



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“CREENCIAS IRRACIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Álvarez Zúñiga, Luis Alberto

Tutora: Psc. Cl. Mg. Robayo Carrillo, Jessy Mariana

Ambato – Ecuador

Enero, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema:

“CREENCIAS IRRACIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2” de Luis Alberto Álvarez Zúñiga, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, agosto del 2017

LA TUTORA

Psc. Cl. Mg. Robayo Carrillo, Jessy Mariana

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: “**CREENCIAS IRRACIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, agosto del 2017

EL AUTOR

Álvarez Zúñiga, Luis Alberto

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, agosto del 2017

EL AUTOR

Álvarez Zúñiga, Luis Alberto

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“CREENCIAS IRRACIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”**, de Luis Alberto Álvarez Zúñiga, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, enero del 2018

Para su constancia firman:

PRESIDENTE/A

PRIMER VOCAL

SEGUNDO VOCAL

DEDICATORIA

La presente investigación dedico a mi familia por ser un pilar fundamental brindándome apoyo suficiente para concluir mi carrera.

A mis amados padres y hermano por su soporte y confianza en todo lo necesario, compartiendo conmigo consejos en base a su experiencia para cumplir con mis objetivos como persona y estudiante.

A mis maestros por adoquinar mi mente con sus conocimientos siendo de gran ayuda en la teoría y práctica en el transcurso y finalización de mi carrera.

A mis amigos y el resto de mi familia quienes sin esperar nada a cambio compartieron conmigo su conocimiento, emociones y experiencia durante mis años de universidad apoyándome en todo lo que han podido.

Álvarez Zúñiga, Luis Alberto

AGRADECIMIENTO

Como primer punto agradezco a la Vida por permitirme ser parte de esta carrera y por formarme en la UTA abriéndome las puertas de su manto científico para poder estudiar, al mismo tiempo a mis docentes que con sus conocimientos construyeron sapiencia en mí siendo motivo de esforzarme día a día a pesar de las vicisitudes.

Agradezco a mi tutora de tesis Ps. Cl. Mg. Jessy Robayo por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico también por tener una enorme paciencia para guiarme durante el desarrollo de este proyecto.

A los profesionales de las instituciones en las que hice la aplicación de los reactivos brindándome la apertura de evaluar la población de mi proyecto.

A mi Padre, Madre y hermano por ser siempre mi soporte incondicional generando motivación en mí persona, gracias por estar presente en las diferentes etapas de mi vida, así como en toda circunstancia, ofreciéndome y buscando lo mejor para mí.

A mis amigos y compañeros que supieron ser de gran ayuda en cada momento vivido durante mis años de universidad ya que con su gran apoyo moral han aportado en la perseverancia de seguir adelante en mi carrera profesional.

Álvarez Zúñiga, Luis Alberto

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
RESUMEN	xii
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 Tema	2
1.2 Planteamiento del problema	2
1.2.2 Formulación del problema	4
1.3 Justificación	4
1.4 Objetivos	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1 Estado del arte	6
2.2 Fundamento Teórico	9
2.3 Hipótesis	17
CAPÍTULO III	18
MARCO METODOLÓGICO	18
3.1 Nivel y tipo de investigación	18

3.2 Selección del área o ámbito de estudio	18
3.3 Población.....	18
3.4 Criterios de inclusión y exclusión:	19
3.5 Diseño muestral	19
3.6 Operacionalización de variables	20
3.7 Descripción de los Reactivos Aplicados	23
3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información.....	24
3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	25
3.7 Aspectos éticos	25
CAPÍTULO IV	28
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
4.1 Análisis de los resultados	28
4.1.1 Datos Sociodemográficos	28
4.1.2 Cuadro general de creencias irracionales	31
4.1.3 Cuadro general de calidad de vida	32
4.1.3 Variable independiente: Creencias Irracionales.....	34
4.1.4 Variable dependiente: Calidad de Vida.....	42
4.2 Verificación de la hipótesis	46
4.2.1 Hipótesis alterna.....	46
4.2.2 Hipótesis nula	46
4.2.3 Tablas de contingencia.....	46
4.3 Conclusiones y recomendaciones	49
4.3.1 Conclusiones	49
4.3.2 Recomendaciones	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
BIBLIOGRAFÍA.....	51
CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA	54
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1 Operacionalización V.I.	21
TABLA N°2 Operacionalización V.D.	22
TABLA N°3 Edad.....	28
TABLA N°4 Sexo.....	29
TABLA N°5 Nivel socioeconómico.....	30
TABLA N°6 Cuadro general de creencia irracionales	31
TABLA N°7 Cuadro general de calidad de vida	32
TABLA N°8 Necesidad de aprobación.....	34
TABLA N°9 Altas autoexpectativas.....	35
TABLA N°10 Culpabilización	36
TABLA N°11 Indefensión acerca del cambio	37
TABLA N°12 Evitación del problema	38
TABLA N°13 Dependencia.....	39
TABLA N°14 Influencia del pasado.....	40
TABLA N°15 Perfeccionismo.....	41
TABLA N°16 Satisfacción	42
TABLA N°17 Impacto.....	43
TABLA N°18 Preocupación: social/vocacional	44
TABLA N°19 Preocupación relacionada con la diabetes.....	45
TABLA N°20 Tabla contingencia creencias irracionales y sexo	46
TABLA N°21 Procesamiento de casos creencias irracionales y calidad de vida .	47
TABLA N°22 Tabla contingencia creencias irracionales y sexo	47
TABLA N°23 CHI2	47

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1 Edad	28
FIGURA N°2 Sexo	29
FIGURA N°3 Nivel socioeconómico.....	30
FIGURA N°4 Gráfico general de creencias irracionales	31
FIGURA N°5 Gráfico general de calidad de vida	33
FIGURA N°6 Necesidad de aprobación	34
FIGURA N°7 Altas autoespectativas.....	35
FIGURA N°8 Culpabilización	36
FIGURA N°9 Indefensión acerca del cambio.....	37
FIGURA N°10 Evitación del problema	38
FIGURA N°11 Dependencia.....	39
FIGURA N°12 Influencia del pasado	40
FIGURA N°13 Perfeccionismo.....	41
FIGURA N°14 Satisfacción.....	42
FIGURA N°15 Impacto	43
FIGURA N°16 Preocupación: social/ vocacional.....	44
FIGURA N°17 Preocupación relacionada con la diabetes	45
FIGURA N°18 CHI 2.....	48

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“CREENCIAS IRRACIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

Autor: Álvarez Zúñiga Luis Alberto

Tutora: Psc. Cl. Mg. Robayo Jessy Mariana

Fecha: Diciembre, 2017

RESUMEN

La presente investigación tuvo como principal objetivo establecer la influencia de las creencias irracionales en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus 2, este estudio es de tipo correlacional, lo que ha permitido el análisis estadístico y comprobar las hipótesis. Se consideró una muestra de 70 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 del hospital básico de Pelileo y del Centro Gerontológico de Patate, se aplicó el Test de Creencias Irracionales CTI para identificar las creencias irracionales predominantes y el test de Calidad de vida específico para la Diabetes EsDQOL para identificar la calidad de vida de los evaluados. Los resultados indican que las creencias irracionales se relacionan con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus 2, donde las creencias irracionales determinan aspectos de la calidad de vida, siendo las creencias irracionales más frecuentes la culpabilización y la dependencia, en cuanto a la calidad de vida existe alta preocupación relacionada a la diabetes y preocupación social/ vocacional. Se recomienda trabajar con técnicas cognitivo conductuales que ayuden a modificar las creencias irracionales y mejorar la calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: CREENCIAS_IRRACIONALES, CALIDAD_DE_VIDA, DIABETES, COGNICIÓN, CONDUCTA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY DEGREE

"IRRATIONAL BELIEFS AND ITS INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MELLITUS TYPE 2 DIABETES"

Author: Álvarez Zúñiga Luis Alberto

Tutor: Psc. Cl. Mg. Robayo Jessy Mariana

Date: December, 2017

SUMMARY

The main objective of the present investigation was to establish the influence of irrational beliefs on the quality of life of patients with diabetes mellitus, 2 this study is correlational in nature, which has allowed for statistical analysis and verification of hypotheses. A sample of 70 patients diagnosed with Diabetes Mellitus 2 from the Pelileo basic hospital and from the Patate Gerontological Center was considered, the Irrational Belief Test CTI was applied to identify the predominant irrational beliefs and the specific Quality of Life test for Diabetes. EsDQOL to identify the quality of life of the evaluated. The results indicate that irrational beliefs are related to the quality of life of patients with diabetes mellitus 2, where irrational beliefs determine aspects of quality of life, with the most frequent irrational beliefs being blame and dependence, in terms of quality of life there is high concern related to diabetes and social / vocational concern. It is recommended to work with cognitive behavioral techniques that help to modify irrational beliefs and improve the quality of life.

KEY WORDS: IRRATIONAL BELIEFS, QUALITY OF LIFE, DIABETES, COGNITION, CONDUCT

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación tiene por tema **“CREENCIAS IRRACIONALES Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”**, donde su principal objetivo es establecer la influencia que existe entre las variables planteadas, así como identificar cualidades de cada una de ellas, de donde radica también su importancia.

En Ecuador la diabetes constituye una de enfermedades crónicas de mayor prevalencia entre los problemas de salud, investigaciones demuestran que aproximadamente el 7% de la población ecuatoriana padece de diabetes mellitus tipo 2 con un rango de edad mayor de 30 años, además se refiere que esta enfermedad aumenta en edades tempranas cada año. Un diagnóstico precoz de la enfermedad es de mucha importancia, así como determinar el impacto que ha causado en la vida del individuo para recibir un oportuno tratamiento, cambios en el estilo y calidad de vida. Todo esto guiado por factores psicológicos, emocionales y comportamentales.

En esta investigación se demuestra la estrecha relación de las variables para así aportar a la práctica clínica de profesionales de salud mental interesados en el enfoque cognitivo conductual. Para lo cual se ha buscado estudios previos relacionados con las variables, se ha realizado un análisis contextual del problema macro, meso y micro, con sustentos teóricos, metodológicos y estadísticos, finalmente concluir resultados y originar recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

“Creencias irracionales y su influencia en la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2”

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contexto

Iñaki (2017), estima que a nivel mundial 5800 millones de habitantes presentan creencias irracionales en estudios realizados de acuerdo con la American Psychological Association APA.

Department of Clinical Psychology and Psychotherapy (2015) realizó una investigación en Estados Unidos, Canadá, México, Argentina y Brasil sobre creencias irracionales y angustia psicológica con una población de 408 personas por país, y se determinó que el 59% de la población presentaba creencias de tipo irracional y el 41% relacionaba tales creencias con varios niveles de angustia, obteniendo una relación significativa entre sí.

En estudios realizados en España sobre creencias irracionales se descubrió que el 50% de la población tienen un rango disfuncional en su esquema cognitivo, que conjuntamente dependen del contexto socio-cultural, déficit de autocontrol e influencia de experiencias previas (Gómez, 2015).

En América Latina es muy frecuente las creencias irracionales establecidas por la cultura arraigada y tradiciones con respecto al esquema cognitivo, en 2010 la Asociación de psicólogos cognitivos de Medellín, Colombia realizaron estudios sobre creencias irracionales obteniendo como resultado un porcentaje de 57% de la

población que presenta un conjunto de creencias de tipo irracional (Celis & Nelson, 2016).

En el Ecuador, según estudios relacionados en la Asociación Ecuatoriana de Psicólogos en 2016 en la provincia de Chimborazo, revelan porcentajes de creencias irracionales en la población con un porcentaje del 39% que transmiten ideas de mala manera ocasionadas por tales creencias.

Al hablar de Calidad de vida, The Organization for Economic Co-operation and Development OECD (2015), refiere que los países con mayor índice son Suiza y Canadá con un 80% de la población con empleo remunerado, haciendo diferencia de sexos de 55% hombres y 25% mujeres. Por otra parte, Estados Unidos en donde la renta neta disponible per cápita puede llegar a los 41355 dólares por año.

