

El manejo de las emociones como factor coadyuvante a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus

Esteban Carvajal Angulo

La Diabetes Mellitus según la Organización Mundial de la Salud (2015) es una enfermedad que se ha extendido prácticamente por todo el planeta. En el continente americano, la Organización Panamericana de la Salud, estima que 63 millones de personas tienen diabetes y un 44% de ese número desconoce que la padece. Se calcula que para el 2030 el número de casos diagnosticados se elevará al 45%, es decir a 91.1 millones (OPS, 2013). La estimación proyectada para Costa Rica para el año 2030 será de 230 000 nuevos casos (OPS, 2013). En la provincia de Puntarenas para el año 2013 la tasa de mortalidad por diabetes fue de 16,24 por cada 100 000 mil habitantes, solo un 0,65 menos de la tasa nacional de mortalidad por diabetes para ese mismo año (estadística actuarial CCSS, 2013).

La Diabetes Mellitus al ser una enfermedad que se está expandiendo rápidamente por todos lados, está provocando una serie de problemas a nivel social y no solo a quienes la padecen y Puntarenas no es la excepción. En el año 2007, la Diabetes Mellitus tipo II ocupaba el costo más alto en hospitalización y el segundo más alto en consulta externa en los distintos hospitales y clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social (Brenes y Rocero, 2007) lo cual provoca una erogación muy alta para el sistema de salud que tiene que dirigir sus recursos hacia la atención de la enfermedad, descuidado otros aspectos en los que debería de invertir.

La Diabetes Mellitus como cualquier otra enfermedad crónica e incurable, provoca una serie de situaciones a nivel psicológico y emocional. Existen investigaciones como la De los Ríos-Castillo, Sanchez, Barrios y Guerrero (2003) que indica que relacionado al área psicosocial, el deterioro de los personas con Diabetes Mellitus se ve traducido en los aspectos emocionales tales como ansiedad, depresión, temores y preocupaciones, al presentar signos leves o agudos de importancia física o psicológica. Algunas personas que padecen de la enfermedad muestran

MPsc. Esteban Carvajal Angulo
Docente Posgrado Psicología Universidad de Costa Rica
Correo: ecar4@hotmail.com/esteban.carvajal@ucr.ac.cr

ansiedad y estrés cuando comienzan a ver los avance de la enfermedad por no ser tratada adecuadamente.

La Diabetes Mellitus es definida como un grupo de enfermedades que afectan la forma en que se utiliza la glucosa sanguínea, comúnmente llamada azúcar. La glucosa es vital para la salud porque es una fuente importante de energía para las células que forman los músculos y tejidos. Es la principal fuente de combustible para nuestros órganos. (Clínica Mayo, 2015)

La Diabetes Mellitus se produce cuando el organismo no produce insulina o no la utiliza adecuadamente. La insulina es una hormona necesaria para transformar el azúcar, el almidón y otros alimentos en la energía que necesitamos para nuestra vida cotidiana (American Diabetes Association, 2015). Cuando una persona tiene diabetes, el organismo no utiliza la energía adecuadamente de los alimentos que consume, por consiguiente el cuerpo al no poder descomponer los mismos, éstos se convierten en azúcar que entra al sistema circulatorio y se comienza a elevar. Los síntomas que indican la presencia de diabetes son:

- Orina frecuente
- Sed constante
- Hambre excesiva
- Pérdida de peso inexplicable
- Aumento de fatiga y debilidad
- Irritabilidad
- Visión borrosa

Un análisis de orina puede ser utilizado para detectar glucosa y sustancias como cetonas que son residuos producto de las descomposición de las grasas. Otro examen para diagnosticar la Diabetes Mellitus es a través de una glucemia en ayunas. También se realiza una prueba para verificar la tolerancia a la glucosa oral y también se realiza un examen para revisar los niveles de la hemoglobina A1c (HbA1c) que es una medida del promedio de glucemia durante los 2 o 3 meses anteriores. Esta prueba es una de las pruebas más fidedignas para diagnosticar la enfermedad.

