su vida, como lo mencionó la participante 1 “*cómo saber vivir en medio de las circunstancias y dificultades de la salud*”. También, se discutió la importancia de contar con el apoyo familiar. Además, Checton et al. (2012) citado en Orozco y Castiblanco (2015) manifiesta que “la interacción con la pareja y con los hijos presenta tensiones asociadas a la presencia continua de síntomas, las condiciones emocionales, la dependencia, la disminución en la productividad” (p. 206) es por ello por lo que, ante los cambios presentados, se requiere apoyo y acompañamiento de la familia para prevenir recaídas y modificar comportamientos.

Las personas participantes reconocieron la importancia del apoyo familiar (Salvala et al.; 2009) durante el proceso de su enfermedad. En este sentido, se promovió que las familias brinden apoyo en las tareas domésticas, así como en la supervisión del medicamento y la alimentación. Esto permitirá cuidar de manera efectiva la salud física y emocional del paciente, así como afrontar los cambios que se presentan en el transcurso de su diagnóstico.

Además, se enfrentaron a diversas problemáticas en las sesiones, siendo el factor económico uno de los principales motivos de estrés y preocupación generados por las secuelas de una post pandemia por COVID-19. El desempleo de algunos de los miembros de la familia generó en las personas participantes estrés, ansiedad y angustia ante la dificultad de no poder hacer frente a los gastos del hogar.

Otro factor que preocupaba era que ninguna de ellas contaba con un equipo para medir los índices de la glucosa en la sangre en su casa, lo cual genera incertidumbre y preocupación después de recibir el proceso psicoeducativo en relación con el manejo de los índices de glicemia en la sangre para poder controlar mejor su la salud. Además, las personas manifiestan no haber recibido un seguimiento continuo por parte del Programa

de Medicina Familiar, ya que las citas médicas y los exámenes de laboratorio de control se programan con largos intervalos (por ejemplo, cada seis meses).

Como conclusión, al brindar el proceso psicoeducativo, no solo se les proporcionó información necesaria para el manejo de la Diabetes tipo 2, sino que también se les ofrecieron herramientas cognitivas conductuales para que las personas fueran más conscientes de su salud y se apropiaran de ella. Es importante destacar que, a través de este proceso grupal, las personas lograron sentirse comprendidas, escuchadas, teniendo la oportunidad de expresar y reflexionar sus necesidades e inquietudes relacionadas con su diagnóstico, así como de adquirir y fortalecer estrategias para una adecuada salud física y mental.

**CAPITULO IX. REFLEXIONES FINALES, LIMITACIONES Y
RECOMENDACIONES**

IX. REFLEXIONES FINALES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 Reflexiones finales

A partir de la ejecución de la propuesta de estrategias psicoeducativas dirigidas al autocuidado de la salud mental y el manejo de las emociones en el diagnóstico DM tipo 2 del Programa de Medicina Familiar del Área de Salud Liberia, el proceso de acompañamiento grupal arrojó conclusiones y recomendaciones que permiten a profesionales en el área de la Psicología Clínica y de la Salud contar con recursos de intervención desde el enfoque cognitivo conductual, con el objetivo de mejorar la calidad de la vida de estas personas con enfermedad crónica.

En relación con el primer objetivo, que consistió en identificar la reacción emocional de las personas participantes ante el diagnóstico DM tipo 2, los hallazgos revelan que algunas respuestas emocionales buscan evitar pensamientos y emociones desagradables. Estas respuestas se manifiestan a través de mecanismos de defensa, como la negación de su condición de salud y el aislamiento social, como estrategias para protegerse de la angustia que conlleva un diagnóstico de una enfermedad crónica.

Las personas participantes expresan haber experimentado ansiedad, depresión y sentimientos de culpabilidad al creer que su enfermedad es una consecuencia por no haber cuidado adecuadamente de su salud. Por esta razón, es primordial que las personas profesionales de la salud mental orienten a las personas, explicándoles que esta enfermedad no es el resultado de un descuido personal, sino que tienen múltiples causas. Además, es fundamental comprender los determinantes sociales de la salud y llevar a cabo una intervención integral que incluya una perspectiva de género, ya que las mujeres enfrentan una vulnerabilidad particular en relación con la enfermedad DM Tipo 2.

En nuestra cultura patriarcal se ha normalizado que las mujeres sean las responsables del cuidado de su familia de origen y extensa, lo cual genera una sobrecarga de trabajo a nivel físico y emocional para ellas. Esto hace que en algunas ocasiones las mujeres participantes pongan en riesgo su salud física, mental y emocional. Todas las

participantes manifestaron sentirse cansadas, estresadas, agobiadas y sobrecargadas por su enfermedad.

Además de lo anterior, la pandemia por COVID-19, planteó desafíos significativos para las personas participantes, como la dificultad para asistir a las sesiones, las dificultades económicas, los malestares físicos y el escaso control de su enfermedad por parte del Programa de Medicina Familiar durante e inmediatamente después de la pandemia. Estos factores generaron pensamientos y sentimientos negativos sobre su condición, su salud física y se sintieron una carga para sus familias.

A raíz de esto, fue necesario comenzar por aclarar qué es la diabetes y sus tipos. Esto debido a la falta de conocimiento por parte de las personas acerca de su enfermedad. Al respecto la participante 8 mencionó: *“en la consulta solo me dijeron que tenía diabetes y que me iban a mandar medicamento y debía de cuidar la alimentación, nadie me había explicado nada hasta ahora ustedes”*

Con respecto a lo anterior, las personas participantes tienen un escaso conocimiento sobre su enfermedad DM Tipo 2; pero, se basan en ideas populares erróneas con respecto a ella, lo que dificulta en algunos casos la adherencia al tratamiento. También les genera una excesiva preocupación con respecto a las complicaciones relacionadas con la salud física como ceguera, amputación y dependencia en el cuidado, si no logran controlar los niveles de azúcar en la sangre. Esto demuestra que las personas participantes han sido atendidas desde el modelo biomédico, el cual tiene la creencia que los doctores son los únicos profesionales que pueden ayudar a mejorar su enfermedad dejando a un lado la salud mental.

Ante la falta de un conocimiento claro, al regresar a casa y compartir el diagnóstico con sus familiares y allegados el cuidado de su enfermedad queda en manos de las creencias populares y prácticas familiares sobre cómo cuidar la salud.