Según el Instituto de Estadística de México (2015), la calidad de vida de la población se mide por varios indicadores entre los principales existe: seguridad, empleo y salud, por lo que determina con el 44,6% y ubicándose en el puesto 17 de los países con mejor índice de calidad de vida a nivel mundial.

Instituto Nacional de Estadística y Censos en Ecuador al hablar sobre calidad de vida, se mide por varias temáticas en la cual se concluyó que en los últimos 8 años se redujo a pobreza en un 32,6% e incremento la cobertura del seguro social además de incrementar a 50,2% la práctica de deportes. (INEC, 2015)

En cuanto a la Diabetes, la Organización Mundial de La Salud-OMS (2016), refiere que el número de personas con el diagnóstico de esta enfermedad en el mundo, es estimado a 422 millones y su prevalencia ha aumentado en países de ingresos medios y bajos.

Según la Fundación para Diabetes de España, 5,3 millones de personas padecen esta enfermedad alcanzando el 43% de la población con casos de diabetes tipo 2, el porcentaje restante no están con conocimiento y conciencia de la enfermedad en el 2014.

Según la OMS (2015), en América Latina existen alrededor de 15 millones de personas con diabetes con un crecimiento epidemiológico del 14% en los últimos 10 años, y se estima que crecerá 5 millones más las cifras de personas con este diagnóstico para el 2030.

Según el INEC en el 2013 se registraron alrededor de 63,104 casos de diabetes y existe una prevalencia de crecimiento del 17,3% cuyas principales causas de muerte es el desconocimiento de la enfermedad y el cuidado no adecuado en el tratamiento acompañado de mala alimentación.

En el Hospital Regional Docente Ambato-HRDA (2014) se han elevado notoriamente pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus de entre edades de 40 a 75 años, además las estadísticas muestran un número aproximado de 402 personas y dentro de los cálculos 220 pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus II, (Calero, 2014).

1.2.2 Formulación del problema

¿Influyen las creencias irracionales en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

1.3 Justificación

Las creencias irracionales son parte del pensamiento que se forma durante las etapas evolutivas e incrementan cuando existe un padecimiento vital del organismo como enfermedades o situaciones clínicas, es conveniente analizar cómo influye esta variable en la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Para que mediante conocimientos profundizados de la cognición de los pacientes con este diagnóstico se pueda propiciar un entorno que mejore significativamente la vida diaria de esta población ya que por su padecimiento progresivo necesita de mayores cuidados.

Se aportará socialmente ya que al tratarse de un problema de salud que afecta en contexto muy amplio, incorpora nuevos conocimientos sobre la cognición y el estilo

de vida que poseen este tipo de población, ya que se puede utilizar la información de los resultados para que se facilite un concepto particular sobre la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus 2. De este modo esta información se integra significativamente para los tratamientos, servicios y cuidados, ya que los profesionales a cargo del tratamiento de personas con este diagnóstico serían los beneficiarios.

En cuanto al valor teórico, esta investigación ayudará en cierta manera apoyando la teoría desarrollada por Albert Ellis, analizando que predominio de creencias irracionales existen en la población mencionada anteriormente y promoviendo nuevos conocimientos en cuanto a la relación de la Terapia Racional emotiva y la calidad de vida.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Establecer la influencia de las creencias irracionales en la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar el tipo de creencias irracionales que predominan en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Identificar los factores predominantes que influyen en la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Determinar la creencia irracional que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del arte

Rodríguez y Zambrano (2014), con una muestra de 970 personas concluyeron que existen diferentes afectaciones que agraven el curso de la enfermedad crónica de diabetes mellitus tipo 2, pero el estrés negativo es dañino para la salud mental de estos pacientes un 82,3% también esta problemática desencadena diferentes reacciones emocionales generadas por creencias irracionales que atentan al paciente como sufrimiento de esta enfermedad además también como un factor desencadenante las emociones y pensamientos negativos en esta enfermedad.

Calderón, J. (2015), en una investigación en la Universidad Rafael Landívar en Guatemala sobre Creencias irracionales en pacientes con DMT2 con una muestra de 80 personas, concluye que las creencias irracionales latentes son la de exigencia 25%, es decir pensamientos rígidos sobre la existencia de algo, la de tremendismo 23%, que refiere a resaltar en exceso lo negativo, así como también la creencia irracional de aprobación con 21% al generar pensamientos de desvalorización.

Guerrero, J. (2016), En una investigación para la Revista Cubana de Salud Pública concluyó que la calidad de vida puede verse afectada en un 70% a una consecuencia de una enfermedad crónica como es diabetes, además de que se presentaba mayor deterioro de su calidad de vida en pacientes con tratamiento de insulina a diferencia de otros pacientes con un tratamiento no farmacológico.

El resultado obtenido del siguiente estudio en Chile expresa que la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus II es progresiva la disminución, además también está asociado con el tratamiento médico y alimentación un 55% y de enfermería un 45%, al no dar información necesaria sobre la cronicidad de la enfermedad. Por lo que se caracteriza por diferentes signos de ansiedad y estrés como consecuencia

generando malestar físico en los pacientes. Rev. Med IMSS. 2004; 42(2):109-116. (Guerrero, Valenzuela, & Cid, 2016)

En la presente investigación realizada en Cuba, tiene como producto final una serie de determinantes de la calidad de vida de personas con diagnóstico de diabetes conformando una asociación significativa y de orden negativo encontrando un índice de 0.15 y 0.17 puntos en una escala de 1 comparado con personas no diabéticas y sin riesgo vascular teniendo como resultado que las personas con diabetes tienen problemas en las dimensiones como movilidad, autocuidado, actividades cotidianas y dolor o malestar y propensos a generar problemas de ansiedad o depresión. (Casanova, Trasancos, Orraca, Prats, & Gómez, 2011)

Pineda y otros (2004), concluyen que la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de diabetes mellitus II está influenciada por el funcionamiento cognitivo un 30.8%, emocional con 60.7%, conductual 3% y social 8,2% por lo que se considera la calidad de vida como punto en engranaje hacia el adecuado cuidado y tratamiento de estos pacientes, así como el abordaje terapéutico con profesionales de salud mental.

En estudios realizados para la Revista Latinoamericana Enfermagen con una muestra de 1344 personas refiere que el comportamiento de los pacientes frente al diagnóstico de diabetes están asociados a una serie de pensamientos, sentimientos y reacciones emocionales que demandan la capacidad del acogimiento de profesionales en salud mental con un porcentaje del 73.6% para que las personas con esta problemática puedan lidiar en aspectos subjetivos de la enfermedad así como también que adquieran una mayor capacidad de adaptación. (Rivas-Acuña, García-Barjau, Cruz-León, & Morales-Ramón, 2011).

Arana, K. (2014) en una muestra de n=70 pacientes internos, concluye que el estado salud-enfermedad va ligado con el estilo de vida de los pacientes en un porcentaje del 50% en personas con diagnóstico de diabetes y la disminución o permanencia de la calidad de vida de los mismos van enlazados con el tratamiento y apoyo emocional.

Según una investigación realizada en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad De Valladolid los países de Europa ocupan las 15 primeras posiciones en el ranking de mejores condiciones en cuanto a calidad de vida, con algunas excepciones como Malta. En el caso concreto de este país, sorprende por su buena posición situándose en el primer grupo de cabeza por encima del resto de países del Sur de Europa como España, Italia o Grecia que constituirían el eje Mediterráneo, y del grupo de países que accedieron a la Unión en el año 2004. En una situación similar se encuentra Eslovenia que ocupa la posición 12 del ranking, alejado de ese mismo grupo de países e incluso obteniendo mejores resultados que su vecino Italia, al que en concreto le supera en dos posiciones. Atendiendo a los valores normalizados hay que destacar el mal resultado de Grecia y Portugal que ocupan las posiciones 15 y 16. Las siguientes posiciones del ranking estarán ocupadas por países que accedieron a la Unión en el año 2004. En concreto, República Checa, Polonia, Hungría con valores del indicador normalizado entre 0.35 y 0.26. El último grupo de cola lo forman los países Bálticos: Estonia, Letonia y Lituania. Mención especial al caso de España que ocupa una buena posición en el ranking, la décima, por encima de países como Bélgica, Francia y Alemania. (Álvarez, 2014)

Sánchez, J. (2012), en una investigación realizada en México acerca de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con una muestra de 390 personas que acudían a consulta externa concluyo que un 43% de la población cursó con algún tipo de deterioro en cuanto a su calidad de vida, teniendo más riesgo para el deterioro aquellos pacientes con más de 5 años de evolución de la DM2, nivel educativo bajo y con edad mayor a 50 años, se concluyó que el grado de deterioro en cuanto a calidad de vida de este tipo de pacientes es progresivo, y esta netamente asociado a la evolución degenerativa de la enfermedad.

Rodríguez, Campillo y Avilés (2013), en una investigación realizada para la Universidad Carlos Albizu, en San Juan, Puerto Rico, acerca de Psicodiabetes, concluyendo que la población de n=40 pacientes en internalización con este tipo de diagnóstico declive un 7% en cuanto a su calidad de vida, además también el pronóstico mejora significativamente con la presencia de apoyo familiar y habilidades sociales, también puede presentar una serie de comorbilidad con

trastornos depresivos relacionados con el desarrollo de la enfermedad.

2.2 Fundamento Teórico

En la búsqueda de la concepción de “creencia”, Ramsey (1959) refiere como “un mapa de guía”, por lo que una creencia que representa una guía puede determinar las acciones u otros estados mentales (como deseos), que una persona puede poseer.

Para Beck (1976), las denominadas creencias pueden entenderse como un conjunto de reglas desde un marco de referencia que determine la forma de ser de una persona en el mundo, así como la manera como evaluamos las situaciones de nosotros mismos y del resto como también la forma de interactuarse ante los demás.

Ellis, A. en 1977 define el término “racionalidad” al referirse en la forma de pensar, sentirse y proceder que forman parte del desarrollo, bienestar y supervivencia de la persona. (Beck J. , 2000)

La persona racional posee las siguientes características:

- Acepta las condiciones y realidad de la vida
- Propone una producción de trabajos productivos con la finalidad de su crecimiento
- Se relaciona con su círculo social al que pertenece de una manera adecuada.
- Crea vínculos íntimos con su grupo social.

Ellis y Becker (1982) expresan que, si ciertas interpretaciones o creencias de tipo ilógico que posea una persona, es decir, de poco contenido empírico dificultan la obtención de metas establecidas reciben el nombre de “irracionales”. Ciertamente esto no significa que un individuo no tenga la capacidad de razonar, sino que en su razón existe una connotación errónea que le ocasiona llegar a conclusiones ilógicas.

El término “creencia” se refiere al estado mental de una persona relacionado con su contenido de expresión representacional, semántico y susceptible de su verificación. Además, su relación con otros estados mentales es relevante con respecto a los deseos, formas de proceder y otras creencias que posee una persona.

Sin embargo, una creencia no significa una afirmación de tipo total, entonces podemos decir que tener una cierta creencia no es lo mismo a tener un estado mental específico en sentido de relevancia para formar parte de un constructo. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983)

Bueno, G. (2002), refiere desde la perspectiva psicológica subjetiva, la creencia se manifiesta como un sentimiento, vivencia, juicio o proceso subjetivo de la persona que «lo vive» experimenta un «sentimiento de realidad» (término de W. James), la carga emocional se la sitúa enfrente del contenido material de la creencia, como si este contenido fuese una realidad distinta de su propia experiencia o sentimiento.

Turner, R. (2007) el sentido progresivo del cambio se da mediante tres niveles operacionales: Insight 1, en la toma de conciencia de que el trastorno proviene de una idea irracional, Insight 2, en la aceptación la creencia y se refuerza mediante la auto educación con supervisión terapéutica, Insight 3, en la adopción de creencias racionales.