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) tiene criterios en cuanto a los niveles de glucosa en sangre para determinar la existencia de diabetes (Abarca, 2004):

Cuadro 1. Criterios diagnósticos para la Diabetes Mellitus

<i>Parámetro</i>	<i>Bueno</i>	<i>Malo</i>	<i>Crítico</i>
Glucemia en ayunas	Menos de 126mg/dl	Mayor de 126mg/dl	Mayor de 200mg/dl
Postprandial	Menor de 140mg/dl	Mayor de 140 menor de 200mg/dl	Mayor de 200mg/dl
HbA1c	Menor de 6.5	Mayor de 6.5 y menor de 9.4	Mayor de 9.5

Fuente: Manual de criterios diagnósticos de la Caja Costarricense del Seguro Social, 2003 citado por Abarca (2004).

Dentro de los tipos de diabetes se tiene la diabetes tipo I que se diagnostica comúnmente en la infancia, aunque algunos pacientes son diagnosticados cuando tienen más de 20 años. Este tipo de diabetes se caracteriza porque el cuerpo no produce del todo o produce muy poca insulina por lo que se necesitan de inyecciones diarias que suplan la función de esta hormona de lo contrario el cuerpo no podría metabolizar la glucosa en sangre y el individuo no podría mantenerse con vida. La diabetes tipo I no tiene una etiología conocida, pero se especula que la genética, los virus y los problemas auto inmunitarios pueden jugar un papel vital en su aparición (Clínica Mayo, 2015). La CCSS citada por Abarca (2004) da las siguientes pautas para diagnosticar la diabetes tipo I, esta son:

- Debut menor a los 30 años de edad
- Persona delgada
- Glucosuria (niveles de glucosa elevado) y cetoacidosis importante
- Poliuria (exceso de orina), polidipsia (exceso de sed)
- Anticuerpos celulares

MPsc. Esteban Carvajal Angulo
Docente Posgrado Psicología Universidad de Costa Rica
Correo: ecar4@hotmail.com/esteban.carvajal@ucr.ac.cr

La diabetes tipo II, que se conocía anteriormente como del adulto o diabetes no insulino dependiente se da por que el cuerpo no metaboliza el azúcar (glucosa), la principal fuente de combustible. El organismo se vuelve resistente a los efectos de la insulina por lo cual los niveles de glucosa no se pueden mantener a un nivel normal. La diabetes mellitus tipo II se presenta en individuos mayores de 40 años y que presentan estilos de vida poco saludables, como obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol y drogas como el tabaco (ADA, 2015)

Los criterios que refiere la CCSS para el diagnóstico de la diabetes tipo II citado por Abarca (2004) son parecidos a la diabetes tipo I salvo que su debut es superior a los 20 años, y se relaciona con factores como la obesidad, hipertensión y otras enfermedades como se mencionó en el párrafo anterior.

Por último se tiene la diabetes gestacional que se caracteriza por presentar altos niveles de glucosa en una mujer en el periodo de embarazo. Esta diabetes se puede desarrollar en cualquier momento durante la gestación. La mayoría de las veces desaparece después del parto (Clínica Mayo, 2015)

Tanto la diabetes tipo I como a la diabetes tipo II y la diabetes gestacional pueden causar distintos problemas los cuales van desde la enfermedad cardiovascular, arteriosclerosis, infartos, accidentes cerebro-vasculares, retinopatías (ceguera) hasta neuropatías, complicaciones cutáneas, pie diabético entre otras.

Dentro de las causas de la diabetes están una serie de factores que pueden ser desencadenantes o ser factores de riesgo para desencadenar esta enfermedad como Enciclopedia Médica Medline Plus, 2015):

- Un progenitor o hermanos con diabetes
- Obesidad
- Edad mayor a 45 años (para a diabetes tipo II)
- Algunos grupos étnicos (particularmente afro americanos, nativos americanos, asiáticos, isleños del pacífico e hispanoamericanos)
- Diabetes gestacional o parto de un bebé con un peso mayor a 4 Kg. (9 libras)
- Nivel alto de colesterol en la sangre

MPsc. Esteban Carvajal Angulo
Docente Posgrado Psicología Universidad de Costa Rica

- No hacer suficiente ejercicio
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Deterioro previo de la tolerancia a la glucosa

Se ha investigado otras causas a nivel emocional como lo son el estrés o traumas, resentimientos, ansiedad que “propician” o “disparan” la aparición de la enfermedad. (Losso et al. citados por Navarro y Reñazco, 2003) Los estados emocionales provocan secreciones de hormonas en el organismo que elevan el azúcar en la sangre. Pérez-Álvarez (1996) señalan que la depresión influye en el curso de la diabetes. Estas autoras señalan también que estados prolongados de depresión y estados emocionales “descontrolados” eran causantes del inicio de la enfermedad.