El miedo al diagnóstico de DM tipo 2, es una emoción que comúnmente acompaña a las personas al recibir la noticia. Aceptar la condición de la enfermedad implica realizar cambios en los comportamientos relacionados con el autocuidado, como

tomar el medicamento, modificar los hábitos alimentarios y practicar actividad física. La ayuda que puedan recibir las personas en sus familias y en el lugar de trabajo es fundamental para facilitar estos cambios. Sin embargo, se presentan dificultades, especialmente para las mujeres, como por ejemplo las responsabilidades del trabajo doméstico y las relaciones conflictivas de pareja y familiares, las que generan estrés y malestar emocional.

Es importante que, como profesionales de la salud mental, se reconozcan y aborden los pensamientos, sentimientos y preocupaciones de las personas con DM tipo 2, proporcionando herramientas para la resolución de problemas y técnicas para el manejo de emociones. Además, es fundamental que estén capacitados en el abordaje y trabajo en equipo interdisciplinario, con el objetivo de mejorar el bienestar emocional y promover una mejor calidad de vida en las personas.

Finalmente, es importante destacar la relevancia de haber desarrollado un proceso psicoeducativo grupal. En este sentido el trabajo grupal permitió la vinculación e identificación en el entendido que se pueden compartir situaciones de vida difíciles vinculadas con la enfermedad.

Desde un punto socioafectivo el grupo fue un recurso y una estrategia de afrontamiento para el manejo de la enfermedad, así como un mecanismo para el cambio, donde se desarrolló la confianza, apoyo, información, aprendizaje, reconocimiento de experiencias familiares y autoconocimiento a partir de la retroalimentación. La cohesión grupal ha permitido a las personas participantes un aumento de la autoestima y mejorar el estado de ánimo, todo lo anterior contribuye a reducir el malestar psicológico.

El objetivo número dos de la investigación, fue reconocer las creencias y necesidades emocionales en relación con el manejo de la salud mental. Las creencias de las personas participantes sobre su enfermedad y tratamiento están influenciadas, por factores culturales, educación formal o popular y experiencias personales. Además, se encontraron creencias erróneas sobre el tratamiento de la enfermedad que afecta negativamente la salud de las personas.

Para algunas de las personas participantes, el llamado de atención, desde el modelo biomédico, representó ser conscientes de la importancia del tratamiento médico adecuado, sin tomar en cuenta el aporte de la psicología y otras disciplinas para el abordaje y tratamiento de la enfermedad. Por lo tanto, es importante señalar que se deben crear dos espacios de intervención para el tratamiento de la DM tipo 2: que es el entorno familiar y atención primaria de la salud desde la interdisciplinariedad.

También fue común encontrar que las personas, al sentirse bien, mencionaron una tendencia a disminuir la dosis de su medicamento, recurriendo a medicina natural o bien no prestar tanta atención a su alimentación. Esto sucedía porque, al no sentir síntomas a nivel físico según su creencia, se tenía controlada la enfermedad. Sin embargo, esta falsa creencia tiene un impacto negativo en la salud de las personas y la adopción de hábitos no saludables.

Otra idea recurrente es que las personas con DM Tipo 2, se sienten una carga para sus familias, especialmente en casos donde hay dependencia económica. Sin embargo, la percepción de funcionalidad desde punto de vista familiar está relacionada con la autonomía e independencia de las personas con diabetes.

Esta relación, se debe a que la DM tipo 2 requiere de cambios de estilo de vida, por lo que el apoyo familiar desempeña un papel importante en el manejo del proceso psicoeducativo, emocional y de tratamiento. En este sentido, es importante destacar que la percepción familiar puede variar según las ideas y creencias que se tengan respecto a la enfermedad.

Al mismo tiempo, otra creencia común entre las personas con DM tipo 2 participantes es que los profesionales de la salud son los únicos que tienen el conocimiento para brindar tratamiento. Si bien los médicos pueden aliviar las molestias físicas causadas por la alteración de la glucosa en la sangre, esta perspectiva deja de lado la relevancia de la salud mental y el autocuidado en el manejo de esta enfermedad.

Durante las sesiones, las personas con DM tipo 2, expresaron sus necesidades y desafíos. En primer lugar, mencionaron la importancia del manejo del estrés, en segundo lugar, la necesidad de recibir apoyo psicoeducativo para ampliar sus conocimientos

sobre la enfermedad. El manejo del estrés es importante para las personas con DM tipo 2, ya que el estrés dificulta la búsqueda de soluciones, la regulación emocional y además se elevan los niveles de glucosa en sangre. Por otro lado, el apoyo psicoeducativo puede ayudar a las personas con DM tipo 2 a tomar decisiones informadas para un mejor manejo de esta enfermedad crónica.

Para desarrollar un proceso psicoeducativo, es importante reflexionar sobre el trabajo interdisciplinario en el abordaje y tratamiento de la DM tipo 2. En este sentido, cada vez son más necesarios los grupos para el cuidado integral de la salud. Por lo tanto, los procesos interdisciplinarios desempeñan un papel enriquecedor al abordar y promover cambios en el manejo de su enfermedad, proporcionando estrategias para mejorar la salud física y mental, así como orientación y apoyo emocional.

Un alcance del proceso psicoeducativo grupal que experimentaron las personas fue la expresión de sus emociones. Esto les permitió sentir que no estaban solos, que fueron escuchados y comprendidos. Además, cada uno pudo identificar algunas creencias erróneas en relación con el tratamiento de la enfermedad y reconocieron la importancia de expresar sus emociones de manera asertiva.

En conclusión, el segundo objetivo de este estudio fue relevante en la medida en que se abordó el tema desde una aproximación del enfoque cognitivo-conductual y utilizó técnicas psicoeducativas como el repaso de la sesión anterior, la introducción de los contenidos, ilustraciones, presentaciones PPT, las técnicas de relajación, control de la respiración, técnicas de autocontrol, diálogo socrático, pensamientos alternativos y reestructuración cognitiva para la resolución de problemas. Todo lo anterior se llevó a cabo con el fin de mejorar la salud física y mental de las personas con DM tipo 2.

En cuanto al tercer objetivo, que consistió en describir las estrategias que las personas participantes implementaron para el cuidado de la salud después de haber recibido el diagnóstico DM tipo 2, se concluye:

Las personas que asistieron a las sesiones grupales manifestaron que, una vez que recibieron el diagnóstico, empezaron a implementar estrategias de autocuidado,

tales como realizar actividad física, reducir el consumo de grasas, dulces y refrescos azucarados, tomar agua y seguir el tratamiento según indicaciones médicas.

Es fundamental que se reflexione acerca de la necesidad de diseñar e implementar intervenciones grupales contextualizadas desde los factores sociocultural y económico de las personas con DM tipo 2. Esto permitirá que cada persona participante se apropie de los conocimientos adquiridos durante el proceso grupal y logre mejorar su calidad de vida.