En el enfoque cognitivo conductual de acuerdo a David, Lynn y Ellis (2010) sostiene que las creencias irracionales son las creencias ilógicas que no tienen soporte empírico y no son pragmáticas. Generalmente los términos de racional como de irracional se utilizan para definir el tipo de cogniciones descritas por la terapia racional emotiva (TRE) Según el modelo “ABC” de Ellis (1994) citado por David, Lynn y Ellis (2010), “muchas veces las personas experimentan eventos indeseables (A), sobre los que tienen creencias irracionales y cogniciones ilógicas (B). Estas creencias llevan a consecuencias de tipo emocional, conductual y cognitivas (C). “las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos” (Ellis, 2010).

Según Albert Ellis las emociones, pensamientos y hábitos de vida influyen mutuamente, volviéndose coherentes para la persona. Es decir, si por educación hemos adquirido ciertos hábitos, lo habitual es que pensemos sobre ellos que son adecuados y genere bienestar.

Ellis refiere el término dogmáticas en las ideas irracionales ya son absolutas es decir por naturaleza y se expresan en términos “debería, tengo que hacerlo o estoy

obligado a”. Además, manifiesta la aparición de una consecuencia que forma parte de estas ideas como es la provocación de emociones negativas que afectan a la persona en la búsqueda y obtención de sus metas generando culpabilidad, depresión, ansiedad, miedo, entre otros. Establece el autor la diferencia sobre las ideas racionales que tienen una expresión en forma de preferencia, es decir como “yo quisiera hacerlo, me gustaría”, relativamente que no impiden el crecimiento personal.

Ellis tenía un reconocimiento sobre la funcionalidad de las emociones, pero el foco de atención principal es el pensamiento y como este pensamiento afecta a todo lo que hacemos y a lo que sentimos. La perspectiva de este autor era que el pensamiento, las emociones, y los hábitos de vida es decir conducta influyen mutuamente entre sí, volviéndose elementos coherentes para un individuo, entonces al adquirir ciertos hábitos, lo común sería que pensemos sobre que aquellos son los adecuados y posteriormente nos sintiéramos relativamente bien.

Creencias irracionales propuestas por Albert Ellis en el 2010:

- 1. Ser amado y aceptado por todos es una necesidad extrema:** Para una persona es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de los semejantes, familia y amigos.
- 2. Solo se puede considerar válido al ser humano si es componente suficiente y capaz de lograr todo lo que se propone:** El sentimiento de ser competente, casi perfecto en todo lo que se emprende.
- 3. Las personas que no actúan como deberían son viles y deben pagar por su maldad:** Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deberían ser castigados.
- 4. Es terrible que las cosas no funcionen como a uno le gustaría:** Es catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que uno quisiera que fueran.
- 5. La desgracia y el malestar humano está provocado externamente y están fuera del control de una persona:** Los acontecimientos humanos son las causas de la mayoría de las desgracias de las personas, la gente simplemente

reacciona según como los acontecimientos inciden sobre las emociones causando malestar.

6. **Si existe algún peligro debo sentirme bastante perturbado por ello:** Se debe sentir miedo y ansiedad ante cualquier cosa desconocida incierta o netamente peligrosa.
7. **Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerlas frente:** Tiene cierta facilidad evitar los problemas que afrontarlos como responsabilidades de la vida.
8. **Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte que yo en quien confiar:** Se necesita contar con alguien más grande y fuerte que uno mismo.
9. **Mi pasado ha de afectarme siempre:** El pasado tiene una gran influencia en la determinación del presente.
10. **Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás:** El malestar que generan los problemas de las demás personas afecta significativamente.
11. **Existe una solución perfecta para cada problema debemos hallarlo siempre sino vendrá la catástrofe:** Si no podemos conseguir la solución adecuada para cada situación, me debo sentir frustrado y catastróficamente angustiado.

Aguinaga (2011) en concordancia con Beck manifiesta que las creencias son unas estructuras cognitivas que se van formando a partir de experiencias previas, así como del contexto ambiental, cultural y biológico de una persona y que estas estructuras proceden en nuestra vida sin que seamos conscientes de las mismas que pueden generar problemas emocionales y también que estas creencias formen una expresión de la cual sea difícil identificarlas y modificarlas. (Bados, 2008)

Caro, I. (2016), manifiesta que las creencias irracionales son de naturaleza absolutista y pueden ser un factor limitante ya que el individuo puede mostrarse en incapacidad de realizar las cosas que quiere además de estas creencias irracionales actuar ante una situación concreta, puede ocasionar malestar emocional

significativamente además de mostrar perturbación al no poder satisfacer las exigencias de una persona y deteriorar el estilo de vida que posee.

Al hablar de calidad de vida, se manifiesta que tiene un interés de conceptualización desde la época de la filosofía, cuando Platón (427 a.C.- 347 a.C.) y Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.), planteaban una preocupación por la felicidad y la satisfacción, así como instancias personales para tener un buen vivir.

Moreno (1996) manifiesta que las civilizaciones egipcias, hebreas y romanas, denominaban a la calidad de vida como el cuidado de la salud de la persona, en cuanto a la alimentación e higiene personal. Posteriormente en la edad media se convirtió en una preocupación por salud e higiene pública hasta extenderse a los derechos humanos y laborales de las personas en el siglo XIX, conjuntamente ganando territorio de tipo social y político. En el siglo XX al acontecer la guerra mundial y también en los avances de las industrias, conllevó un desarrollo económico en incremento, esto hizo que se identificara a la calidad de vida como la capacidad de poseer bienes materiales, es decir el bienestar de las personas reflejaba en su concepto de renta per cápita.

En el Diccionario de la Lengua Española posee diferentes definiciones de calidad, manifiesta que “es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permitan apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie, implica superioridad o excelencia”. (2002:2499). Al hacer una valoración comparativa la calidad de vida se usa para determinar el nivel socio económico de un grupo de personas en comparación a las demás.

Se entiende por vida no solo a un intervalo de tiempo de una persona, animal o vegetal, sino también, la manera de vivir, implicando aspectos positivos y negativos dependientes de la experiencia.

En 1958 la OMS contribuyó a generar un concepto de calidad de vida y planteó una sugerencia donde se consideraba como la ausencia de la enfermedad, decir entender

que la calidad de vida se manifestaba como el estado de bienestar físico, psicológico y social. (Coulter, 1997).

La utilización de la terminología de calidad de vida tiene su origen en 1960 a raíz de que el bienestar humano tenía mucho mayor interés que épocas anteriores y por la evaluación del cambio social en Estados Occidentales (Arostegi, 1988)

Jacobson (1988) define a la calidad de vida como la experiencia personal de un individuo, habla también sobre la vivencia del paciente con diabetes en cuanto a los efectos que conllevan la enfermedad, tratamiento en el ámbito físico, emocional y social. Robles, R. (2003)

La psicología asume el concepto de calidad de vida abriendo un campo de investigación hacia el bienestar percibido, aportando factores personales, sociales y de desarrollo cognitivo que explican vivencias de satisfacción ante una experiencia de tipo vital, acuñando el nombre de psicología hedonista. (Kahneman, 1999)

La calidad de vida posee diferentes vocablos próximos establecidos por varios autores como son:

- Satisfacción Vital (Aparicio, 2000)
- Bienestar Subjetivo (Camfield, 2003)
- Bienestar Psicológico (Casullo y Castro, 2000)
- Felicidad (Murguía, 2003)

Estos conceptos son a menudo utilizados como sinónimos de calidad de vida (CV)

García, C (2008), analizando la calidad de vida, refiere que es un tema de mucho cuidado en cuanto a su discusión ya que posee diferentes factores determinantes, además de tener dos dimensiones: la primera la subjetividad que tiene la persona ante una situación y la segunda la capacidad objetiva es decir su parte física.

Milán, M. (2011) al hablar de la calidad de vida específicamente de la diabetes mellitus, manifiesta varios índices que sirven de pilares fundamentales que se debe

tener en cuenta para determinar de la calidad de vida en pacientes con este diagnóstico, como son:

- **Satisfacción con el tratamiento:** si el tiempo que ocupa en revisiones de glucosa y el modelo de tratamiento en el que es atendido el paciente está de acuerdo a sus necesidades.
- **Impacto del tratamiento:** la frecuencia de los síntomas secundarios como secuelas del tratamiento, y la preocupación que tiene sobre la enfermedad.
- **Preocupación por aspectos sociales y vocacionales:** el impacto que genera malestar a nivel de la esfera social y laboral del paciente.
- **Preocupación por los efectos futuros:** malestar generación por preocupación del tratamiento y del crecimiento progresivo de la enfermedad.

Estos indicadores permiten interpretar como se encuentra la esfera afectiva, social, laboral y cognitiva de los pacientes con el diagnóstico de diabetes. A su vez, se asocia la calidad de vida netamente derivada de la economía con un enfoque laboral conjuntamente con la preocupación y el impacto de la enfermedad en dichos pacientes.

La Organización Mundial de la Salud-OMS (2016) define a la Calidad de Vida como la “percepción que un individuo tiene su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y sistema de valores en los que vive tomando en cuenta sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Este influido por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno”.

Indicadores de Calidad de vida (OMS, 2016)

1. Salud General
2. Salud Mental
3. Relaciones familiares
4. Relaciones sociales

Hanas (2005) manifiesta que la Diabetes Mellitus Tipo 2, se le conoce como la diabetes adulta y usualmente es diagnosticada después de los 35 años, no

desaparece completamente la capacidad de producir insulina, pero el cuerpo genera resistencia hacia esta hormona producida por el páncreas. Entonces se necesita un medicamento para lograr un balance, dichos medicamentos no contienen insulina sino son utilizados para generar sensibilidad a la insulina en el cuerpo, es de igual importancia la buena alimentación y ejercicio para su control.

La American Diabetes Association, ADA (2008) refiere que la DMT2 es una enfermedad en la que la insulina no funciona de manera correcta puesto esto las células no pueden utilizar a la glucosa como producción de energía, además de representar el 95% de la población de diabéticos.

ADA (2008) define los siguientes síntomas de la DMT2

- Necesidad frecuente de orinar
- Sed Persistente
- Hambre
- Picazón cutánea y sequedad
- Visión Borrosa
- Entumecimiento y hormigueo en las manos y los pies
- Cansancio y Debilidad
- Infecciones Gingivales o cutáneas

Yasuko (2009) expresa que la DM tipo 2 está asociada a una multiplicidad de condiciones y elementos donde el proceso de envejecimiento, el medio ambiente, la genética y la cultura interaccionan y forman parte de una manera compleja dando como resultado un incremento considerable de la enfermedad, frecuentemente en grupos de tipo social que han mudado rápidamente del estilo de vida tradicional al moderno, así como también de haber experimentado un proceso de adaptación. De manera especial se ha señalado que la obesidad, el sedentarismo y el estrés pueden ser factores determinantes para la presentación de estas y otras enfermedades, ya que se sabe que la diabetes viene incluida con una comorbilidad de enfermedades como cardíacas o gástricas que generen angustia y deterioro fisiológico, o avance de la enfermedad.

(Ardilla, 2013), Expresa que no existe una causa específica que provoque la diabetes mellitus tipo 2, no es contagiosa además se sabe que no es consecuencia del consumo excesivo de azúcar, tiene una connotación hereditaria, puede ser un desencadenante del sobre peso que genere resistencia a la insulina y agotarse del páncreas; en cuanto al tratamiento se utiliza antidiabéticos orales y en caso de progresión de la enfermedad inyecciones de insulina.

La OMS (2016) refiere que la diabetes mellitus tipo 2 también llamada no insulodependiente o de inicio de la vida adulta, se debe a una utilización ineficaz de la insulina por parte del organismo. Este tipo representa la mayoría de casos mundiales y debe gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a la diabetes tipo 1 pero menudo menos intensos, en consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones, en la actualidad se está manifestando también en niños. En una persona que vive con diabetes es necesario favorecer, mejorar, estructurar y mantener su calidad de vida, haciendo énfasis en las áreas que se puede ver afectada. Por lo tanto, se requiere un trabajo de equipo en que participen diferentes profesionales de salud, el paciente y su familia. Además, es indispensable desarrollar y fortalecer la empatía, a responsabilidad, la cooperación y comunicación.