En relación al tratamiento médico de la diabetes se tiene que una dieta especial, la actividad física, realizarse pruebas de glucosa en el hogar varias veces al día y tomarse el medicamento oral y/o insulina según sea el caso son las claves para tener un mejor control del padecimiento.

En relación a la adherencia al tratamiento terapéutico, esta es definida por la OMS como “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2013)

Desde éste enfoque la adherencia al tratamiento se entiende como aquella que va más allá del hecho de tomar los medicamentos farmacéuticos prescritos sino que engloba una serie de conductas y estilos de vida que la persona debe de considerar para un tratamiento exitoso de una enfermedad crónica la cual es entendida como aquella que es permanente, deja una discapacidad residual, es causada por una alteración anatomopatológica irreversible y requiere adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación y así como de una constante supervisión, observación o atención (OMS, 2013)

En las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus, sino no se da una adecuada adhesión al tratamiento, pueden surgir otras comorbilidades que empeoran el cuadro clínico de la persona llevándolo a un deterioro progresivo de su salud.

Beltrán y Leal (2009) evidencian algunos factores que impiden a los pacientes adherirse a los tratamientos prescritos entre los cuales están:

Las relacionadas con el paciente: edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico, creencias, percepciones, vulnerabilidad percibida, autoeficacia percibida, etc.

Las relacionadas con la enfermedad: como son la gravedad, sintomatología, grado de incapacitación, duración de la enfermedad, antecedentes personales de la enfermedad, antecedentes familiares, hospitalizaciones previas.

Las relacionadas con el régimen terapéutico: complejidad de las pautas terapéuticas, costos, efectos secundarios y duración del tratamiento.

Las relacionadas con las estructuras de salud: accesibilidad al sistema, tiempos de espera, concertación de citas.

Las relacionadas con la comunidad: implicación de la familia, conocimiento generales de salud, conflicto entre esta y la conducta que se debe seguir.

En cuanto a otros factores de no adherencia al tratamiento por parte de un diabético están los factores emocionales, conductuales y cognitivos. Bueno y Buseta citados por Navarro y Reñazco (2003) señalan que estos aspectos son de vital importancia considerarlos en el tratamiento de la diabetes y su adherencia, pues si el individuo no tienen las herramientas para enfrentar las situaciones de la vida en cuanto a sus aspectos psicológicos tendrá menos éxito en adherirse a su tratamiento.

En relación específica a la diabetes, la OMS (2015) señala algunas variables relacionadas a la adherencia al tratamiento entre las que están por un lado la duración de la enfermedad la cual parece tener una relación inversa con la adherencia. Cuanto más tiempo haya tenido una persona

diabetes, menos probable es que se adhiere al tratamiento. La atención para la diabetes puede variar desde el tratamiento intensivo aplicado por un equipo de trabajo en diabetes multidisciplinario, hasta la asistencia ambulatoria brindada por un servicio de atención primaria. Entre otras variables involucradas están la edad, el sexo, la autoestima, la auto efectividad, el estrés, la depresión y el abuso de alcohol. La OMS (2013) también señala algunas otras variables relacionadas a la adherencia de los pacientes con diagnóstico de diabetes como lo son el apoyo social, la calidad de la relación entre paciente y el prestatario del servicio asistencial.

El impacto emocional que tienen las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus es innegable y está estrechamente relacionado con la incertidumbre del proceso de enfermedad, el estrés, la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en el organismo, factores sociales, ambientales, entre otras.

Veiga y Baptista (2012) señalan el valor de la emoción desde una perspectiva de la prevención secundaria de la enfermedad y mencionan la relación entre la emoción para la auto-aceptación de una enfermedad como lo es la Diabetes Mellitus.