En lo que se refiere al proceso psicoeducativo, esta investigación ha permitido que las personas participantes aprendieran sobre la importancia de valorarse, tener autocuidado, manifestar sus emociones y practicar el agradecimiento como una estrategia para fomentar pensamientos positivos para mejorar su estado de ánimo.

Para finalizar, se considera importante trascender al modelo biomédico de atención individual, para dar lugar a intervenciones de proceso psicoeducativo grupal, donde las personas participantes propongan, a partir de sus contextos, sus necesidades emocionales relacionadas con el manejo de la vida personal, entorno familiar, laboral y social.

En relación con el cuarto objetivo, que consistió en generar un espacio de intervención psicoeducativo grupal para la promoción de la salud dirigido a personas con diagnóstico DM tipo 2, que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia, se concluye que fue importante abrir un espacio de acompañamiento grupal psicoeducativo. Este espacio permitió a las personas participantes aprender acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con su enfermedad, con el fin de fomentar una adecuada adherencia al tratamiento.

Durante este proceso psicoeducativo de ocho sesiones, se identifican algunas prácticas cotidianas y creencias populares que no favorecen la salud física y mental de las personas participantes. Entre ellas se encuentran:

1. Mantener una alimentación igual a la que tenía anteriormente. Las personas participantes consideran que un aspecto que debe mejorar es una alimentación equilibrada.
2. Llevar una vida sedentaria: Todas las personas participantes reconocen que la falta de ejercicio físico afecta su salud y reconocen que pueden iniciar con caminatas regulares.
3. No tomar el medicamento según las prescripciones médicas: También reconocen que es importante seguir las indicaciones médicas, aunque se sientan bien de salud. Reconocen que no seguir las recomendaciones pone en riesgo su salud y para ello sugieren que pueden programar una alarma para tomar el medicamento, hacer un horario.

En resumen, para mejorar la salud física y mental es importante ser consciente de las prácticas cotidianas y de las creencias que no favorecen la salud. En este sentido, es oportuno señalar que, en ningún momento, se trató de omitir la realidad de las personas participantes. Mas bien, se buscó acompañar y brindar estrategias de afrontamiento desde lo cotidiano para un adecuado manejo de la enfermedad, mediante un proceso psicoeducativo de prácticas saludables, tales como la alimentación, el manejo del estrés, tomar decisiones de manera informada y el ejercicio. Además, se resaltó la importancia del apoyo familiar, el compartir experiencias y recibir apoyo mediante la participación en grupos similares a esta investigación.

Las investigadoras reconocen el peso que tiene el factor económico en las familias de las personas participantes como un efecto colateral de la pandemia por COVID -19, lo cual provocó afectación en las relaciones familiares, salud física y emocional. Las problemáticas anteriormente mencionadas se manifestaron mediante la presencia de ansiedad y sentimientos de angustia.

Las personas participantes reconocen que el apoyo de su familia es importante para mejorar su salud física y mental, especialmente en prácticas de la vida cotidiana. Además, reconocen que el apoyo de sus hijos, hijas, parejas o bien familia puede ayudar a reducir el estrés, acompañando a las citas médicas, compartiendo responsabilidades domésticas y promoviendo la preparación de comidas saludables.

Además, se consideró que este proceso grupal psicoeducativo, en el cual las personas participantes compartieron sus experiencias y aprendieron acerca de temas relacionados con enfermedad, estrés, emociones, relaciones familiares, depresión, ansiedad y alimentación fue útil. Asimismo, reflexionaron sobre cómo sus creencias y comportamientos pueden favorecer su salud o desmejorar su salud.

9.2. Limitaciones

- Debido a las directrices de la CCSS, se acordó que el proceso grupal con los usuarios del Programa de Medicina Familiar se llevaría a cabo en forma externa, fuera de las instalaciones del Área de Salud Liberia. Pese a que la población fue identificada en la consulta de Medicina Familiar con la ayuda del médico y enfermera.
- La lista de usuarios proporcionada por el médico y enfermera del programa incluía un amplio rango de edades, desde los 30 hasta los 90 años, de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2. Por lo tanto, fue necesario seleccionar la población de acuerdo con los criterios de inclusión diseñados para participar del proyecto.
- Algunas de las personas de género masculino que se llamaron de la lista brindada y que cumplieron con los criterios de selección, expresaron que el proyecto al que se les invitaba era más apropiado para mujeres y no para hombres, mientras que otros simplemente no mostraban interés de llevar a cabo el proceso.
- El refrigerio para la población participante generó tensión entre las facilitadoras debido a que siempre se buscó ofrecer una alimentación saludable para las personas participantes.
- El factor tiempo también fue una limitante ya que las facilitadoras debían cumplir con su horario laboral, al igual que una de las personas participantes del proceso.
- El factor salud de una de las participantes limitó que asistiera a una de las sesiones del proceso grupal.

- Otro limitante fue el factor económico de las personas participantes, ya que algunos eran de bajos recursos y debían invertir en transporte para desplazarse al lugar de encuentro.

9.3. Recomendaciones

9.3.1 Programa en la Maestría de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Costa Rica

Se recomienda generar espacios de discusión en temas de salud, para la problematización y el análisis de abordajes clínicos específicos de enfermedades crónicas, como es el caso de la DM tipo 2. Además, se considera pertinente incorporar en el plan de estudio de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud un módulo relacionado con la intervención clínica de enfermedades crónicas y el manejo del dolor en espacios comunitarios.

En este mismo orden de ideas, es importante que el personal docente contratado cuente, no solo con conocimiento en el campo disciplinar, sino que se adquiriera un compromiso con el estudiantado que requiere de apoyo y acompañamiento durante el proceso de estudio, para que sean dirigidos y orientados, de manera que puedan tener confianza de lo que están realizando.

9.3.2 Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia

Se considera necesario implementar programas psicoeducativos de promoción de la salud mental en personas con diagnóstico de DM tipo 2, con usuarios que forman parte del Programa de Medicina Familiar de las diferentes Áreas de Salud de la CCSS. Según la evidencia científica, las enfermedades crónicas requieren de un cuidado constante, en donde se aborde la depresión y ansiedad asociadas al diagnóstico.

De igual manera, se recomienda ofrecer en el servicio de Medicina Familiar espacios de participación en temáticas relacionadas con la promoción de la salud mental, habilidades para la vida, autorregulación, actividades físicas y alimentación saludable.

Se recomienda la creación de espacios profesionales interdisciplinarios que aborden el tema de promoción de la salud mental en las diferentes enfermedades

crónicas, en torno al primer nivel de atención, así como en políticas públicas y capacitaciones en relación con el trabajo en promover calidad de vida.