2.3 Hipótesis

H1: Las creencias irracionales se relacionan con la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus 2.

H0: Las creencias irracionales no se relacionan con la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus 2.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y tipo de investigación

El estudio a realizarse es una investigación de tipo transversal, ya que la aplicación de los reactivos se realiza en una sola toma, mide la relación entre las variables en sujetos de un determinado contexto y evalúa las variaciones de comportamientos de una variable en función de las variaciones de otra variable.

3.2 Selección del área o ámbito de estudio

La investigación se realizó en el hospital básico de Pelileo perteneciente al Cantón Pelileo y en el Centro Gerontológico Patate perteneciente al Cantón Patate de la provincia de Tungurahua con pacientes que tengan diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 con el fin de investigar las creencias irracionales con la calidad de vida que poseen.

3.3 Población

De acuerdo a los datos proporcionados por el hospital básico de Pelileo se considera que la población que asiste es de 34 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2.

Así como también los datos brindados por el Centro Gerontológico de Patate considera que la población que asiste es de 36 Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

La población total es de 70 pacientes con diagnóstico de DMT2.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico Diabetes Mellitus 2
- Pacientes que asistan al Hospital Básico de Pelileo y en el Centro Gerontológico de Patate sin límite de edad.

Criterios de exclusión

- Pacientes en gestación
- Pacientes oncológicos
- Pacientes no videntes.

3.5 Diseño muestral

La presente investigación tiene una muestra de 70 pacientes con Diabetes Mellitus 2 provenientes del Hospital Básico de Pelileo, así como también del Centro Gerontológico de Patate y el tipo de muestreo utilizado es el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.

Se trabajará con el total de la población.

3.6 Operacionalización de variables

Variable Independiente: Creencias Irracionales

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Las creencias irracionales son desencadenadas por una situación, o evento activador presente o pasado que causa malestar emocional. APA (2015).	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de Aprobación • Altas auto-expectativas • Culpabilización • Control emocional • Evitación de problemas • Dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Curiosidad, interés por el mundo; • Amor por el conocimiento y el aprendizaje • Valentía • Perseverancia y diligencia • Amor, apego, capacidad de amar y ser amado • Simpatía • Ciudadanía, civismo, lealtad, trabajo en equipo • Sentido de la justicia, equidad • Modestia, humildad; • Prudencia 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 • 6-7 • 10-11 • 13-14 • 17-18 	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario de Creencias Irracionales CTI (validación Colombia)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Indefensión ante el cambio • Perfeccionismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciación de la belleza y la excelencia, capacidad de asombro • Gratitud 	<ul style="list-style-type: none"> • 20-21 	Confiabilidad 0,77
--	--	---	---	--------------------

TABLA N°1 Operacionalización V.I.

Fuente: Creencias Irracionales y Calidad de Vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Variable Dependiente: Calidad de vida

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Según la OMS (2015) la calidad de vida se manifiesta de una persona con respecto a su lugar en la existencia, cultura, metas, valores, expectativas normas e inquietudes, también se encuentra relacionado con la salud física, mental, habilidades sociales y nivel de independencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción • Impacto • Preocupación relativa a la diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo todo tipo de actividades físicas • Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física • Ningún dolor ni limitación • Evaluar la propia salud • Sentirse dinámico y lleno de energía • Llevar a cabo actividades sociales • Problemas con el trabajo u otras actividades diarias • Sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 • 4 • 2 • 5 • 3 • 21 • 37 • 41 	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario de Calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL).</p>

TABLA N°2 Operacionalización V.D.
Fuente: Creencias Irracionales y Calidad de Vida
Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

3.7 Descripción de los Reactivos Aplicados

Variable Independiente: Creencias Irracionales

Se aplicó el cuestionario de creencias irracionales para identificar las creencias irracionales predominantes en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2.

Instrumento: Test de Creencias Irracionales CTI

Autor: Calvete y Castaño (1999)

Validación: Chávez, L y Quinceno, N. (2010) Colombia.

Técnica: Encuesta

Evalúa: 8 Creencias Irracionales

Numero de ítems: 46

Administración: Individual

Alfa de Cronbach: 0.77

Confiabilidad: Moderada o respetable (dentro de lo aceptable)

Variable Dependiente: Calidad de Vida

Se aplicó la escala de calidad de vida específico para la diabetes mellitus para determinar el nivel de calidad de vida predominante en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2.

Instrumento: Cuestionario de Calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL).

Autor: Milan, M. (2002)

Validación: Barcelona-España. Milan, M. (2002).

Técnica: Encuesta

Evalúa: 3 dimensiones de calidad de vida

Numero de ítems: 43

Alfa de Cronbach: 0.81

Confiabilidad: Respetable

3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de la información.

- La presente investigación tiene una inclinación clínica, ya que la población que se eligió tiene un diagnóstico que hace referencia a una enfermedad progresiva del organismo. Por tanto, las implicaciones derivadas de esta patología tanto a nivel psíquico como social, definen su relevancia en la clínica psicológica.

- La diabetes es más que un problema de salud, ya que afecta no solo al paciente sino a su esfera social-familiar, de tal manera que se considera determinar con las variables de esta investigación los factores que influyan en el deterioro de la enfermedad, considerando el pensamiento como influencia en la enfermedad.

- Se estableció una población total, en base a dos muestras ya que el número de personas no era el suficiente para una considerable cantidad de población a investigar.

- Se escogió dicha población en base a los criterios de inclusión y exclusión, siendo las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, los participantes del presente proyecto de investigación.

- Los diferentes permisos necesarios fueron emitidos a entidades clínicas como son los Centros de Salud de Patate y Pelileo de la Provincia de Tungurahua en orden de la aplicación de los reactivos.

- Se elaboró y aplicó un consentimiento informado, mismo que es un documento legal donde se detallan cláusulas de aceptación, permisos y confidencialidad para la aplicación de test en los pacientes que van a ser investigados.

- Además de contar con los permisos institucionales y con el consentimiento informado, siguiendo los principios éticos, al ingresar al campo para la recolección de información se comunicó a la población los objetivos de la investigación y sus fines.

3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Con la población se procedió evaluar a través de Test de Creencias Irracionales CTI Calvete y Castaño (1999) que mide el tipo de creencias irracionales que posee la persona en su pensamiento y el Cuestionario de Calidad de vida específico para la Diabetes ESQDOL Milan (2002) que evalúa los factores predominantes que influyen la calidad de vida de pacientes con diabetes. Dichos reactivos se han planteado en las variables respectivas.

Luego se procedió a realizar tabulaciones de datos de dichos instrumentos con los que se les evaluó para comprobar las hipótesis planteadas en dicha investigación, y por último se calculó mediante la fórmula de Chi cuadrado de Pearson.

3.7 Aspectos éticos

La bioética forma parte de la preparación estudiantil y el ejercicio profesional de la psicología clínica, entonces la psicoética término acuñado alrededor de los años ochenta por Omar Franca y Javier Gafo comprende los siguientes principios que sirven de referencia para el análisis ético de la presente investigación.

El principio de autonomía refiere que el paciente tiene la capacidad de decidir en situaciones sanitarias que puedan afectarlo, así como el derecho de participación, analizando dicho principio, el mismo que fue aplicado en los pacientes al darle la libre decisión de colaborar con la aplicación de los reactivos.

El principio de la dignidad humana que habla acerca de los profesionales en este caso de salud mental que tiene como objetivo buscar un estatus de supremacía por encima de los demás seres de la creación. Por lo tanto, el psicólogo debe valorar la

dignidad de las personas, dicho esto a las personas que se les aplico los reactivos se les brindó un espacio aceptable e higiénico considerando este principio.

El principio de beneficencia que refiere que el psicólogo debe practicar el bien asegurando que el paciente se beneficie de su acto profesional, aplicando a la presente investigación las personas que serán beneficiadas con los resultados son los profesionales que adquirirán parámetros estadísticos a enfocar en cuanto a psicoterapia y se relaciona con el de no maleficencia con la procuración de no hacer daño.

El principio de justicia que se trata de un servicio igualitario para todos los posibles beneficiarios de la atención profesional del psicólogo y lo relacionamos con el respeto y consideración hacia todos los pacientes que se les aplico los reactivos.

La Constitución de la República del Ecuador establece:

El Art. 358, “El Sistema Nacional de Salud se guiará por los principios generales del Sistema Nacional de inclusión y Equidad social y por los de bioética, suficiencia, interculturalidad, con enfoque de género y generacional”.

El Art. 7 que corresponde a Derechos y Deberes de las personas y el Estado en relación con la Salud:

1. Ser oportunamente informado sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con la salud, así como usos, efectos, costos y calidad, a recibir consejería y asesoría personal capacitada antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.
2. Ejercer autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos diagnósticos y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la persona y para la salud pública.
3. No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito, ni ser sometido a

pruebas exámenes diagnósticos excepto cuando la ley expresamente lo determine o en un caso de emergencia o urgencia peligre su vida.

4. El Art. 2017 que corresponde de la investigación científica en salud dice> “La investigación científica en salud, así como el uso y desarrollo de la biotecnología se realizara orientada a las prioridades y necesidades nacionales, con sujeción a principios bioéticos, con enfoques pluricultural, de derechos y de género, incorporado las medicinas tradicionales y alternativas”.
5. El Código de Ética de la UTA aprobado el 23 de octubre de 2015 en el artículo 13, numeral 2 señala que se debe cumplir las normas gubernamentales e institucionales que regulan la investigación, como las que velan por la protección de los sujetos humanos, el confort y tratamiento de los seres humanos, de los animales y del medio ambiente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis de los resultados

4.1.1 Datos Sociodemográficos

Edad

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
27-47	1	1%
48-68	37	53%
69-85	32	46%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°3 Edad

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

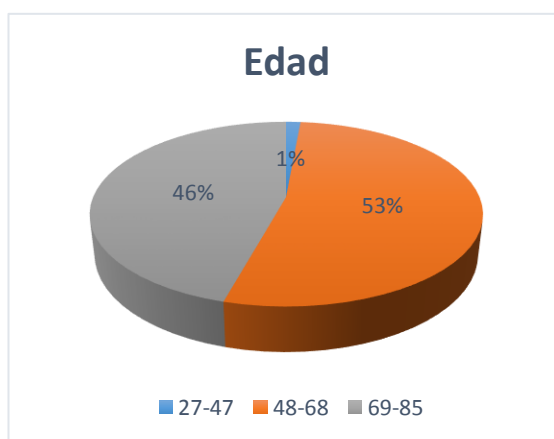


FIGURA N°1 Edad

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a su edad. Se obtuvo que las edades de 27 a 47 años representan el 1%, de 46 a 56 años el 53% y por último 57 a 67 años representan el 46%.

En cuanto a la edad frecuente se puede observar que los porcentajes de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Hospital básico de Pelileo y Centro geriátrico de Patate son elevados en los grupos de edades de 48 a 85 años.

Sexo

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	12	17%
Mujer	58	83%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°4 Sexo

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

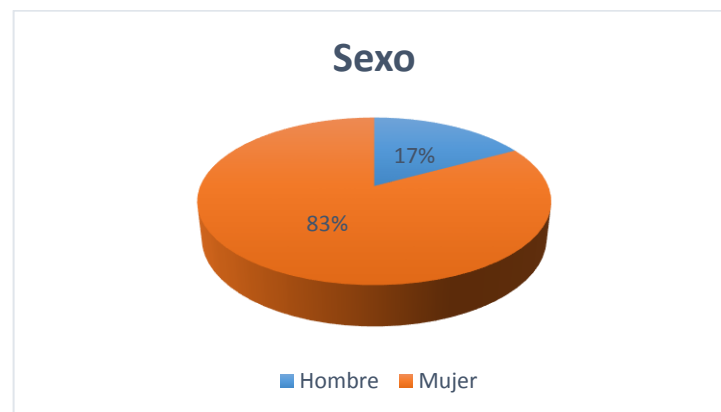


FIGURA N°2 Sexo

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a su sexo. Se obtuvo que los pacientes hombre representan el 17% y las mujeres representan el 83%.