Existe suficiente evidencia científica que indica que hay una estrecha relación entre las emociones y los factores psicológicos y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas. En este punto es donde se hace importante la inclusión de la Psicología de la Salud que se dedica al estudio de los componentes comportamentales de los procesos de salud-enfermedad y de la atención de la salud (Morales, 1999)

La Psicología de la salud juega un papel vital en el abordaje de enfermedades como la diabetes, pues le interesa aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud así como el riesgo a enfermar, las condiciones de salud y el proceso de recuperación. La Psicología de la Salud también contribuye tomando acciones para la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad. También participa en el diseño y adecuación de programas y políticas en mejora de los sistemas de salud.

MPsc. Esteban Carvajal Angulo
Docente Posgrado Psicología Universidad de Costa Rica
Correo: ecar4@hotmail.com/esteban.carvajal@ucr.ac.cr

En el ámbito de acción de la Psicología de la Salud la promoción es pieza angular para proveerles a los individuos herramientas para potenciar y mejorar su salud. “La promoción de la salud es entendida como la que provee a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS citado por Morales, 1997, pág. 100).

La promoción de la salud implica una participación activa de todos los actores relacionados con la salud, para que como dice la definición anteriormente mencionada, pueda lograr que los individuos tengan las herramientas necesarias para poder cuidar de su salud. El concepto de promoción de salud es un concepto positivo que procura tanto que el individuo como su ambiente circundante, sean responsables y ejerzan los recursos personales y sociales que tengan a la mano para potenciar el sentido de bienestar que engloba la salud. Las acciones de promoción de la salud están orientadas tanto a que el individuo desarrolle las aptitudes personales que favorezcan la salud, como la adopción de estilos de vida saludables, es decir devolverle de alguna manera la responsabilidad al individuo para que gestione sus propios recursos para generarse salud.

Pero la promoción de salud no sólo procura que el individuo se responsabilice y se dé cuenta de las acciones que puede beneficiar su salud, también promueve la participación de los actores sociales involucrados para la creación de políticas sanitarias orientadas a que los individuos potencien su bienestar. La promoción de la salud busca que se elaboren políticas públicas sanas, se favorezcan y creen ambientes saludables, se reorienten los sistemas de salud, se establezcan estrategias de comunicación y participación social y se desarrollen técnicas de trabajo comunitario (Morales, 1997).

La promoción de la salud busca también que todo el ambiente que rodea a una persona con un padecimiento crónico desde la familia hasta la comunidad, se integren para que todos juntos busquen soluciones que puedan potenciar la salud no sólo a quien padece la enfermedad, sino a todos y todas. La salud no sólo depende de la persona, depende de todos en un interjuego de relaciones recíprocas. Los factores sociales están estrechamente ligados con los individuos y sus estrategias de afrontamiento para con las enfermedades.

De la mano de la promoción de la salud, viene la prevención la cual es difícil de desligar de la promoción pues su línea divisoria es difícil de precisar (Morales, 1997). La prevención de enfermedad está dada de acuerdo a los factores epidemiológicos y los factores de riesgo que tiene un grupo, población o región determinada. Por consiguiente la prevención tiene como objetivo fundamental evitar que el individuo llegue a enfermar y si ya estuviera enfermo, proveerle las herramientas para un manejo adecuado de su enfermedad. La prevención se divide en tres niveles los cuales son (Blanco & Mayra, 2005):

- **Prevención primaria:** la cual comparte y se entrelaza con la promoción. La prevención primaria está orientada a tomar acciones para proteger a la población frente a factores que puede afectar la salud y provocar enfermedad. Entre las acciones están divulgación de prácticas de autocuidado, educación sobre factores de riesgo para enfermar, mejoramiento del medio ambiente en cuanto a servicios básicos, higiene, vacunación, etc.
- **Prevención secundaria:** Comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y eficaz en la fase asintomática de una enfermedad para evitar futuras secuelas. La prevención secundaria, procura impactar en las fases iniciales de una enfermedad para evitar el deterioro de la salud y de la calidad de vida. Entre las acciones de la prevención secundaria está la de buscar y captar usuarios para la vigilancia y control de riesgos específicos, consulta médica precoz, exámenes, diagnóstico y tamizajes en poblaciones vulnerables, tratamiento oportuno de enfermedades, entre otras.
- **Prevención terciaria:** se da cuando el individuo se encuentra enfermo, por lo tanto lo que se busca es reducir el riesgo de complicaciones, secuelas y otras manifestaciones del padecimiento para evitar la muerte. En este sentido se procura intervenir eficazmente con el objetivo de reintegrar al individuo a su entorno y al estado de salud inicial.