9.3.3 A profesionales en el área de la Psicología

Se recomienda continuar con trabajos en temáticas relacionadas con la promoción de la salud mental en personas adultas que enfrentan un diagnóstico de enfermedad crónica. Se considera importante el trabajo con la población masculina, a la cual es más difícil acceder, debido a patrones culturales que generan resistencia a participar de estos procesos grupales de cuidados de la salud.

Es importante abordar temas como el empoderamiento, la autonomía, la concientización y la sensibilización en la promoción de la salud mental en personas con enfermedades crónicas como lo es DM tipo 2. Es fundamental explicar cómo las personas pueden lograr una mejor calidad de vida en sus diferentes etapas de la vida.

Se considera importante que los espacios de escucha sean el eje principal en procesos, tanto grupales como individuales, debido a que la expresión verbal y los gestos faciales son parte del discurso que las personas manifiestan de sus vivencias, pensamientos y de sus reacciones emocionales sobre las situaciones que enfrentan en lo cotidiano. De ahí la importancia de utilizar técnicas que permitan canalizar y autorregular sus pensamientos y comportamiento.

Por otra parte, se reconoce que, en los procesos grupales, además de utilizar técnicas, es importante incorporar actividades que requieran de dinamismo para que las personas mantengan el interés y la apertura de continuar participando del proceso.

Es necesario tomar en cuenta que los procesos grupales se realicen con un equipo humano profesional, que mantenga una posición de empatía, el respeto, la habilidad de escucha y observación activa, para obtener resultados positivos de lo que se pretende trabajar, y dar respuestas a los objetivos propuestos del trabajo.

Y finalmente para dar continuidad al trabajo, se implementarán estas estrategias este tipo en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que participan en el programa de medicina familiar del área de Salud de Liberia. El objetivo de estas estrategias, se busca mejorar su bienestar mental y su calidad de vida

9.3.4 Población participante

En cuanto a la población participante, se requiere proporcionar una continuidad en consulta psicológica individual como parte de un proceso de acompañamiento y apoyo. Lo anterior con el objetivo de fortalecer las herramientas de autocuidado y las estrategias que se han identificado como útiles.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. (2ª ed.). Pirámide.
- Aguzzi, M. y Piedra, L. (2020). *Psicopedagogía: Confluencia disciplinar y espacio profesional II*. Guía sesión 3. Material Inédito. Maestría en Psicopedagogía Curso Fundamentos de la psicopedagogía y enfoques teóricos de la Psicología. UNED
- Aquino, V. (2019). Depresión y Diabetes. *Salud Pública Paraguay*, 9 (2), 7-8. <https://doi.org/10.8004/rspp.2019.diciembre.7-8>
- Azzollini, S., Bail Pupko, V., Vidal, V., Benvenuto, A. y Ferrer, L. (2015). Diabetes tipo 2: depresión, ansiedad y su relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas para la adhesión al tratamiento. *Anuario de Investigaciones*, 22, 287–291.
- Benítez-Agudelo, J., Barceló-Martínez, E., y Gelves-Ospina, M. (2018). Factores Psicológicos Implicados en el Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2. *Anuario de Psicología*, 47 (3), 140-142. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2018.01.004>
- Balcázar, P., Margarita, G., Feixas y G., Moysén A, Esteban, J., Garay, J., Percastre, R. (2012). Patrones de construcción de sí mismo en personas con y sin control metabólico con diabetes mellitus 2. *Revista de Psicología. Nueva Época* 2, 1, (2) 6 - 21
- Cabrera, A., Castillo, J., Domínguez, S., Rodríguez, M., Brito, B., Borges, C., Carrillo, L., Almeida, D., Alemán, J., González, A., y Aguirre, A. (2009). Estilo de Vida y adherencia al tratamiento de la población Canaria con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Española de Salud Pública*, 83(4), 567-575. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400008
- Chan, S., y Chan, Ch. (2011). Attitude, social influence, and self-efficacy among chinese participants of chronic disease self-management program: A latent growth curve modeling study. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 191-199. doi:10.1037/a0024584
- Cabrera M., Rodríguez C., Ventura J., Santillán C., y Amato, D. (2019). Association of coping strategies and health-related quality of life in patients on peritoneal

dialysis. *Enfermería Nefrológica*, 22 (4), 398. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842019000400006>

- Cabrera, L. (2017). La investigación-acción: una propuesta para la formación y titulación en las carreras de Educación Inicial y Primaria de una institución de educación superior privada de Lima. Educación.
- Castro Cabeza, G., Rodríguez Chamorro, I. y Ramos Mejía, R. (2005). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Revista de La Facultad de Ciencias de Salud*, 2 (2), 147- 150.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). *Manual de procedimiento multidisciplinario para la atención y enseñanza de las enfermedades crónicas no transmisibles*. EDNASSS-CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). *Guía para la atención de la persona con diabetes mellitus tipo 2*. EDNASSS-CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). *Datos estadísticos del Área de Salud de Liberia*. Sistema Integrado de Agenda y Citas (SIAC).
- Camacho, E. y Vega, C. (2016). *Autocuidado de la salud*. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Careaga, A. R., Sica, A., Cirillo, A., y Da Luz, S. (2006). Aportes para diseñar e implementar un taller. Paper presented at the 8vo. *Seminario-Taller En Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC) 2das Jornadas De Experiencias Educativas En DPMC*, 28. https://www2017.smu.org.uy/dpmc/pracmed/ix_dpmc/fundamentaciontalleres.pdf
- Carvajal, A. (2014). *Programa desde la Psicología de la salud para el manejo de emociones con orientación en terapia Gestalt en personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 2*". (Tesis de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Costa Rica).
- Contraloría General de la República de Costa Rica. (2018). *Informe de auditoría de carácter especial acerca de la rectoría del ministerio de salud, en cuanto a las acciones de políticas públicas vinculadas con el abordaje de la salud mental (2018)*. INFORME N.º DFOE-SOC-IF-00025-2018. https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2018/SIGYD_D_2018021645.pdf