En cuanto al sexo predominante de los evaluados con diabetes mellitus 2 se obtuvo que existe mayor población de mujeres que padecen de la enfermedad.

Nivel Socioeconómico

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	0	0%
Medio	16	23%
Bajo	54	77%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°5 Nivel socioeconómico

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)



FIGURA N°3 Nivel socioeconómico

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a su nivel socioeconómico. Se obtuvo que el 0% pertenece a un nivel socio económico alto, nivel socio económico medio 23%, y 77% pertenecer a nivel socio económico bajo.

La mayoría de pacientes que asisten al Hospital básico Pelileo y Centro geriátrico de Patate en cuanto a su nivel socioeconómico se clasifica en un nivel de bajos recursos y le sigue medio, la falta de recursos imposibilita la mayoría de las ocasiones recibir medicación, así como gastos que esta enfermedad conllevan.

4.1.2 Cuadro general de creencias irracionales

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Necesidad de aprobación	10	14%
Altas autoexpectativas	0	0%
Culpabilización	34	49%
Indefensión acerca del cambio	2	3%
Evitación del problema	2	3%
Dependencia	22	31%
Influencia del pasado	0	0%
Perfeccionismo	0	0%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°6 Cuadro general de creencia irracionales

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

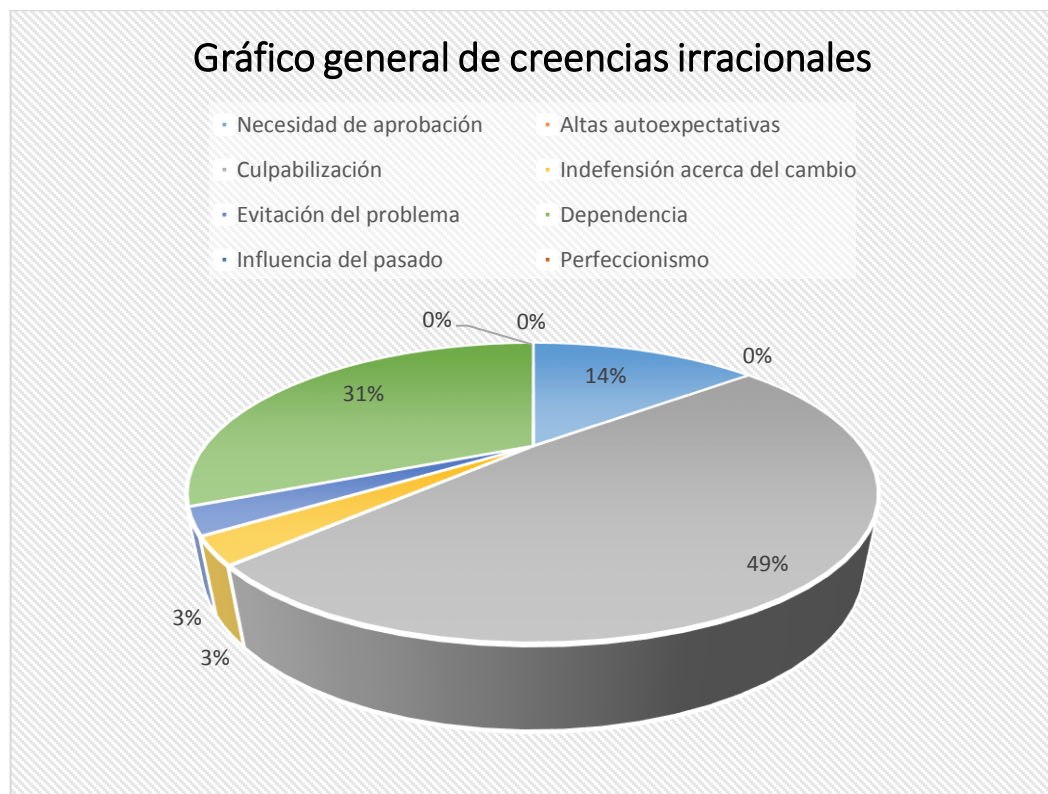


FIGURA N°4 Gráfico general de creencias irracionales

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a las creencias irracionales. Se obtuvo que necesidad de aprobación representa el 14%, altas autoexpectativas con 0%,

culpabilización 49%, indefensión acerca del cambio 3%, evitación del problema 3%, dependencia 31%, influencia del pasado 0% y perfeccionismo 0%.

En cuanto a los datos generales que se obtuvieron en las creencias irracionales el mayor porcentaje corresponde a creencia irracional culpabilización debido que los pacientes manifiestan que son culpables de haber adquirido esta enfermedad lo que ha hecho que presenten ideas negativas acerca de sí mismos, le siguió la creencia irracional de dependencia debido que los pacientes manifiestan sus ideas de depender por su enfermedad de otras personas para sobrevivir, tanto física como psicológicamente, las siguientes creencias irracionales puntuadas bajas fueron necesidad de aprobación, indefensión del pasado y evitación del problema respectivamente.

4.1.3 Cuadro general de calidad de vida

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Satisfacción	4	6%
Impacto	10	14%
Preocupación: social/vocacional	16	23%
Preocupación relacionada con la diabetes	40	57%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°7 Cuadro general de calidad de vida
Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida
Elaborado por: Álvarez, L. (2017)



FIGURA N°5 Gráfico general de calidad de vida
Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida
Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a la calidad de vida. Se obtuvo en satisfacción el 6%, en impacto 14%, en preocupación: social/vocacional 23% y preocupación relacionada con la diabetes 57%.

En cuanto a los resultados generales acerca de la calidad de vida que perciben los pacientes evaluados se obtiene que la preocupación relacionada con la diabetes es alta debido que es una enfermedad que en algunos casos la empiezan a vivir y en otros ya la tienen por varios años sin embargo la preocupación podría ser por la calidad de vida y el consumo de alimentos entre otros. Le siguió la preocupación social y vocacional donde manifiestan su preocupación por que no pueden disfrutar de eventos sociales con normalidad por las restricciones de su enfermedad.

4.1.3 Variable independiente: Creencias Irracionales

Necesidad de aprobación

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No estoy de acuerdo	22	32%
Desacuerdo moderado	24	34%
Acuerdo moderado	14	20%
Estoy totalmente de acuerdo	10	14%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°8 Necesidad de aprobación

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)



FIGURA N°6 Necesidad de aprobación

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a la necesidad de aprobación. Se obtuvo que el 32% respondió no estoy de acuerdo, desacuerdo moderado el 34%, acuerdo moderado 20%, y 14% estoy totalmente de acuerdo.

En cuanto a la primera creencia irracional acerca de la necesidad de aprobación en la esfera interpersonal se puede ver que las personas no sienten el deseo de que otros los aprueben por tener esta enfermedad, debido que no es una enfermedad contagiosa según refieren.

Altas autoexpectativas

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No estoy de acuerdo	22	31%
Desacuerdo moderado	42	60%
Acuerdo moderado	6	9%
Estoy totalmente de acuerdo	0	0%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°9 Altas autoexpectativas

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)



FIGURA N°7 Altas autoexpectativas

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a las altas autoexpectativas. Se obtuvo que el 31% respondió no estoy de acuerdo, desacuerdo moderado el 60%, acuerdo moderado 9%, y 0% estoy totalmente de acuerdo.

En las autoexpectativas se puede interpretar que la mayoría de evaluados no está de acuerdo con esta creencia irracional debido que ya han aceptado varios factores y síntomas que la enfermedad acarea, por lo que no tienen niveles de exigencias altas.

Culpabilización

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No estoy de acuerdo	8	11%
Desacuerdo moderado	12	17%
Acuerdo moderado	16	23%
Estoy totalmente de acuerdo	34	49%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°10 Culpabilización

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

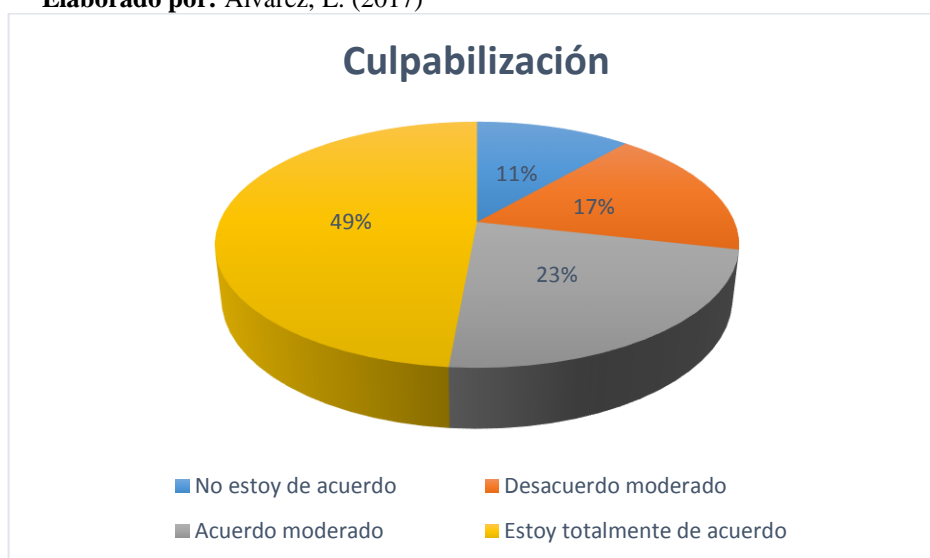


FIGURA N°8 Culpabilización

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a la culpabilización. Se obtuvo que el 11% respondió no estoy de acuerdo, desacuerdo moderado el 17%, acuerdo moderado 23%, y 49% estoy totalmente de acuerdo.

Los sentimientos de culpa o las creencias irracionales de culpabilización si esta presentes de manera elevada en la población evaluada debido que en reiteradas ocasiones se culpabilizan por no haber tomado las medidas suficientes para prevenir la enfermedad.

Indefensión acerca del cambio

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No estoy de acuerdo	10	14%
Desacuerdo moderado	40	57%
Acuerdo moderado	18	26%
Estoy totalmente de acuerdo	2	3%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°11 Indefensión acerca del cambio

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

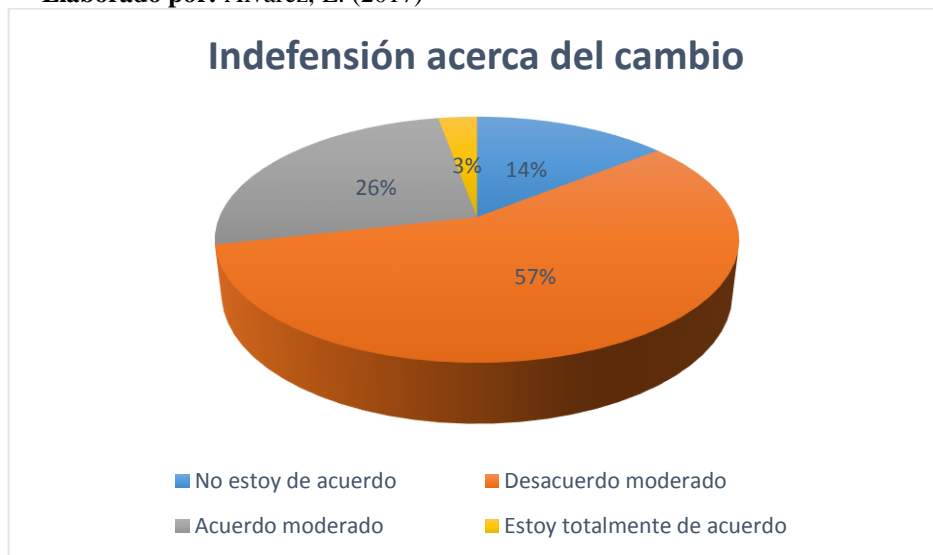


FIGURA N°9 Indefensión acerca del cambio

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a la indefensión acerca del cambio. Se obtuvo que el 14% respondió no estoy de acuerdo, desacuerdo moderado el 57%, acuerdo moderado 26%, y 3% estoy totalmente de acuerdo.