Como se ha indicado, la promoción y la prevención son fundamentales y piezas clave para gestionar salud en personas que ya tienen un padecimiento como la diabetes. Es por ello que el abordaje en cuanto a las esferas física, psicológica, social y laboral reviste especial importancia para devolverle al individuo el equilibrio homeostático de su organismo.

MPsc. Esteban Carvajal Angulo
Docente Posgrado Psicología Universidad de Costa Rica
Correo: ecar4@hotmail.com/esteban.carvajal@ucr.ac.cr

Se ha hablado del efecto de las emociones en la adherencia al tratamiento de la diabetes y de todas las correlaciones en las que se envuelven. Las emociones son aquellas que tienen como característica principal la de regular el funcionamiento mental para organizarlo en el pensamiento y en la acción. Las emociones ayudan al individuo a organizar las acciones concretas en determinado momento. Las emociones motivan en cuanto preparan al individuo para la acción, informan, pues proporcionan datos acerca de las reacciones de las personas ante situaciones dadas y comunican a los demás individuos y ambiente sobre las intenciones y la disponibilidad para actuar. Las emociones dictan las metas hacia las que se dirigen las cogniciones y las acciones, lo que convierte al afecto en pieza fundamental y determinante de la conducta humana (Greenberg & Paivio, 2000) En este sentido las emociones serían vistas como la meta final deseada y las cogniciones y el aprendizaje son los medios para alcanzar la meta o no alcanzarla. Las emociones movilizan los recursos energéticos de nuestra personalidad, así pues, una emoción como la ira acelera el ritmo cardíaco y la respiración haciendo que el organismo se oxigene y se prepare para la acción (Navarro, 1999)

Las emociones activan las neuronas y agitan los recuerdos que producen nuevas ideas y pensamientos. Las emociones también tienen una importante dimensión social que ayuda a comunicar a las personas con su ambiente para lograr una comunicación que suponga una integración armónica y adecuada.

Las emociones son las respuestas del organismo que implica por un lado una excitación fisiológica, conductas expresivas y experiencia consciente (Myer, 2006, Pavio, 2000, Navarro, 1999). Cuando se habla de emoción, también se hace referencia a los términos de afecto, sentimiento y experiencia. Por afecto se entiende la respuesta biológica ante alguna estimulación que no tiene un componente consciente. Está más relacionado con aspectos neuronales, automáticos y fisiológicos que forman parte del sistema evolutivo de respuesta del ser humano. El sentimiento conlleva la vivencia corporalmente sentida del afecto. El sentimiento es el “darse cuenta” de ese afecto que es más biológico y automático. La experiencia consciente de las emociones humanas es el resultado de la coincidencia entre la acción, las emociones y las situaciones que las evocan y el sí-mismo (Greenberg & Paivio, 2000)

MPsc. Esteban Carvajal Angulo
Docente Posgrado Psicología Universidad de Costa Rica

Las emociones son fuente rica de información pues dan cuenta de aquello que es significativo para el individuo. Las emociones emergen a la conciencia de las personas cuando se atiende a la sensación que es experimentada corporalmente y que deviene del darse cuenta. Cuando la emoción se expresa de forma vivencial y con una fuerte carga experiencial es cuando más fácil puede el individuo alcanzar su bienestar. “...los problemas emocionales sólo pueden curarse a través del acceso de la emoción y del significado, y que los métodos puramente racionales, aunque en ocasiones resulten útiles, muy a menudo no curan la emoción problemática. La razón nunca ha tenido éxito en el control de la pasión” (Greenberg & Paivio, 2000, pág. 18).