- Damasio, A. (2010). *Self comes to mind: constructing the conscious brain*. Pantheon Books.
- Díaz García, M. I. Ruiz Fernández, M. D. L. Á. y Villalobos Crespo, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Díaz, P. (2017). Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017 [Tesis de pregrado, Universidad Técnica del Norte]. <https://core.ac.uk/download/pdf/198125286.pdf>
- Dávila, C. M. G., Acelas, A. L. R., y Montañez, W. C. (2019). Soporte social enfocado a personas con diabetes: Una necesidad desde enfermería. *Cuidarte*, 10 (1),1-3 <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.697>
- Díaz, M. Ruiz, M y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Eslava, J (2006). Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Revista de Salud Pública* , 8 (2), 106-115. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42209909>
- Escobar, J y Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36 https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25645w/Juicio_de_expertos_u4.pdf
- Federación Internacional de Diabetes. (2019). Atlas de la Diabetes. (9ª ed.). https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- Ferreira, N., Bernardo de Mello, M., Zanetti, M., y Dos Santos, M. (2011). Diabetes Mellitus: Desafíos relacionados al autocuidado abordados en Grupo de Apoyo Psicológico. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 64 (2), 301-307. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf>
- Finkel, L., Arroyo-Mendez, M. y Gálvez-Sierra, M. (2021). Estudio sobre el impacto Emocional de la Enfermedad Crónica. Informe de Resultados. *Plataforma de Organización de Pacientes*, 15-18.

https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/pop_informe_impacto_emocional_v04.pdf

- Gálvez Hernández, C. L. y Caballero Suárez, N. P.(2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Editorial El Manual Moderno.
- García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V., y Oblitas, G. (2008). Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud CES. *Psicología, 1* (1), 70-93.
<http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539527008.pdf>
- García, R., y Sánchez, J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud. 23* (2), 183-193.
<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Raquel%20Garc%C3%ADa%20Flores.pdf>
- Greco y Roales (2007). Creencias en salud en preadolescentes con diabetes tipo 1; Asociación de Análisis del Comportamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 7* (3), 405-418
- González, N., Tinoco, M., y Benhumea-González, L. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos, 14* (32), 272.
<https://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gurdián, A. (2007). *El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Henar, P., García, M., y Gómez, M. (2016). Bienestar emocional. Dykinson.
- Hernández, E., y Grau, J. (Comps.) (2005). *Psicología de la Salud: Aspectos históricos conceptuales. Fundamentos y aplicaciones. Centro Universitario en Ciencias de la Salud,* 33-84.
<https://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/01/PSICOLOG%25C3>

%258DA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HIST%25C3%2593RICOS-Y-
CONCEPTUALES.pdf

- Hernández, J., (2010). Avances en promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública* 19 (1), 48-55 <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n1/a09v19n1.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª. ed.). McGraw-Hill Education.
- Hernández, E., Gabriel, J., Hernández, E., Morales-Carmona, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J., y Ibarra, A. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol reprod hum*, 20 (4) 112-122. <https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v20n4/v20n4a8.pdf>
- Hernández, V., Vásquez M., y Valdez, L. (2020). Estudio socioeducativo sobre la revisión de la salud mental en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *RICS Revista Iberoamericana De Las Ciencias De La Salud*, 9(17), 76 - 92. <https://doi.org/10.23913/rics.v9i17.86>
- Jiménez, G. (2013). *Programa de salud de orientación psicoanalítica, para la promoción del bienestar psíquico de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el área de salud San Juan, San Juan, San Diego, Concepción de la C.C.S.S.* (Tesis de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Costa Rica).
- Jojoa, N. (2016). Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. *Revista UNIMAR*, 34(2), 89-103.
- Kowitt, S., Urlaub, D., Guzmán, L., Mayer, M., Ballesteros, J., Graffy, J., Simmons, D., Cummings, D., y Fisher, B. (2015). Emotional Support for Diabetes Management: An International Cross-Cultural Study. *The Diabetes Educator*, 41(3), 291-300. <https://doi.org/10.1177/0145721715574729>
- Lara M. (2023). Intervención cognitivo-conductual en línea para mejorar el estilo de vida en la diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 33(2), 407-414. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2823>
- Leperski, K. (2017). *El paradigma de las emociones básicas y su investigación. Hacia la construcción de una crítica*. [Conferencia]. IX Congreso Internacional de

Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-067/146.pdf>

- Leiton, Z., Cienfuegos, M., Deza, M., Fajardo E., Villanueva M., y López, A. (2018). Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con “la diabetes”. *Revista Salud Uninorte*, 34 (3), 696-704. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/11718/214421443471>
- López, R., Crespo, E., Crespo, P., Fadul, S., García, M., Juca, F., Bastidas, M., y Palmero, D. (2016). *Expertos Prospectiva en la Investigación Pedagógica*. Editorial Universo Sur. <https://ftp.isdi.co.cu/Biblioteca/BIBLIOTECA%20UNIVERSITARIA%20DE%20ISDI/COLECCION%20DE%20LIBROS%20ELECTRONICOS/LE-2020/LE-2020.pdf>
- Marmolejo, G., Corona, F., y Eugenia. (2016). Significado de la Experiencia de Vivir con Diabetes Mellitus en la Cotidianidad del Adulto. *Jóvenes en la Ciencia*, 2 (2), 99-103. <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1007/646>
- Maturana, H. (2001). *Emociones y lenguaje en la educación y la política*. Editorial Dolmen.
- Ministerio de Salud. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. <https://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
- Ministerio de Salud. (2018). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_costa_rica_0712.pdf
- Ministerio de Salud. (2019). *Análisis de la Situación de Salud 2019*. Dirección de Vigilancia de Salud. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/An%C3%A1lisis%20Integral%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud.%20Costa%20Rica%202019.pdf>
- Montiel, V., y Guerra, V. (2016). Aproximaciones teóricas sobre Psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19 (36), 324-335. <http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1301>

- Moreno, C., Sánchez, A., Feijoo, M., Bernat, E., Fons, À., y Pujol, A. (2004). Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad. *Enfermería Clínica*, 14(6), 307-312. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73908-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73908-X)
- Montalvo A., y Herrera J. (2015). AIDS: people suffering with the disease, Cartagena. *Avances en Enfermería*, 33(1), 85-93. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48117>
- Murillo, M., y Alvarado, A. (2020). Cuidado para el bienestar de personas con diabetes tipo 2 con heridas en miembros inferiores según la teoría de Kristen Swanson. *Revista Gerokomos* 31 (3) 173-179 <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2020000300009>
- Naciones Unidas. (2015). Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. *Los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
- Núñez, A., Tobón, S., Arias, D., Serna, J., Rodríguez, M., y Muñoz, A. (2010). Calidad de Vida, Salud y Factores Psicológicos en Poblaciones no Clínicas de dos municipios Colombianos. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15 (2), 125-142 <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n2/v15n2a08.pdf>
- Ofman, S., Taverna, M., y Stefani, D. (2019). Importancia de considerar los factores psicosociales en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Endocrinología*, 30 (2), 1-19. <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v30n2/1561-2953-end-30-02-e144.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. <https://n9.cl/3ezh8>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de Acción sobre Salud Mental (2015-2020)*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>
- Orozco-Gómez, Á. M. & Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. doi:10.15446/rcp.v24n1.42949
- Palacios, X., y Pérez, A. (2017). *Evolución del Concepto de Psicología de la Salud y su diferenciación de otros campos de acción profesional*. Documento de investigación. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, núm. 24. Universidad del Rosario <https://core.ac.uk/download/pdf/86443434.pdf>