En esta creencia de indefensión acerca del cambio se puede observar que no es arraigado en la forma de pensar de los evaluados, debido que tienen el conocimiento que no pueden cambiar su diagnóstico.

Evitación del problema

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No estoy de acuerdo	16	23%
Desacuerdo moderado	34	48%
Acuerdo moderado	18	26%
Estoy totalmente de acuerdo	2	3%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°12 Evitación del problema
Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida
Elaborado por: Álvarez, L. (2017)



FIGURA N°10 Evitación del problema
Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida
Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes evaluados con respecto a la evitación del problema. Se obtuvo que el 23% respondió no estoy de acuerdo, desacuerdo moderado el 48%, acuerdo moderado 26%, y 3% estoy totalmente de acuerdo.

Es importante recalcar que los pacientes no evitan el problema del que padecen más bien están conscientes que deben afrontarlo, sin embargo, podría ser un factor el no tener las estrategias de afrontamiento necesarias para saber sobrellevarlo.

Dependencia

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No estoy de acuerdo	10	14%
Desacuerdo moderado	20	29%
Acuerdo moderado	18	26%
Estoy totalmente de acuerdo	22	31%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°13 Dependencia

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

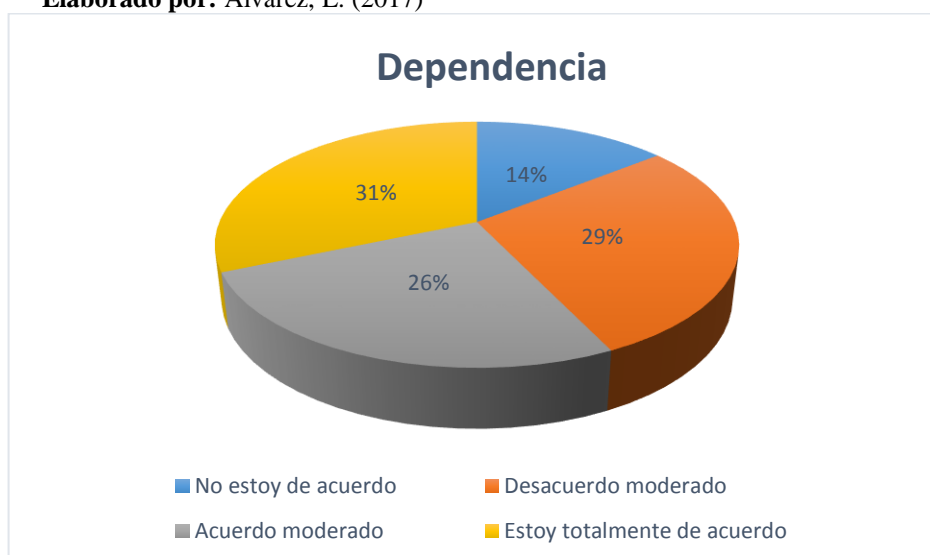


FIGURA N°11 Dependencia

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a la dependencia. Se obtuvo que el 14% respondió no estoy de acuerdo, desacuerdo moderado el 29%, acuerdo moderado 26%, y 31% estoy totalmente de acuerdo.

Esta creencia irracional si se encuentra afectada en una medida elevada debido que producto de la enfermedad los pacientes si sienten haber generado mayor dependencia con otros por la alimentación e incluso a nivel emocional.

Influencia del pasado

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No estoy de acuerdo	6	9%
Desacuerdo moderado	42	60%
Acuerdo moderado	22	31%
Estoy totalmente de acuerdo	0	0%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°14 Influencia del pasado

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

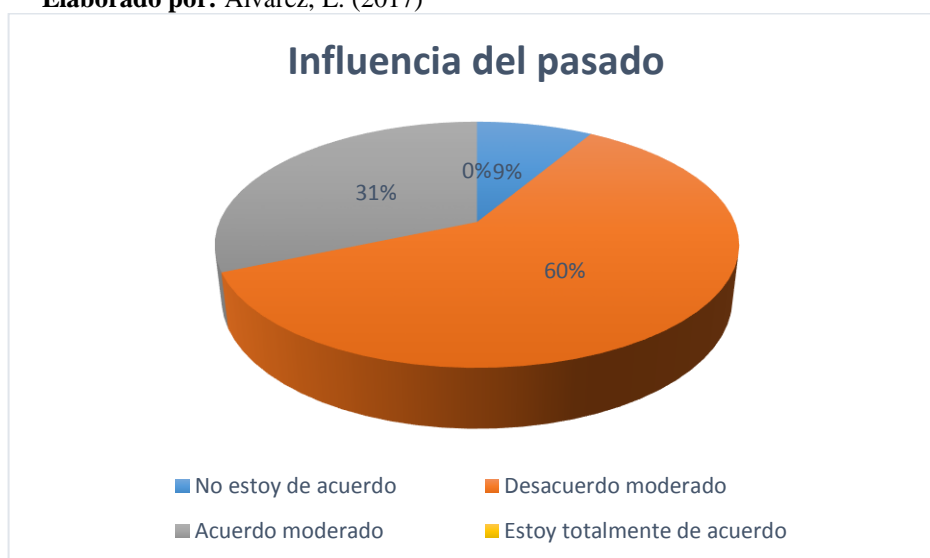


FIGURA N°12 Influencia del pasado

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a la influencia del pasado. Se obtuvo que el 9% respondió no estoy de acuerdo, desacuerdo moderado el 60%, acuerdo moderado 31%, y 0% estoy totalmente de acuerdo.

No existen datos elevados que confirmen que la influencia del pasado sea una creencia irracional frecuente entre los evaluados porque refieren vivir solo el presente que tienen es decir habido una mayor aceptación del diagnóstico.

Perfeccionismo

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No estoy de acuerdo	44	63%
Desacuerdo moderado	22	31%
Acuerdo moderado	4	6%
Estoy totalmente de acuerdo	0	0%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°15 Perfeccionismo

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)



FIGURA N°13 Perfeccionismo

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto al perfeccionismo. Se obtuvo que el 63% respondió no estoy de acuerdo, desacuerdo moderado el 31%, acuerdo moderado 6%, y 0% estoy totalmente de acuerdo.

Dentro de la creencia irracional de perfeccionismo no se puntúan datos elevados de frecuencia entre los investigados por lo que no es relevante la misma en este estudio.

4.1.4 Variable dependiente: Calidad de Vida

Satisfacción

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy satisfecho	4	6%
Más o menos satisfecho	14	20%
Ninguno	22	31%
Más o menos insatisfecho	26	37%
Muy insatisfecho	4	6%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°16 Satisfacción

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)



FIGURA N°14 Satisfacción

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a la satisfacción. Se obtuvo que el 6% respondió que se encuentra muy satisfecho, más o menos satisfecho el 20%, ninguno 31%, más o menos insatisfecho 37% y 6% muy insatisfecho.

En cuanto a la valoración de la calidad de vida de los pacientes y la satisfacción que sienten hacia la misma los datos registran que en la mayoría existe predominancia de insatisfacción de la calidad de vida que llevan.

Impacto

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy satisfecho	12	17%
Más o menos satisfecho	24	34%
Ninguno	4	6%
Más o menos insatisfecho	20	29%
Muy insatisfecho	10	14%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°17 Impacto

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

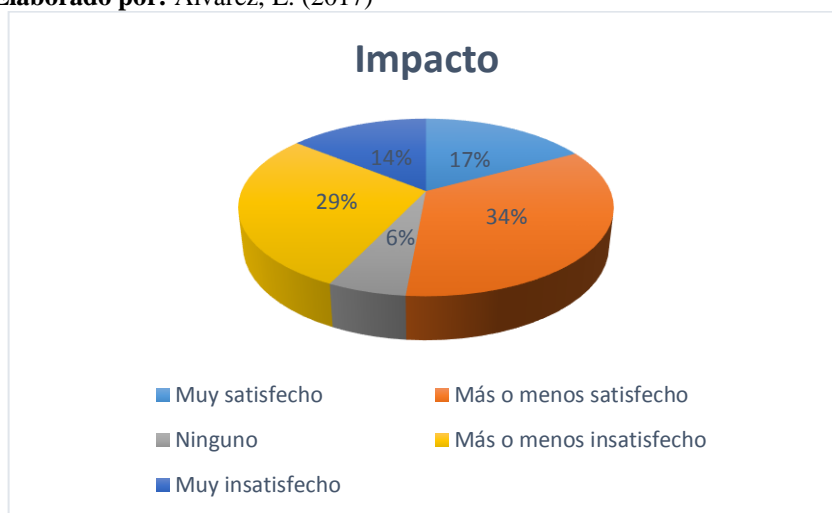


FIGURA N°15 Impacto

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto al impacto. Se obtuvo que el 17% respondió que se encuentra muy satisfecho, más o menos satisfecho el 34%, ninguno 6%, más o menos insatisfecho 29% y 14% muy insatisfecho.

En cuanto al impacto que ha producido el tener el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en los pacientes investigados se puede observar que el impacto en su mayoría es negativo, debido que refieren sentimientos de soledad y culpabilidad de haber ocasionado la enfermedad.

Preocupación: social/vocacional

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy satisfecho	8	11%
Más o menos satisfecho	24	34%
Ninguno	6	9%
Más o menos insatisfecho	16	23%
Muy insatisfecho	16	23%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°18 Preocupación: social/vocacional
Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida
Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

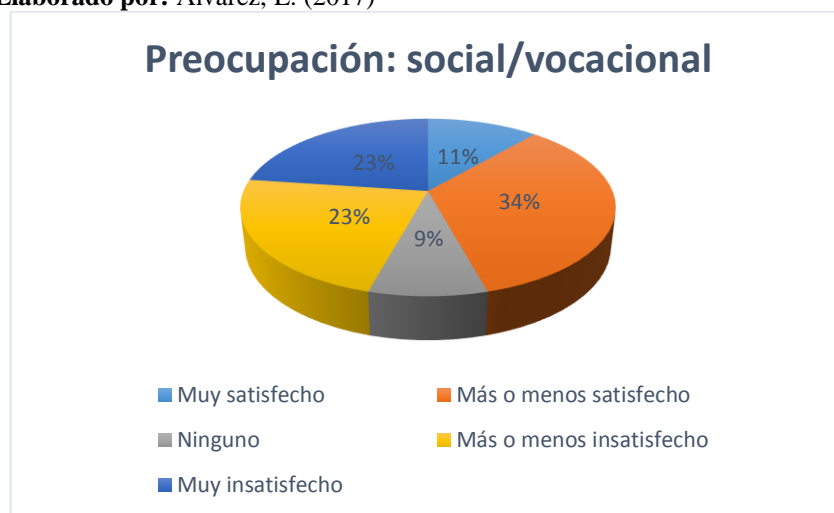


FIGURA N°16 Preocupación: social/ vocacional
Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida
Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a la Preocupación: social/vocacional. Se obtuvo que el 11% respondió que se encuentra muy satisfecho, más o menos satisfecho el 34%, ninguno 9%, más o menos insatisfecho 23% y 23% muy insatisfecho.

Dentro de las preocupaciones que padecen los pacientes investigados se puede interpretar que la mayor preocupación está relacionada en el ámbito social y vocacional debido que en la mayoría de casos el aislamiento es frecuente y el no contar con apoyo social suficiente hace que la calidad de vida disminuya.