La emoción por tanto debe de ser expresada y vivida. Si se le ayuda a las personas a atender y simbolizar su experiencia emocional primaria, esto les ayudará a acceder a necesidades importantes que les pueden servir para crear nuevos significados que le sean adaptativos. “Mediante el desarrollo de la habilidad del darse cuenta de las emociones, de su aceptación y simbolización, del hablar y del reflexionar sobre ellas, así como del acceso y desarrollo de otras partes del sí-mismo más compasivas y capaces de afrontar las situaciones, se regulan y alivian las partes más problemáticas y vulnerables del sí-mismo” (Greenberg & Paivio, 2000, pág. 19)

Las emociones también tienen la función de conectar al individuo con su naturaleza biológica y enmarcarla con el ambiente circundante que le rodea. Cuando los seres humanos reconocen y expresan las emociones más básicas, puede hacerle frente a los pensamientos que se derivan y a las conductas que generan su accionar, y pueden conectarse fácilmente no sólo con sus necesidades, sino con las necesidades de su contexto más próximo.

Una vez que las emociones se han expresado, vivenciado y sentido, viene el trabajo de regularlas. La expresión de emociones sean estas de carácter displacentero como placentero supone una autorregulación del individuo para que esa misma expresión no provoque un desequilibrio o desajuste. Aprender a regular las emociones de una forma sana y adaptativa es la clave para acceder a esquemas emocionales más ajustables y saludables. Si el individuo

MPsc. Esteban Carvajal Angulo
Docente Posgrado Psicología Universidad de Costa Rica
Correo: ecar4@hotmail.com/esteban.carvajal@ucr.ac.cr

desarrolla las capacidades de autorreflexión y autorregulación estará en capacidad de reconocer lo que le sucede en lo interno de su ser y lo guiará para dar una respuesta de acción más acorde con lo que necesita y con lo que le demanda el medio en que se desenvuelve. “El desarrollo del darse cuenta de los sentimientos, así como la mejora de la autorregulación, constituyen aspectos importantes tanto de los procesos terapéuticos como de las metas de tratamiento. La habilidad para ser consciente de los sentimientos, regular la ansiedad y procurarse cuidados son habilidades cruciales para la vida” (Greenberg & Paivio, 2000, pág. 57)

Si la persona con un diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II logra un manejo efectivo de las emociones, esto coadyuvará a la adhesión de su tratamiento, pues las emociones regulan el funcionamiento mental para organizarlo en el pensamiento y en la acción y son vitales para la movilización de los procesos más básicos en los individuos. Si las personas con el diagnóstico de Diabetes Mellitus logran contactarse con las emociones de su cotidianidad y aquellas específicas que le provoca su enfermedad, podrá tener más control sobre la misma pues las emociones conectan al individuo con su naturaleza biológica y la entrelazan con el ambiente en donde se desenvuelve por lo que cuando los seres humanos reconocen y expresan las emociones, puede hacer frente a los pensamientos y generar conductas que ayuden a su bienestar global.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, K. (2004) Manual Cognitivo-Conductual Emocional para Facilitar la Adherencia al Tratamiento en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2: Guía para Profesionales en Psicología. Trabajo final para optar por el título en Licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Blanco, J.H., Mayra, J.M. (2005) Salud Pública Tomo I. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Greenberg, L., Paivio, S. (2000) Trabajar las Emociones en Psicoterapia. The Guilford Press: España.
- López, S. (2009) Total de consultas por Diabetes Mellitus por año y sexo según grupos edad. CCSS 2004, 2008 San José.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig C., Woodall, C., Sykes, C. (2008) Psicología de la Salud. Teoría, Investigación y Práctica. México: Manual Moderno.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2008) Indicadores Básicos de Costa Rica: Situación de la Salud en Costa Rica. MSCR/OPS. Costa Rica.
- Morales, F. (1999) Introducción a la Psicología de la Salud. Argentina: Paidós.
- Myers, D. (2006) Psicología. España: Ed. Médica Panamericana.
- Navarro, C y S, Reñazco (2003) Diabetes Mellitus: Vivencias de un grupo de menores sobre su enfermedad. Trabajo final para optar por el título en Licenciatura en Psicología. San José: Universidad de Costa Rica.
- Navarro, R. (1999) Las Emociones en el Cuerpo. México: Editorial Pax.
- Organización Mundial de la Salud (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS: Suiza.
- Sáenz. M. (2004) Encuesta Multinacional de Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Asociados al Área Metropolitana. Ministerio de Salud. Costa Rica.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

American Diabetes Association (2015). Recuperado de:

<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/>

American Heart Association, (2015) Recuperado de:

<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3018643>.

Brenes, G y L. Rosero (2007) Población y salud en Mesoamérica. Revista electrónica. Volumen 5, número 1, artículo 2. Número especial CRELES- Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable Julio-Diciembre 2007. Recuperado de:
<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Caja Costarricense del Seguro Social (2015) Estadísticas de salud, 2013. Recuperado de:
http://www.ccss.sa.cr/est_areas_cantones

Climent, R. (30 de agosto de 2011) CCSS cambia modelo de atención para personas diabéticas. Periódico La Nación. Recuperado de: <http://www.nacion.com/2011-08-30/AldeaGlobal/null.aspx>

De los Rios Castillo, J., Sánchez, J.J., Barrios, P., Guerrero, V. (2003) Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del IMSS. Volumen 42, Número 2, Marzo-Abril 2004. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im042d.pdf>

Díaz, A. De los Rios, G. (2003) Tratamiento Psicoterapéutico de Personas con Síntomas Somáticos desde un Enfoque Gestáltico. Escuela de Psicología. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Católica de Cuyo. Recuperado de:
http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2585/1/interpsiquis_2003_9843.pdf

Enciclopedia Médica Medline Plus (2015) Recuperado de:

<http://www.mayoclinic.com/health/diabetes/DS01121/DSECTION=tests-and-diagnosis>

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado de:

http://ergosum.uaemex.mx/pdfs/pdf_vol_18_2/4_moral_de_la_rubia.pdf

González, N., Tinoco, A.M., Benhumea, L. (2011) Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. Espacios Públicos, vol. 14, núm. 32, septiembre-diciembre, 2011, pp. 258-279. Universidad Autónoma del Estado de México.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67621319013>

Martin, L. Grau, J. (2004) La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y Salud, enero-junio, año/vol. 14, número 001 Universidad Veracruzana. Xalapa, México. pp. 89-99 Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29114110.pdf>

Mayo Foundation for Medical Education and Research (2015) recuperado de: <http://www.mayoclinic.com/health/diabetes/DS01121/DSECTION=symptoms>

Méndez, X., Beléndez, M. (1994) Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: Organización Mundial de la Salud (2009) Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2015) Definición de salud. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Panamericana de la Salud (2015).

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715&itemid=39446

Organización Panamericana de la Salud (2015). Recuperado de

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9157%3Ahalf-of-people-who-have-diabetes-dont-know-it&lang=es&itemid=1926

Organización Panamericana de la Salud (2015). Recuperado de:

<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-DiabetesMellitus.htm>

MPsc. Esteban Carvajal Angulo
Docente Posgrado Psicología Universidad de Costa Rica
Correo: ecar4@hotmail.com/esteban.carvajal@ucr.ac.cr

Ortiz, M. (2006) Estrés, Estilos de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo1. Terapia psicológica, diciembre, año/vol. 24, número 002. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Santiago, Chile. pp. 139-14. Redalyc. Recuperado de:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78524203>

Riveros, A. Cortazar-Palapa, Alcázar, F., Sánchez-Sosa, J.J. (2005) Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. International Journal of Clinical and Health Psychology, septiembre, año/vol. 5, número 003. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) Granada, España. pp. 445-462. Redalyc. Recuperado de:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33705302.pdf>

Solis, M. (2006) 134.504 personas diabéticas están en tratamiento en la CCSS. Caja Costarricense del Seguro Social. Recuperado de:

http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2006/11/n_108.html

Sotomayor, J. I. (2002) Modelo de Intervención del Pensamiento Gestalt en la Intervención del pensamiento Gestalt en la Calidad de Vida del Personal de una Organización. Universidad del Valle de México. Recuperado de:

<http://www.colpamex.org/Revista/Art7/36.pdf>

Veiga, R., Baptista, G. (2012) Emociones y Salud. Un Estudio en Diabéticos Tipo II. VIII Jornades Educació Emocional. Plataforma Aberta - Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional. Recuperado de:

<http://www.jornadeseducacioemocional.com/wp-content/uploads/2012/04/17.-Emociones-y-salud.-Un-estudio-en-diab%C3%A9ticos-tipo-II.-Rom%C3%A3o-Veiga-M.A.Gorete-Baptista.pdf>