- Reyes, B. (2011). ¿Cuál es el aporte de la Psicología dentro de la atención en la salud en Costa Rica? *Revista Reflexiones* 90 (1), 87-104.
- Rodríguez, J., y Neiipp, C. (2008). *Manual de Psicología Social de la Salud*. Editorial Síntesis.
- Ruiz, C. (2011). La investigación cualitativa en la educación: Crítica y prospectiva. *Télématique* 10 (1), 28-50.
- Rodríguez, Y., Chávez-Oliveros, M., Ochoa-Morales, A., Martínez-Ruano, L., Camacho-Molina, A. y Paz-Rodríguez, F. (2022). Malestar psicológico en portadores y no portadores de la mutación causante de enfermedad de Huntington y su relación con la carga de la enfermedad. *Neurología*, <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2022.06.007>
- Rodríguez, M., Rosales, A., y Rodríguez., N. (2014). Propuesta educativa para la salud del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Pensando Psicología* 10 (17), 103-112 <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.791>
- Rodríguez, L. (2010). Propuesta e Implementación de una intervención en autocuidado para cuidadoras primarias del “ Grupo de Madres” de la Asociación de Costarricense de Hemofilia: una intervención desde la Psicología de la Salud. Tesis para optar por el grado de Máster en Psicología Clínica y de la Salud. Sana José, Costa Rica.
- Ramos, V., Hernández, R., y Álvarez, M. (2019). El afecto emocional en pacientes diabéticos Mexicanos. *Revista Tesis Psicológica*, 14(1), 10-28. <https://doi.org/10.37511/tesis.v14n1a1>
- Sandín, M., Escolar, A., Arriola, L., y Larrañaga. (2011). Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia. *Av Diabetol.* 27 (3), 78-87. [https://doi :10.1016/S1134-3230\(11\)70013-8](https://doi :10.1016/S1134-3230(11)70013-8)
- Sánchez, I. (2021). Salud mental y emocional en personas con enfermedad crónico-degenerativa: revisión sistemática. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Psicología, Cali. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/43575>
- Schmidt, C., Vergouwen. A., Snoek, F.y , Honig A. (2018) Systematic review and meta-analysis of psychological interventions in people with diabetes and elevated diabetes-distress. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, 10.1111/dme.13709. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/dme.13709>

- Potter, B., Vergouwen, A. Snoek, F., y Honig, A. (2008). Systematic review and meta-analysis of psychological interventions in people with diabetes and elevated diabetes-distress. *Diabet Med.* 35, (9) 1157–1172
- Trujillo, L., E. y Beutelspacher, A., (2011). Autocuidado de diabetes: una mirada con perspectiva de género. *Estudios demográficos y urbanos*, 26 (3) 639-670. <https://doi.org/10.24201/edu.v26i3.1377>
- Zoila, L., Cienfuegos, Pastor., M., Deza-Espino, M., Fajardo-Ramos, E., Villanueva, M., A. y López, A. (2018). Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con “la diabetes”. *Salud Uninorte*, 34 (3) 696-704 <https://doi.org/10.14482/sun.34.3.616.467>.
- Zavala, M., Ríos, M. y García, C. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Revista AQUICHAN*, 9(3), 257-270.

XI. ANEXOS

Apéndice A

Fecha 8 de octubre del 2021

Señores(as)
Comisión Posgrado de Psicología
Sistema de Estudios de Posgrado
Universidad de Costa Rica

Estimados señores y señoras:

Por este medio yo, MPsc. Karla Villalobos Carrillo, doy fe sobre mi acuerdo de mi función como Profesora Guía en el Trabajo Final de Investigación Aplicada titulado *“Estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia”*, de las estudiantes María del Rosario Camacho Camacho, carnet número B48746 y Lang Ying Hernández Chevez, carnet número A22425, el cual ha sido revisado y cumple con las condiciones y requisitos que el Reglamento del Sistema de Estudios de Posgrado y el Programa del Posgrado de Psicología exige para solicitar su aprobación en la Comisión del Posgrado de Psicología.

Atentamente,

KARLA GABRIELA VILLALOBOS CARRILLO
(FIRMA)
Firmado digitalmente por KARLA GABRIELA VILLALOBOS CARRILLO (FIRMA)
Fecha: 2021.10.09 13:05:28 -06'00'

MPsc. Karla Villalobos Carrillo
Profesora guía

Apéndice B

Fecha 8 de octubre del 2021

Señores(as)
Comisión Posgrado de Psicología
Sistema de Estudios de Posgrado
Universidad de Costa Rica

Estimados señores y señoras:

Por este medio yo, MSc. Marco Vidaurre Arredondo, doy fe sobre mi acuerdo de mi función como lector en el Trabajo Final de Investigación Aplicada titulado *“Estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia”*, de las estudiantes María del Rosario Camacho Camacho, carnet número B48746 y Lang Ying Hernández Chevez, carnet número A22425, el cual ha sido revisado y cumple con las condiciones y requisitos que el Reglamento del Sistema de Estudios de Posgrado y el Programa del Posgrado de Psicología exige para solicitar su aprobación en la Comisión del Posgrado de Psicología.

Atentamente,

MARCO ANTONIO
VIDAURRE
ARREDONDO
(FIRMA)



Firmado digitalmente por
MARCO ANTONIO
VIDAURRE ARREDONDO
(FIRMA)
Fecha: 2021.10.12 06:12:57
-06'00'

MSc. Marco Antonio Vidaurre Arredondo
Lector

Apéndice C


Fecha 8 de octubre del 2021

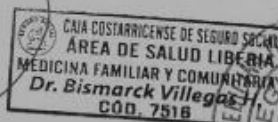
Señores(as)
Comisión Posgrado de Psicología
Sistema de Estudios de Posgrado
Universidad de Costa Rica

Estimados señores y señoras:

Por este medio yo, Dr. Bismark Villegas, en calidad de jefe del Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia, doy autorización para que se realice el Trabajo Final de Investigación Aplicada titulado *“Estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia”*, a cargo de María del Rosario Camacho Camacho, carnet número B48746 y Lang Ying Hernández Chevez, carnet número A22425, ambas estudiante la Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad de Costa Rica.

Atentamente,


Dr. Bismark Villegas,
Jefe del Programa de Medicina Familiar
del Área de Salud de Liberia



Apéndice D



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Chorotega
 Área de Salud de Liberia
 Teléfono: 2104-0540 ext. 25341010
 Correo electrónico: jgzamora@ccss.sa.cr

Liberia, 26 de octubre del 2021
DASL-0547-2021

Licenciadas
 Maria del Rosario Camacho Camacho
 Lang Ying Hernández Chevez

Asunto:	Aval para la ejecución Trabajo Final de Graduación (TFG): “Estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia”
----------------	--

Estimadas Licenciadas:

Reciba un cordial saludo. El suscrito en calidad de Director General del Área de Salud Liberia en atención a la nota enviada el 26 de octubre 2021 sobre la solicitud de aval para realizar trabajo final de maestría en Psicología Clínica, le comunica que cuenta con el respectivo aval y apoyo por parte de esta unidad.

Sin otro particular, atentamente,

ÁREA DE SALUD DE LIBERIA

JOE ZAMORA
 LOPEZ (FIRMA)

Firmado digitalmente por
 JOE ZAMORA LOPEZ (FIRMA)
 Fecha: 2021.10.26 15:24:35
 -06'00'

DR. JOE ZAMORA LÓPEZ
DIRECTOR GENERAL

JZL
 Cc: Archivo

Apéndice E

Fecha 12 de octubre del 2021

Señores(as)
 Comisión Posgrado de Psicología
 Sistema de Estudios de Posgrado
 Universidad de Costa Rica

Estimados señores y señoras:

Por este medio, yo Maria del Rosario Camacho Camacho, cédula, 5-0318-0791, carnet número B48746 y Lang Ying Hernández Chevez, cédula 8-0089-0826 carnet número A22425, estudiante de la Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud, solicito respetuosamente la aprobación de mi Anteproyecto para el Trabajo Final de Investigación Aplicada titulado *“Estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia”*, a efectuarse en Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia durante I ciclo 2022. Solicito la aprobación del Comité Asesor para dicho proyecto que está conformado por: MPsc. Karla Villalobos Carrillo profesor a guía, MPsc. Marco Vidaurre Arredondo lector y MPsc Marieta Villalobos Barrantes lectora.

Adjunto copia del anteproyecto, carta de la directora, carta de los dos lectores y cronograma de trabajo.

Atentamente,

LANG YING
 HERNANDEZ
 CHEVEZ (FIRMA)

Lang Ying Hernández Chévez

Maestrante

Sede de Guanacaste

MARIA DEL
 ROSARIO CAMACHO
 CAMACHO (FIRMA)

Maria del Rosario Camacho Camacho

Maestrante

Sede de Guanacaste

Apéndice F



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

PPP Programa de Posgrado en
Psicología

04 de noviembre de 2021
PPP-193-2021

Dra. Flor Jiménez Segura
Decana
Sistema de Estudios de Posgrado

Estimada señora Decana:

Reciba un cordial saludo. A continuación, transcribimos el acuerdo del artículo 9, punto 9.1 tomado en la sesión extraordinaria N°205-2021 de la Comisión del Programa de Posgrado en Psicología, celebrada el lunes 25 de octubre de 2021, la cual se realizó de manera virtual debido a la situación actual del país.

9. Asuntos de la Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud.

9.1 Solicitud de aprobación de anteproyecto, título y Comité Asesor del TFIA, de las estudiantes María del Rosario Camacho Camacho, carné B48746, Lang Ying Hernández Chevez, carné A22425, tema: *“Estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia”*

Comité Asesor
Directora: MSc. Karla Villalobos Carrillo
Lector: MSc. Marco Vidaurre Arredondo
Lectora: MSc. Marieta Villalobos Barrantes

La señora directora informa a la Comisión del PPP de todo el seguimiento que se ha dado a estas estudiantes, las cuales son de la promoción del 2014 de la Sede de Liberia, y el esfuerzo realizado desde el programa de posgrado para concretar con su anteproyecto de TFIA.

Se somete a votación, obteniendo el siguiente resultado:

Votos a favor: 7
Votos en contra: 0
Votos en firme: 7



PPP Programa de Posgrado en
Psicología

Por tanto, se APRUEBA anteproyecto, título y Comité Asesor del TFIA, de las estudiantes María del Rosario Camacho Camacho, carné B48746, Lang Ying Hernández Chevez, carné A22425, tema: *“Estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia”*

Cordialmente,

MARIETTA
VILLALOBOS
BARRANTES
(FIRMA)

Firmado digitalmente
por MARIETTA
VILLALOBOS
BARRANTES (FIRMA)
Fecha: 2021.11.04
09:23:19 -06'00'

M.Sc. Marietta Villalobos Barrantes
Directora del Postgrado en Psicología

RAVS
CC: *Archivo*

Apéndice G

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

<p>PROGRAMA DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA MAESTRÍA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD</p>
--

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS” Título del proyecto

Estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología para optar al grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud

Nombre de las investigadoras principales:

María del Rosario Camacho Camacho

Lang Ying Hernández Chevez

Nombre de los participantes: Usuarios (as) del *Programa de Salud Familiar del Área de Salud de Liberia*

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Usted ha sido invitado (a) a participar en una propuesta de intervención grupal denominada “*Estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual para la*

promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia”, la cual tiene como objetivo promover la salud mental en personas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al Programa Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia que les posibilite una resignificación positiva de su condición de salud integral.

Este constituye el Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología, para optar al grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Costa Rica. Dicha investigación aplicada se lleva a cabo por dos estudiantes activas de la maestría mencionada.

Las personas participantes serán usuarios diagnosticados con diabetes DM tipo 2 seleccionados previamente por el Programa de Salud Familiar del Área de Salud de Liberia.

B. ¿QUÉ SE HARÁ? Se realizará sesiones de psicoterapia grupal, con el fin promover la salud mental de las personas diagnosticadas con diabetes DM tipo 2, mediante un enfoque cognitivo conductual, el cual hará uso de estrategias psicoeducativas para tal fin. Para lo anterior, las personas participantes consienten participar en las sesiones realizadas por las estudiantes de la Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud supervisadas por un equipo asesor.

Dichas sesiones serán llevadas a cabo en la Biblioteca Pública de Liberia. La fecha de inicio será durante la primera semana de noviembre, con una frecuencia de una vez por semana, con una duración de dos horas aproximadamente. El proceso consta de ocho sesiones, por lo cual finalizará la última semana de diciembre, según la dinámica del proceso grupal, el acuerdo entre participantes y terapeutas, y la valoración general del proceso.

La recopilación de información será detallada para relatar lo acontecido en las sesiones, las intervenciones terapéuticas y los efectos de dichas intervenciones en el proceso. Para el registro de las sesiones, las sesiones sean grabadas. Estas grabaciones solo serán utilizadas por las facilitadoras para evaluar el contenido de las sesiones y, una vez analizado el material, se procederá a borrarlos con la mayor confidencialidad posible, y amparado a los lineamientos éticos que estipula el Colegio Profesional de Psicología de Costa Rica.

C. RIESGOS La participación en este estudio no presenta riesgo o molestia para usted. No obstante, cabe señalar, como se indica en el apartado de confidencialidad, que se resguardará la confidencialidad de los datos recogidos.

Si sufriera algún daño como consecuencia de las actividades a que será sometido en esta propuesta, el facilitador realizará una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS Como beneficio en la participación de este proceso de intervención psicoeducativa grupal, las personas participantes podrán obtener una experiencia terapéutica, junto con otras personas, de manera que podrán compartir experiencias. Al final del proceso se realizará un cierre.

No se realizará ningún tipo de compensación económica por su participación.

E. VOLUNTARIEDAD: La participación de intervención psicoeducativa grupal es voluntaria y la persona puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho, ni a ser castigada de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD Durante el proceso de intervención psicoeducativa grupal, las investigadoras garantizarán el estricto manejo y confidencialidad de la información. Los resultados serán únicamente para fines académicos, los cuales podrán aparecer en investigaciones científicas solamente de manera anónima. Se mantendrá confidencialidad de los datos personales que puedan identificar a los participantes, de modo que se utilizará seudónimos en la redacción del documento.

Asimismo, se recuerda que la confidencialidad de la información está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense. Por ejemplo, cuando la ley obliga a informar sobre ciertas enfermedades o sobre cualquier indicio de maltrato o abandono infantil. Estas limitaciones y otras deben preverse y ser señaladas a los presuntos participantes

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización para este programa, usted debe haber hablado con las investigadoras, las cuales deberán haberle contestado satisfactoriamente todas sus preguntas.

Si durante el proceso es necesaria más información, se podrá contactar de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. a los siguientes teléfonos:

- María del Rosario Camacho Camacho (investigadora): 8820 -2664
- Lang Ying Hernández Chevez (investigadora): 8812-1266
- Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica: 2511-5529 / 2511-5632

Asimismo, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 2257 20 90, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-42-01 o 2511-58-39 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

I. La persona participante no perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmar. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar en este proceso de psicoterapia grupal.

***Este documento debe ser autorizado en todas las hojas mediante la firma o, en su defecto, con la huella digital, de la persona que será participante o de su representante legal.**

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión junio, 2017. Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.

Apéndice H

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURA DIRIGIDO PARTICIPANTES

TEMA

Estrategias psicoeducativas desde el modelo cognitivo conductual para la promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2 que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia

Estimada persona participante, reciba un cordial saludo. Como parte del estudio para optar por grado de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud, muy respetuosamente le solicito su colaboración para contestar algunas preguntas del presente cuestionario, el cual tiene como objetivos: 1). Identificar la reacción emocional ante el diagnóstico DM tipo 2, 2)- Reconocer las creencias y necesidades emocionales de las personas con diagnóstico DM tipo 2 y 3). Identificas las estrategias para el cuidado de la salud que realizan personas participantes en personas que asisten al Programa de Medicina Familiar del Área de Salud de Liberia.

Las respuestas que brinde serán de uso confidencial; los resultados obtenidos se darán a conocer con fines académicos para la Universidad de Costa Rica. En este cuestionario, no hay respuestas correctas ni incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

Instrucciones

Responda las siguientes preguntas de acuerdo a su condición de salud en relación a la Diabetes Mellitus tipo 2. Su respuesta será muy importante para la realización de este estudio.

A. IDENTIFICAR LA REACCIÓN EMOCIONAL ANTE EL DIAGNÓSTICO DM TIPO 2

A.1. ¿Hace cuánto le diagnosticaron Diabetes Mellitus tipo 2?

A.2. ¿Cuál fue su reacción cuando el médico le comunicó el diagnóstico?

A.3. ¿Alguna vez se ha sentido triste por este padecimiento?

A. 4. ¿Qué actividad realiza para cambiar ese sentimiento?

A. 5. ¿Existe alguna preocupación o preocupaciones respecto a su padecimiento de la Diabetes?

Reconocer las creencias y necesidades emocionales de las personas con diagnóstico DM tipo 2

B. EMOCIONES Y SALUD MENTAL

B.1. ¿Qué son las emociones para Usted?

B.2. ¿Qué entiende por bienestar emocional?

B.3. ¿Qué dificultades presenta Usted para tener un cuidado de su salud física y emocional?

B. 4. Si, en este momento tengo que iniciar un plan de acción para cuidar mi salud y bienestar emocional iniciaría por

SALUD MENTAL

B.5. ¿Qué puedo hacer para cuidar mi salud mental desde mi hogar?

B.6. ¿Cuáles situaciones afectan actualmente mi salud mental?

B.7. ¿Qué estrategias utilizo para hacer frente a situaciones difíciles en mi vida?

C. TRATAMIENTO

C.1. ¿Qué opina sobre el tratamiento de la Diabetes?

C.2. ¿Por qué debe tomar el tratamiento para la Diabetes?

C.3. ¿Usted cumple con las indicaciones prescrita del medicamento para la Diabetes? () SI o () NO ¿Por qué?

C.4. ¿En algún momento se ha olvidado tomar el tratamiento?

C.5. ¿Qué causa o motivo permitió que usted olvidara el tratamiento?

C.6. ¿Qué sucedería si no toma el tratamiento?

D. ESTRATEGIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD QUE REALIZAN PERSONAS PARTICIPANTES

D.1. ¿Para usted qué es el autocuidado?

D.2. Mencione al menos 3 acciones concretas que usted realiza y protegen su salud.

D.3. Comente al menos 3 acciones concretas, prácticas o hábitos que usted considera debe abandonar para recuperar su salud a partir de este momento.

D.4. ¿Comente cuál sería su principal sugerencia para que otras personas puedan mejorar su autocuidado y bienestar emocional?

¡Muchas gracias!

Apéndice I

Lista de Participantes *“Promoción de la salud mental en personas con diagnóstico DM tipo 2”*

Fecha: _____ Taller # _____

	Nombre	Cedula	Edad	Teléfono	Correo	Firma
1	A					
2	C					
3	G					
4	L					
5	LU					
6	M					
7	Mar					
8	MAI					
9	T					
10	R					

Fuente: Elaboración Propia