Preocupación relacionada con la diabetes

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy satisfecho	0	0%
Más o menos satisfecho	16	23%
Ninguno	4	6%
Más o menos insatisfecho	10	14%
Muy insatisfecho	40	57%
TOTAL	70	100 %

TABLA N°19 Preocupación relacionada con la diabetes

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

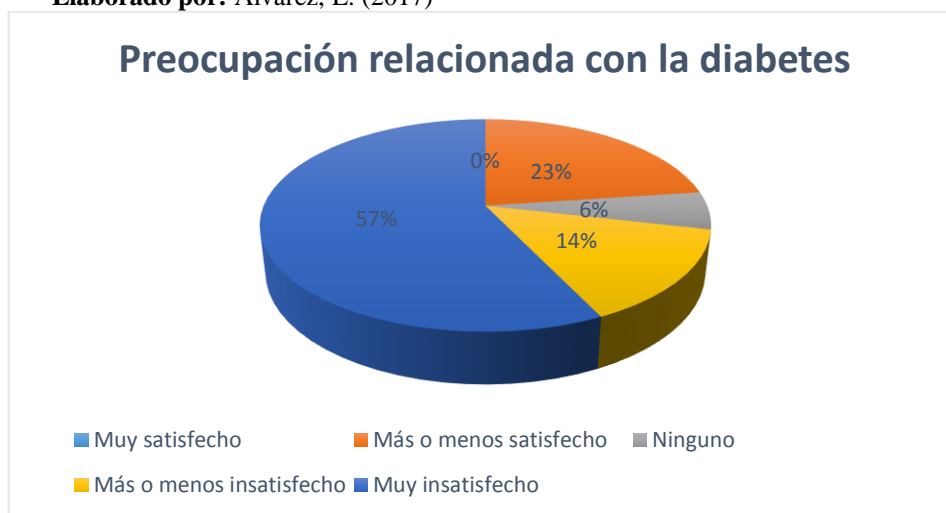


FIGURA N°17 Preocupación relacionada con la diabetes

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

Análisis e Interpretación

En 70 pacientes aplicados con respecto a la preocupación relacionada con la diabetes. Se obtuvo que el 0% respondió que se encuentra muy satisfecho, más o menos satisfecho el 23%, ninguno 6%, más o menos insatisfecho 14% y 57% muy insatisfecho.

Con respecto a la preocupación relacionada a la diabetes se puede interpretar que la mayoría de los pacientes sienten una preocupación relevante, debido que no pueden acceder a la medicación necesaria y por escasos recursos dejan de consumirla, además por el pronóstico y avance de la enfermedad.

4.2 Verificación de la hipótesis

4.2.1 Hipótesis alterna

Las creencias irracionales si se relacionan con la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus 2.

4.2.2 Hipótesis nula

Las creencias irracionales no se relacionan con la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus 2.

4.2.3 Tablas de contingencia

		Calidad de vida				Total
		Satisfacción	Impacto	Preocupación: social/vocacional	Preocupación relacionada con la diabetes	
Creencias Irracionales	Necesidad de aprobación	0	4	6	0	10
	Culpabilización	0	4	6	24	34
	Indefensión acerca del cambio	2	0	0	0	2
	Evitación del problema	2	0	0	0	2
	Dependencia	0	2	4	16	22
Total		4	10	16	40	70

TABLA N°20 Tabla contingencia creencias irracionales y sexo

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Creencias Irracionales * Calidad de vida	70	100,0%	0	0,0%	70	100,0%

TABLA N°21 Procesamiento de casos creencias irracionales y calidad de vida

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Creencias Irracionales	Necesidad de aprobación	4	6	10
	Culpabilización	5	29	34
	Indefensión acerca del cambio	0	2	2
	Evitación del problema	1	1	2
	Dependencia	2	20	22
Total		12	58	70

TABLA N°22 Tabla contingencia creencias irracionales y sexo

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	89,342 ^a	12	,000
Razón de verosimilitudes	52,279	12	,000
Asociación lineal por lineal	2,616	1	,106
N de casos válidos	70		

a. 15 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

TABLA N°23 CHI2

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

ANÁLISIS

En cuanto al chi – cuadrado de Pearson la fórmula obtenida fue: $X^2(12) = 89,342^a$, $p < 0.00$, $N = 70$, por lo tanto, se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la Hipótesis alterna por lo tanto se comprueba que las creencias irracionales si se relacionan con la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus 2.

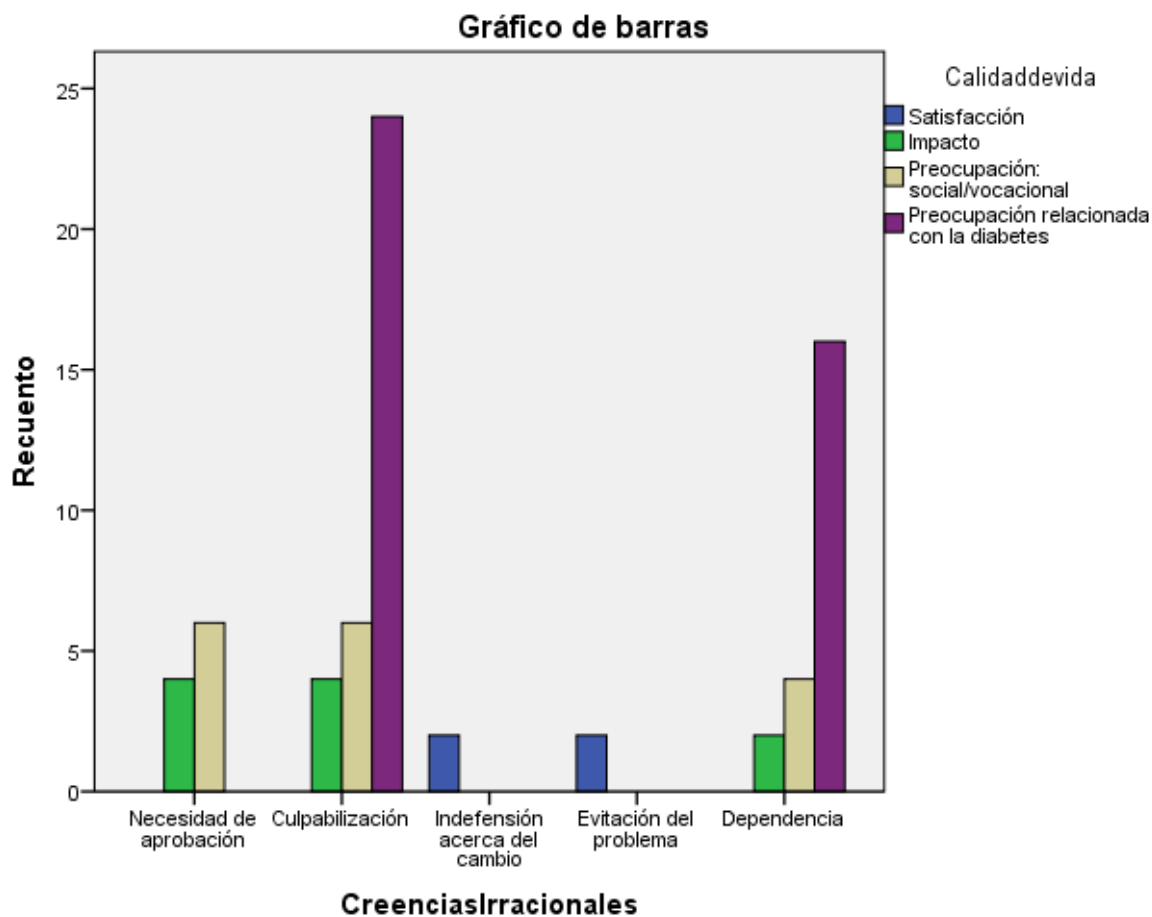


FIGURA N°18 CHI 2

Fuente: Creencias irracionales y calidad de vida

Elaborado por: Álvarez, L. (2017)

INTERPRETACIÓN

A través de los datos obtenidos con el Chi2 de Pearson comprueban, que de un total de 70 personas con diabetes mellitus 2 evaluados, en el 100% de los casos las creencias irracionales se relación con la calidad de vida que presentan. Lo que significa que según las creencias que el paciente posea será su calidad de vida.

Siendo así importante trabajar en modificar las creencias de los pacientes para promover una mejor calidad de vida y aceptación de la enfermedad.

4.3 Conclusiones y recomendaciones

4.3.1 Conclusiones

- Se concluye que las creencias irracionales se relacionan con la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, por la comprobación estadística del CHI 2 de Pearson a través del programa SPSS 20.0 para Windows. Se demuestra que en el 100% de los casos presentan relación en cada variable, donde las creencias irracionales determinan ciertos aspectos de la calidad de vida de los investigados por lo que deben ser modificadas para mejorar la calidad de vida.
- También se concluye según el primer objetivo específico que la creencia irracional predominante en los pacientes con diabetes mellitus 2 es: la culpabilización con el 49% entre los evaluados, debido que manifiestan sentirse culpables por adquirir la enfermedad que padecen, la segunda creencia irracional fue la dependencia con un porcentaje de 31%, esto se debe a que los pacientes se sienten dependientes de otras personas para poder sobrevivir tanto a nivel físico y psicológico. Las demás creencias irracionales como necesidad de aprobación, indefensión acerca del cambio y evitación del problema obtuvieron bajas puntuaciones.
- En el segundo objetivo se hace referencia a la identificación de factores predominantes que influyen en la calidad de vida que poseen los pacientes con diabetes mellitus 2 donde: la preocupación relacionada a la diabetes es la más frecuente con 57%, le sigue la preocupación social/ vocacional con 23% y con menos puntaje se encuentra el impacto y la satisfacción. Las preocupaciones relevantes se deben a la disminución de las relaciones sociales por no poder consumir los mismos alimentos como las demás personas, y esto a su vez afecta significativamente a la salud mental.

- Con respecto a la creencia irracional de mayor frecuencia en las mujeres se obtiene que: la culpabilización es la más puntuada sobre todo por haber adquirido la enfermedad, le sigue la dependencia que en este caso es física y psicológica por padecer la enfermedad. Se puede interpretar que la predominancia de estas creencias en las mujeres se debe a los constructos antropológicos del sistema sexo género.

4.3.2 Recomendaciones

- A partir de los resultados obtenidos donde se confirma la relación entre las creencias irracionales con la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, se recomienda que se estructuren proyectos de intervención psicoterapéutica, para trabajar en mejorar la salud mental y calidad de vida en todas sus esferas tanto personal, familiar, social y laboral.
- Se recomienda crear un protocolo de intervención psicológica cognitivo conductual que permita trabajar en modificar las creencias irracionales que presentan los investigados y generan conflicto, con el que se contribuir eficazmente el tratamiento en la intervención terapéutica.
- En pacientes con diagnóstico se detectó deterioro en ciertos aspectos de la calidad de vida por lo que se recomienda realizar talleres grupales psicoterapéuticos para fortalecer la responsabilidad que tienen los pacientes sobre su calidad de vida donde se doten de estrategias de afrontamiento y aceptación de la enfermedad, así como generar habilidades sociales que les permitan adaptarse y cohesionarse a un grupo de apoyo.
- Es recomendable trabajar en campañas de psicoeducación donde se trabaje con las sensaciones y reacciones que perciben las personas investigadas conjuntamente con su familia, no solo brindando información sino abarcando aspectos cognoscitivos, esferas afectivas y emocionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Bados, A. (2008). *Labrador (Coord) Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid – España: Pirámide.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao – España: Desclee de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Madrid – España. : Gedisa.
- Casanova, M., Trasancos, M., Orraca, O., Prats, O., & Gómez, D. (2011). Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz. *Scielo*.
- Celis, D., & Nelson, M. (2016). *Memorias del V Congreso de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología* (. ALFEPSI).
- Department of Clinical Psychology and Psychotherapy. (2015). Irrational Beliefs and Psychological Distress: A Meta-Analysis. . *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(1), 8-15.
- Ellis, A. (2010). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Desclee.

LINKOGRAFÍA

- Arana, K. (2014). *Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos. Centro de atención del adulto mayor “tayta wasi” – vmt, lima*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4164/1/Lagos_ak.pdf
- Asociación Ecuatoria de Psicólogos. (2016). *Ideas irracionales y adicción al entrenamiento en gimnasios de la ciudad de Latacunga*. Obtenido de <http://asoecuatorianadepsicologos.webs.com/linksdeinters.htm>
- Calero, A. (2014). *El Telégrafo*. Obtenido de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/salud/38/la-unidad-especial-del-hospital-docente-de-ambato-asiste-a-15-pacientes-al-mes>
- Calderón, J. (2015). *Creencias Irracionales y Diabetes*. Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Calderon-Jose.pdf>
- Gómez, J. (2015). *Un importante paso, en el mundo laboral, para las personas con diabetes*. Obtenido de Fundación para la diabetes: <http://www.fundaciondiabetes.org/diamundial/articulo/139/un-importante-paso-en-el-mundo-laboral-para-las-personas-con-diabetes>
- Guerrero, S., Valenzuela, S., & Cid, P. (2016). *Prevalencia de la Cobertura Universal Efectiva de la diabetes mellitus tipo 2*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692017000100324&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- INEC. (2013). *Diabetes y enfermedades hipertensivas entre las principales causas de muerte en el 2013*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/diabetes-y-enfermedades-hipertensivas-entre-las-principales-causas-de-muerte-en-el-2013/>
- INEC. (2015). Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Revista_Estadistica/Revista_de_Estadistica_y_Metodologias-Tomo-I.pdf
- Ñaki, L. (2017). *Prevenir la falta de motivación*. Obtenido de Fundación para la Diabetes: <http://www.fundaciondiabetes.org/diamundial/articulos>

- OCDE.(2015). Obtenido de
<http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/mexico-es/>
- OMS. (2015). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles* . Obtenido de
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., . . .
 Cano, R. (2004). *Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus*. Obtenido de Redalyc:
<http://www.redalyc.org/pdf/559/55923103.pdf>
- Rodríguez, E., Campillo, M., & Avilés, M. (2013).
Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia .
 Obtenido de <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>
- Rodríguez, L., & Zambrano, G. (2014).
La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. Obtenido de
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/9261/11928>
- Sánchez, J. (2012). *Cybertesis*. Obtenido de Calidad de vida y autoconcepto en
 pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3279/1/Portilla_gl.pdf
- Universidad Técnica de Ambato. (2015). *Código de ética para las autoridades, profesores, servidores, trabajadores y estudiantes de la UTA*. Obtenido de
<http://www.uta.edu.ec/v3.0/pdf/uta/codigoetica.pdf>
- Yasuko, A. (2009). *Proquest*. Obtenido de La capacidad y el bienestar subjetivo
 como dimensiones de estudio de la calidad de vida. Colombia: Red Revista
 Colombiana de Psicología:
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10316827&p00=La+capacidad+y+el+bienestar+subjetivo+como+dimensiones+de+estudio+de+la+calidad+de+vida>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA

PROQUEST Álvarez, L. (2014). *Proquest*. Obtenido de Caracterización de las creencias irracionales del trastorno histriónico de la personalidad. Psicogente:http://www.proquest.org.co/scielo.php?pid=S0124-01372014000100010&script=sci_abstract&tlng=es

PROQUEST Yasuko, A. (2009) La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la calidad de vida. Colombia: Red Revista Colombiana de Psicología. Recuperado 10 de mayo de 2015.

SCOPUS Ardilla, R. (2013) Calidad de vida una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, 35, (2), 161-164. Recuperado de: [67http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion_12P/80535203_calidad_de_vida_conceptos_redalyc.pdf](http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion_12P/80535203_calidad_de_vida_conceptos_redalyc.pdf)

ANEXOS

ANEXO I

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES TCI

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES

Validación en la población de la ciudad de Medellín Chaves y Quiceno (2009)

A continuación, encontrará una serie de frases que una persona podría emplear para describirse a sí misma. Por favor lea cada frase y decida que tan bien lo describen a usted, luego evalúe que grado de acuerdo o desacuerdo tiene usted sobre las frases y señale una opción adecuada según la siguiente escala.

1 No estoy de acuerdo	2 Desacuerdo moderado	3 Acuerdo moderado	4 Estoy totalmente de acuerdo
------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

1. Me gusta el respeto de otros, pero no necesito tenerlo	1	2	3	4
2. Quiero agradarle a todo el mundo	1	2	3	4
3. Me siento bien conmigo mismo, aunque no le caiga bien a otras personas	1	2	3	4
4. Si no le agrado a otras personas, es su problema, no el mío	1	2	3	4
5. Aunque me gusta la aprobación, no es real una necesidad para mi	1	2	3	4
6. Es molesto pero no insoportable que me critiquen	1	2	3	4
7. Odio fallar en cualquier cosa	1	2	3	4
8. Me gusta tener éxito en cualquier cosa, pero no siento que lo tenga que lograr	1	2	3	4
9. Para mi es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago	1	2	3	4
10. No me importa realizar las cosas que sé que no puedo hacer bien	1	2	3	4
11. Las personas que actúan mal, merecen que les vaya mal	1	2	3	4
12. Muchas personas malas, escapan al castigo que merecen	1	2	3	4
13. Aquellos que actúan mal deben ser castigados	1	2	3	4
14. La inmoralidad debería castigarse drásticamente	1	2	3	4
15. Todo el mundo es esencialmente bueno	1	2	3	4
16. Es injusto que se trate por igual, a buenos y a malos	1	2	3	4
17. Nadie es malo, incluso cuando sus actos lo sean	1	2	3	4
18. Si una persona quiere, puede ser feliz bajo cualquier circunstancia	1	2	3	4
19. Las personas no se ven afectadas por las situaciones, sino por la fama que las ven	1	2	3	4
20. Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo	1	2	3	4
21. Las personas que son infelices se han hecho a sí mismas de esa manera	1	2	3	4
22. Una persona permanecerá mucho tiempo enojada o triste si se mantiene a sí misma de esa manera	1	2	3	4
23. Las cosas son insoportables dependiendo de cómo las interprete	1	2	3	4
24. La persona hace su propio infierno dentro de sí misma	1	2	3	4
25. La gente es más feliz cuando tiene problemas que superar	1	2	3	4
26. Una vida fácil rara vez es recompensante	1	2	3	4
27. Todo el mundo necesita alguien de quien depender para que los ayuden o aconsejen	1	2	3	4
28. Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie	1	2	3	4

29. Finalmente soy yo quien realmente puede afrontar mis problemas	1	2	3	4
30. Me disgusta que otros tomen decisiones por mi	1	2	3	4
31. Necesito que otras personas me aconsejen	1	2	3	4
32. Siempre nos acompañarán los mismos problemas	1	2	3	4
33. Es casi imposible superar las influencias del pasado	1	2	3	4
34. Si algo me afecto en el pasado, no significa que vaya a afectarme nuevamente	1	2	3	4
35. Pienso que experiencias del pasado me afectan ahora	1	2	3	4
36. Somos el resultado de nuestras experiencias pasadas	1	2	3	4
37. Una vez que algo afecta mi vida, siempre lo hará	1	2	3	4
38. La gente nunca cambia	1	2	3	4
39. Existe una forma correcta de hacer cada cosa	1	2	3	4
40. No hay una solución perfecta para las cosas	1	2	3	4
41. Es difícil encontrar la solución ideal a las circunstancias de la vida	1	2	3	4
42. Todo problema tiene una solución correcta	1	2	3	4
43. Rara vez hay una solución ideal para las cosas	1	2	3	4

Descripción del Reactivo

El Test de Creencias Irracionales evalúa 8 creencias, compuesto el reactivo por 46 ítems cuyas dimensiones a evaluar son:

- Necesidad de Aprobación
- Altas auto-expectativas
- Culpabilización
- Control emocional
- Evitación de problemas
- Dependencia
- Indefensión ante el cambio
- Perfeccionismo

En cuanto a la calificación e interpretación donde se realiza mediante la eliminación de ítems distractores y utilización de ítems básicos para su calificación, tienen un coste de respuesta de 0 a 4 según sea el grado de acuerdo al ítem.

Los ítems básicos que se toman en cuenta para la calificación son:

- 1-2
- 6-7
- 10-11
- 13-14
- 17-18
- 20-21

Según los ítems se realiza la interpretación a que creencia o dimensión pertenece, según el contexto de la población. La puntuación total es la sumatoria de las puntuaciones de los ítems básicos en el test.

ANEXO II

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA DIABETES

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA LA DIABETES MELLITUS (ESDQOL) MILAN M.

A continuación, encontrará una serie de frases que una persona podría emplear para describirse a sí misma. Por favor lea cada frase y decida que tan bien lo describen a usted, luego evalúe que grado de satisfacción tiene usted sobre las frases y señale una opción adecuada según la siguiente escala.

SATISFACCIÓN	
1. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?	1 2 3 4
2. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones?	1 2 3 4
3. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?	1 2 3 4
4. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?	1 2 3 4
5. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?	1 2 3 4
6. ¿Está usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia?	1 2 3 4
7. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?	1 2 3 4
8. ¿Está usted satisfecho con su sueño?	1 2 3 4
9. ¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?	1 2 3 4
10. ¿Está usted satisfecho con su vida sexual?	1 2 3 4
11. ¿Está usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar?	1 2 3 4
12. ¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?	1 2 3 4
13. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?	1 2 3 4
14. ¿Está usted satisfecho con su tiempo libre?	1 2 3 4
15. ¿Está usted satisfecho con su vida en general?	1 2 3 4
IMPACTO	
16. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?	1 2 3 4
17. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?	1 2 3 4
18. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1 2 3 4
19. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?	1 2 3 4
20. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para dormir?	1 2 3 4
21. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?	1 2 3 4
22. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1 2 3 4
23. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?	1 2 3 4

24. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. ej., máquina de escribir)?	1 2 3 4
25. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?	1 2 3 4
26. ¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?	1 2 3 4
27. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted mismo explicándose qué significa tener diabetes?	1 2 3 4
28. ¿Con qué frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?	1 2 3 4
29. ¿Con qué frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?	1 2 3 4
30. ¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al cuarto de baño más que los demás?	1 2 3 4
31. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes?	1 2 3 4
32. ¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?	1 2 3 4
PREOCUPACIÓN: SOCIAL/ VOCACIONAL	
33. ¿Con qué frecuencia le preocupa si se casará	1 2 3 4
34. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá hijos?	1 2 3 4
35. ¿Con qué frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?	1 2 3 4
36. ¿Con qué frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro?	1 2 3 4
37. ¿Con qué frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación?	1 2 3 4
38. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el empleo?	1 2 3 4
39. ¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?	1 2 3 4
PREOCUPACIÓN RELACIONADA CON LA DIABETES	
40. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?	1 2 3 4
41. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?	1 2 3 4
42. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?	1 2 3 4
43. ¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?	1 2 3 4

Descripción del Reactivo

El cuestionario de calidad de vida específico para diabetes evalúa 3 dimensiones, está compuesto el reactivo por 43 ítems cuyas dimensiones a evaluar son:

- Satisfacción
- Impacto
- Preocupación relativa a la diabetes

La calificación se realiza mediante la eliminación de ítems distractores y utilización de ítems básicos para su calificación, tienen un coste de respuesta de 0 a 4 según sea el grado de acuerdo al ítem.

Los ítems básicos que se toman en cuenta para la interpretación son:

- 10
- 4
- 2
- 5
- 3
- 37
- 41
- 21

Según los ítems se realiza la interpretación a que dimensión pertenece. La puntuación total de cada sujeto en la escala es la suma de las puntuaciones dadas a cada pregunta del cuestionario.

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

----- CI -----

Firma del participante

Fecha

CI ----- Fecha:

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante): He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

----- CI -----

Firma del participante

Fecha: