



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO Y SU INCIDENCIA EN
EL DESARROLLO DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS MIEMBROS DEL
GRUPO DE APOYO DE DIABETES DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS
MESES DE MARZO - AGOSTO 2011”.**

Requisito previo para optar por el título de Psicóloga Clínica

Autora: Pazán Torres, María Gabriela

Tutor: Ps. Cl. López Castro, Walter Javier

**Ambato – Ecuador
Agosto, 2012**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE APOYO DE DIABETES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO - AGOSTO 2011” de María Gabriela Pazán 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 de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2012

EL TUTOR

.....
Ps. Cl. Javier López Castro

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE APOYO DE DIABETES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO - AGOSTO 2011”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2012

LA AUTORA

.....
María Gabriela Pazán Torres

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora

Ambato, Agosto del 2012

LA AUTORA

.....
María Gabriela Pazán Torres

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE APOYO DE DIABETES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO - AGOSTO 2011”** de María Gabriela Pazán Torres, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Agosto del 2012

Para constancia firman

.....
Psc. Cl. Ismael Gaibor

.....
Dr. Jorge Villa

.....
Psc. Cl. Washinton Rojas

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios por darme la oportunidad de vivir, por iluminar cada día de mi vida dándome fortaleza para continuar y por haberme regalado una familia y amigos extraordinarios, a mis padres, Eduardo e Ivonne quienes a lo largo de mi vida me han guiado y apoyado en mi educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi capacidad y porque me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes.

A cada uno de mis amigos por el soporte afectivo que me consagraban día tras día hacia la lucha de mis sublimes éxitos, a cada uno de ustedes dios le pague.

Gabriela Pazán

AGRADECIMIENTO

La presente tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

A mi tutor de tesis, Ps. Cl. Javier López Castro por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

Finalmente agradezco de todo corazón a Dios, a mi familia y seres queridos quienes con su aliento y motivación supieron inspirar mi trabajo investigativo dándome diariamente su aliento y respaldo para el cumplimiento de este estudio.

Gabriela Pazán

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xv
RESUMEN EJECUTIVO.....	xviii
EXECUTIVE SUMMARY.....	xix

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA.....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO.....	17
1.2.3. PROGNOSIS.....	18

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.2.5. DELIMITACIÓN	19
1.2.6. DIRECTRICES	20
1.2.7. JUSTIFICACIÓN	20
1.2.8. OBJETIVOS	20

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	22
2.2. FUNDAMENTACIÓN	24
2.2.1. FILOSÓFICA	24
2.2.2. EPISTEMOLOGIA	25
2.2.3. SOCIOLÓGICA	25
2.2.4. LEGAL	26
2.2.5. PSICOLÓGICA	26
2.3. CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES	27
2.4. MARCO TEÓRICO	28
2.5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	71
2.6. DETERMINACIÓN DE VARIABLES	71

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	72
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	72
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	73
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	73
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	74
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	76
3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	77

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS CUALI-CUANTITATIVO.....	78
4.1.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	78
4.1.2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	89
4.4. VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	108

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES.....	111
5.2. RECOMENDACIONES.....	112

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS.....	113
6.1.1 TEMA.....	113
6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA.....	113
6.1.3 BENEFICIARIOS.....	113
6.1.4 UBICACIÓN.....	113
6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN.....	113
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	113
6.3. JUSTIFICACIÓN.....	114
6.4. OBJETIVOS.....	116
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	116
6.6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	117
6.6.1 INTRODUCCIÓN.....	117
6.6.2 HISTORIA DE LA TEORÍA DE ALBERT ELLIS.....	122
6.6.3 TEORÍA DEL CAMBIO TERAPÉUTICO.....	123

6.6.4PRINCIPALES TÉCNICAS DE TRATAMIENTO EN LA T.R.E.....	124
6.7 METODOLOGIA	127
6.8 MARCO ADMINISTRATIVO.....	133
6.8.1RECURSOS.....	133
6.8.1.1RECURSOSINSTITUCIONALES.....	133
6.8.1.2 RECURSOSHUMANOS.....	133
6.8.1.2 RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS.....	133
6.8.2 BIBLIOGRAFÍA.....	133
6.8.3ANEXOS	136

ÍNDICE DE CUADROS

CAPITULO III

C1 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE	74
C2 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	75
C3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	76

CAPITULO IV

ESCALA PARA LA DEPRESIÓN DE MONTGOMERY ASBERG

C4 TRISTEZA APARENTE.....	78
C5 TRISTEZA EXPRESADA.....	79
C6 TENSIÓN INTERIOR.....	81
C7 SUEÑO REDUCIDO	82
C8 DISMINUCIÓN DEL APETITO.....	83
C9 DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN.....	84
C10 LAXITUD ABULIA.....	85
C11 INCAPACIDAD PARA SENTIR.....	86
C12 PENSAMIENTOS PESIMISTAS.....	87
C13 IDEACIÓN SUICIDA.....	88

C14 QUÉ TIEMPO DE EVOLUCIÓN TIENE LA ENFERMEDAD QUE PADECE	90
C15 EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES LE HA CAUSADO ALGÚN TIPO DE DIFICULTADES SEXUALES	91
C16 SU SALUD ACTUAL SE HALLA LIMITADA POR DIFICULTADES A NIVEL DE	92
C17 A PARTIR DE SU DIAGNÓSTICO HA PRESENTADO DOLORES O MALESTARES	93
C18 LA MANERA DE TRATO POR PARTE DE SUS FAMILIARES Y AMIGOS HACIA USTED HA CAMBIADO DESDE SU DIAGNÓSTICO	95
C19 LAS RELACIONES EN SU CÍRCULO SOCIAL SON	96
C20 DISFRUTA DE LA COMPAÑÍA DE SUS AMIGOS, VECINOS U OTROS	97
C21 DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS EN SU TRABAJO HA RENDIDO DE MANERA	98
C22 SE SIENTE INCÓMODO/A CON LA ALIMENTACIÓN A LA QUE DEBE SOMETERSE POR SU DIAGNÓSTICO	99
C23 LE MOLESTA EL TENER QUE SUPRIMIR LOS ALIMENTOS QUE LE PROHIBIÓ SU MÉDICO O LOS QUE LE GUSTAN DEBIDO A SU ENFERMEDAD	100
C24 CUÁL ES EL RITMO ALIMENTICIO QUE USTED POR SU PADECIMIENTO INGIERE A DIARIO	101

C25 LE HA AFECTADO DE MANERA SIGNIFICATIVA EL RITMO ALIMENTICIO QUE LLEVA EN SU VIDA DIARIA A CONSECUENCIA DE SU DIABETES.....	103
C26 DURANTE LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA SENTIDO QUE SU ESTADO EMOCIONAL HA CAMBIADO.....	104
C27 DURANTE LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA PRESENTADO INDIFERENCIA AFECTIVA CON SUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS U OTRAS PERSONAS.....	105
C28 DESDE SU DIAGNÓSTICO SU ESTADO EMOCIONAL FRECUENTEMENTE ES.....	106
C29 EL DIAGNÓSTICO DE SU ENFERMEDAD HA INFLUENCIADO EN SU AUTOESTIMA.....	107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPITULO I

G1 ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	16
----------------------------	----

CAPITULO II

G2 CATEGORIAS FUNDAMENTALES.....	27
----------------------------------	----

CAPITULO IV

G3 TRISTEZA APARENTE.....	79
G4 TRISTEZA EXPRESADA.....	80

G5 TENSIÓN INTERIOR.....	81
G6 SUEÑO REDUCIDO.....	82
G7 DISMINUCIÓN DEL APETITO.....	83
G8 DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN.....	84
G9 LAXITUD ABULIA.....	85
G10 INCAPACIDAD PARA SENTIR.....	86
G11 PENSAMIENTOS PESIMISTAS.....	87
G12 IDEACIÓN SUICIDA.....	88
G13 QUÉ TIEMPO DE EVOLUCIÓN TIENE LA ENFERMEDAD QUE PADECE	90
G14 EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES LE HA CAUSADO ALGÚN TIPO DE DIFICULTADES SEXUALES.....	91
G15 SU SALUD ACTUAL SE HALLA LIMITADA POR DIFICULTADES A NIVEL DE.....	93
G16 A PARTIR DE SU DIAGNÓSTICO HA PRESENTADO DOLORES O MALESTARES.....	94
G17 LA MANERA DE TRATO POR PARTE DE SUS FAMILIARES Y AMIGOS HACIA USTED HA CAMBIADO DESDE SU DIAGNÓSTICO.....	95
G18 LAS RELACIONES EN SU CÍRCULO SOCIAL SON.....	96
G19 DISFRUTA DE LA COMPAÑÍA DE SUS AMIGOS, VECINOS U OTROS	97

G20 DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS EN SU TRABAJO HA RENDIDO DE MANERA	98
G21 SE SIENTE INCÓMODO/A CON LA ALIMENTACIÓN A LA QUE DEBE SOMETERSE POR SU DIAGNÓSTICO	99
G22 LE MOLESTA EL TENER QUE SUPRIMIR LOS ALIMENTOS QUE LE PROHIBIÓ SU MÉDICO O LOS QUE LE GUSTAN DEBIDO A SU ENFERMEDAD	101
G23 CUÁL ES EL RITMO ALIMENTICIO QUE USTED POR SU PADECIMIENTO INGIERE A DIARIO	102
G24 LE HA AFECTADO DE MANERA SIGNIFICATIVA EL RITMO ALIMENTICIO QUE LLEVA EN SU VIDA DIARIA A CONSECUENCIA DE SU DIABETES	103
G25 DURANTE LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA SENTIDO QUE SU ESTADO EMOCIONAL HA CAMBIADO	104
G26 DURANTE LAS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA PRESENTADO INDIFERENCIA AFECTIVA CON SUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS U OTRAS PERSONAS	105
G27 DESDE SU DIAGNÓSTICO SU ESTADO EMOCIONAL FRECUENTEMENTE ES	107
G28 EL DIAGNÓSTICO DE SU ENFERMEDAD HA INFLUENCIADO EN SU AUTOESTIMA	108

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante principal determinar si la Calidad de Vida del Paciente Diabético incide en el desarrollo de Cuadros Depresivos en los miembros del grupo de apoyo de Diabetes del Hospital Regional Docente Ambato partiendo desde la apreciación de las alteraciones a nivel emocional, cognitivo y conductual que las personas del grupo presentan actualmente.

La información se la recolectó a través del Test estandarizado de la Depresión de Montgomery Asberg y del Cuestionario de Calidad de Vida el cual identifica Factores como: Cambios Fisiológicos, Cambios Nutricionales, Cambios Psicológicos y cambios Sociales que adquirió el paciente diabético en el transcurso de su enfermedad.

El enfoque del trabajo realizado fue el cuali- cuantitativo, aplicando la investigación bibliográfica-documental y de campo, con un nivel tipo descriptivo, explicativo y exploratorio, se trabajo con 22 miembros de los cuales 4 hombres y 18 mujeres dentro del grupo de Diabéticos anteriormente descrito, encontrando que el 100% de los pacientes presentan cuadros depresivos, por el cual se planteó como propuesta la “Adaptación de la Técnica Racional Emotiva de Albert Ellis en los pacientes que padecen cuadros depresivos en el grupo de apoyo de diabetes del Hospital Regional Docente Ambato”, con el fin de lograr un tratamiento integral del paciente en cuanto tiene que ver con sus emociones su cognición y su forma conductual.

PALABRAS CLAVES: CALIDAD DE VIDA, CUADROS DEPRESIVOS

EXECUTIVE SUMMARY

This research work had as main question determine quality of life of the diabetic patient in turn affects the development of depression in the members of the support group for diabetes of the Regional Teaching Hospital Ambato departing from the appreciation of the alterations at the level emotional, cognitive and behavioral that the people of the group show currently.

The information gathered it to him through standardized Test of the Depression of Montgomery Asberg and of the Questionnaire of Quality of Life which identifies Factors like: Physiologic changes, Nutritional Changes, Psychological Changes and Social changes that the diabetic patient acquired in the course of her illness.

The focus of the work was the qualitative and quantitative, using bibliographical-documentary research and field level with a descriptive, explanatory and exploratory work with 22 members including 4 men and 18 women in the group of diabetics above described and found that 100% of patients have depressive symptoms, by which the proposal was presented as "Adaptation of the Technique of Albert Ellis Rational Emotive in patients with depressive disorders in diabetes support group of the Regional Hospital Ambato ", in order to achieve a comprehensive treatment of the patient in that it deals with their emotions as their cognition and behavior.

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE, DEPRESSIVE.

.INTRODUCCIÓN

Al hablar de cuadros depresivos se está refiriendo a ciertas alteraciones que afectan al organismo (cerebro), el estado de ánimo, la manera de pensar, la valoración de sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un cuadro depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, ni tampoco es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente. El depresivo está enfermo de su voluntad, es por eso que para ellos es tan difícil sobreponerse a los acontecimientos que lo rodean.

Cabe destacar que el diagnóstico de depresión en las personas con diabetes puede resultar complejo ya que las manifestaciones físicas (como fatiga), y trastornos cognoscitivos (como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión), se superponen a las de una diabetes descontrolada. En caso de incertidumbre diagnóstica, una segunda valoración del estado psicológico cuando las cifras de glicemia se han normalizado, suele ser decisiva.

No existe una sola causa para la depresión, puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Existen diferentes razones que intentan explicar esta predisposición como es el caso de la Herencia, Factores Bioquímicos, Situaciones Estresantes frente a una enfermedad como es el caso que en esta investigación nos vamos a basar.

Por otra parte, también se vincula la depresión con un incremento de las complicaciones de la diabetes, especialmente enfermedad cardiovascular y retinopatía. Entre los niveles o tipos de depresión tenemos, Depresión Leve, Moderada y Grave.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO DE CUADROS DEPRESIVOS EN LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE APOYO DE DIABETES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO - AGOSTO 2011”.

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Contextualización

NIVEL MACRO

La diabetes es una enfermedad crónica con elevada morbilidad y una importante causa de mortalidad prematura. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, más de 180 millones de personas en el mundo padecen de esta enfermedad, siendo probable que se duplique este dato antes del 2030. Mientras que en España, solo en el 2009, la Diabetes Mellitus causó 12.966 muertes, de las que 4.924 fueron varones y 8.042 mujeres.

Se investiga que 1 de cada 20 muertes es atribuible a la diabetes y esta proporción es de a una de cada 10 en la población entre los 35 y 64 años de edad. En el año 2005, 1,1 millones de personas fallecieron a causa de la patología antes mencionada, la

mitad de las muertes afectó a menores de 70 años, y más de la mitad (55%) a mujeres, lo refiere la Doctora CUNHA Madalena (2009), en su libro Calidad de Vida y Diabetes.

En España se realizó un estudio de intervención en el área de atención de dos consultorios de médicos de familia de la misión “Barrio Adentro” en el año 2009, dirigido por Dr. VEGA CARBÓ Mario Enrique, Psicólogo de la Fundación de “barrio adentro” con el objetivo de realizar una intervención psico-educativa sobre Calidad Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores diabéticos. El universo estuvo constituido por 59 personas diabéticas mayores de 60 años. La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico, N=43. Se les aplicó el test (EsDQOL), modificado para valorar la evolución de la CVRS antes y después de la intervención. Se logró un gran porcentaje de mejoría en los pacientes entre 60 a 64 años (93,3%), en el sexo femenino (80,0%). El concepto de CVRS incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque puedan interactuar. El propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud del individuo diabético según lo determina la investigación.

Estos resultados son preocupantes en sí, lo refiere el Dr. Vega Carbo, porque señalan que se trata de un grupo significativo de diabéticos que presentan alteraciones del humor, y cuya salud mental parece comprometida, son además preocupantes gracias a las eventuales perturbaciones del control de la enfermedad, con todos los riesgos físicos, psicológicos y sociales que eso ocasiona desarrollando así un nivel moderado de depresión.

La influencia de los cuadros depresivos, por los cambios en la calidad de vida de las personas con diabetes, puede desarrollarse por la presencia de algunos de los factores de riesgo, como pueden ser los problemas de peso, la inactividad, los antecedentes familiares y la edad, ya que la práctica de un nuevo cambio puede prevenir el desarrollo de esta enfermedad, a medida que son considerados los diabéticos como víctimas en comparación con los enfermos de diversas dolencias, debido a que necesitan estar en tratamiento por un periodo largo de años, adicional deben estar con un régimen de alimentación controlado, que puede no ser agradable para ellos. A pesar de la restricción puede ser molesto para el paciente, su mejor opción para vencer a la diabetes consiste en cambiar su calidad de vida con un plan más saludable.

Con esta variedad de datos estadísticos, se puede asumir que los cuadros depresivos se van desarrollando debido a las cogniciones negativas que el paciente padece de su enfermedad y de acuerdo a como va su evolución, o incluso hay ocasiones que la persona al momento que se entera que desarrolló alguna dolencia crónica empieza a desencadenar alteraciones en su estado de ánimo, porque de un momento a otro su vida cambia totalmente por eso este estudio se enfoca únicamente a los cuadros depresivos que aparecen en base a los cambios que tienen las personas diabéticas en su calidad de vida.

Otra investigación realizada en España por el especialista en medicina de familia del Centro de Salud de Tafalla, el Dr. Hervás A. (2007) en su libro “Calidad de Vida relacionada con la Salud en Pacientes con Diabetes” señala que la diabetes es un factor que afecta negativamente a la percepción de la CVRS en los pacientes diabéticos, sobre todo a su estado emocional, sus resultados obtenidos ponen de manifiesto el impacto de su alteración metabólica sobre las dimensiones de la población general especialmente en dolor/malestar y ansiedad/depresión.

En términos clínicos, los pacientes con complicaciones macrovasculares, así como los pacientes con un bajo control glucémico, presentaron deterioro en su CVRS. Dichos resultados refuerzan los hallazgos obtenidos en otros estudios, en los que se observó un mayor desgaste en su CVRS y un índice alto de depresión entre los pacientes con mayor número de dificultades. Los resultados obtenidos en el centro de investigación antes mencionado partió de un estudio de 74 pacientes diagnosticados con diabetes, el 54,1%, fueron mujeres entre ellas 30% ya han desarrollado cuadros depresivos y el 45,9% eran hombres de los cuales 20% padecían de depresión. La mitad de la muestra estuvo constituida por personas entre los 45 y los 58 años, la otra mitad entre los 59 y 65 años, estos resultados evidencian la importancia de prevenir, en la medida de lo posible, la aparición de complicaciones psicológicas en especial a lo emotivo que este asociadas a la diabetes.

En términos generales, la calidad de vida es la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales puede también traducirse en términos de bienestar subjetivo, que consiste, básicamente, en un sentimiento de satisfacción, estado de ánimo positivo, determinado por elementos de índole psicológico y/o conductual. Este sentimiento positivo de satisfacción global respecto de la vida está determinado a su vez, por factores cognitivos, lo cual incluye indicadores subjetivos (nivel de aspiración, expectativas, grupos de referencia, necesidades, escala de valores, grado de satisfacción con las condiciones de vida entre otras) menciona Dr. Hervás. Desde el campo de la psicología se tiene en consideración ambos componentes, la calidad de vida referida al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Sin embargo, aunque retoma los componentes de bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a la satisfacción.

El enfermo crónico debe afrontar los aspectos estresantes de su malestar, lo cual implica el nivel de adaptación, que desde una perspectiva psicológica se refiere a la

capacidad del individuo para mantener niveles óptimos en su calidad de vida y en su funcionamiento social. Por ello, el resultado de la utilización de las distintas estrategias de afrontamiento es lo que se suele evaluar como más o menos adaptativo en las distintas áreas de la vida del paciente. Dada la complejidad del concepto de calidad de vida, su evaluación suele incluir indicadores sociales (condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda.) psicológicos (reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales).

NIVEL MESO

El Dr. HENRÍQUEZ, Edgar; Jefe de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social (México) en el año 2009, menciona que la modificación de los factores de la calidad de vida puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes, cambiar su historia natural o en su defecto, pueden agravar las condiciones de la misma.

Mientras que la Federación Mundial de Diabetes (FMD, 2009), menciona que la diabetes es una de las enfermedades crónicas más comunes en México teniendo como factor predisponente la carga genética propia del grupo y el estilo de vida del mexicano. Tras su diagnóstico, esta enfermedad requiere un tratamiento integral para evitar o retrasar las complicaciones, que incluye cambios importantes como es el plan de alimentación, actividad física, monitoreo de glucosa y medicación, que son la base para la atención de la diabetes. Con el objeto de determinar la forma de llevar su vida, se entrevistó a personas con diagnóstico de diabetes utilizando la prueba IMEVID, Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos, el cual está constituido por 25 preguntas cerradas agrupadas en siete dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento; en la cual la población con esta

enfermedad fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones, de los cuales 2 millones no han sido diagnosticados aún, un 90% presentan la diabetes, ocupando México el noveno lugar de diabetes en el mundo; además, se calcula que 13 de cada 100 muertes en el país son producto de sus complicaciones.

Uno de los cambios en la calidad de vida es el ejercicio físico, por lo que ha sido ampliamente utilizado desde la antigüedad para diferentes tipos de patologías. Antes del descubrimiento de la insulina el ejercicio físico y la dieta eran los principales cambios en el tratamiento de la diabetes sacarina denominada actualmente como diabetes mellitus. A pesar de que los efectos benéficos del ejercicio se reconocieron hace siglos, fue hasta 1919 cuando Allen demostró que el ejercicio reduce la glucosa y se mejora la resistencia a la insulina.

La investigación ya antes mencionada había identificado un aumento de la probabilidad de desarrollar depresión entre los diabéticos, escribió el equipo, mientras que otros trabajos habían obtenido resultados contradictorios. Para cada paciente, la probabilidad de recibir un diagnóstico de depresión disminuía a medida que aumentaban las consultas al médico y la forma como le comentaba acerca de su nuevo estilo de vida que adquirió después que se enteró de su enfermedad. Entre los pacientes diabéticos, los que habían consultado menos al médico y que no habían cambiado su calidad de vida durante el período de estudio, eran un 46 por ciento más propensos a recibir un diagnóstico de depresión. Pero los diabéticos que habían realizado más de 10 consultas médicas durante la investigación y encima habían adquirido una nueva rutina donde han cambiado por completo su calidad de vida, tenían el mismo riesgo de recibir un diagnóstico de depresión que los no diabéticos que consultaban al médico con la misma frecuencia.

Se puede concluir que la diabetes es una enfermedad crónica e irreversible, reconocida a nivel de América como un problema de salud pública ya que tiene una alta incidencia y prevalencia, presenta altas tasas de morbilidad, provoca incapacidad e

invalidez aunque generalmente es aceptada en forma relativa por los pacientes, puesto que implica cambiar en forma drástica hacia una nueva calidad de vida, teniendo que someterse a una serie de restricciones dietéticas, imposición de nuevos hábitos y la toma de fármacos entre otros, lo que altera su forma de vida y por lo tanto su entorno familiar y social, desarrollando de esta manera gran variedad de sintomatología depresiva debido a que no se adapta inmediatamente a su nuevo estilo de vida.

En cuanto a las investigaciones realizadas en el país de Venezuela el Dr .GÓMEZ Félix de la Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, en su obra “Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes” (2008) da a conocer por medio de sus escritos que al enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir y que generalmente está acompañada no solo de trastornos a nivel físico, sino también de afecciones psicológicas como la depresión y la ansiedad que afectan igualmente la calidad de vida y el estado de salud.

Las habilidades del paciente para enfrentar los problemas pueden influir en la capacidad del individuo para cambiar o aprender nuevos comportamientos, las personas diabéticas y sus familiares pueden experimentar una amplia gama de emociones que van desde la indignación, culpa, depresión hasta la aceptación. Generalmente, la depresión es mayor en personas con enfermedades crónicas, incluyendo la diabetes. Estas emociones pueden inmovilizar a las personas en sus esfuerzos por participar activamente en el autocontrol de su enfermedad y a menudo el temor provocado por la falta de conocimientos, es una causa subyacente de la incapacidad para actuar. En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el

manejo de la enfermedad. Además, cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glicemia también se pueden manifestar síndromes depresivos.

El padecer depresión no solo afecta el estado anímico del paciente sino que además influye notablemente en su adhesión al tratamiento y en la aceptación de la enfermedad. Por lo tanto, se puede considerar que el encontrarse deprimido puede ser una de las causas por las que no se obtenga un adecuado cumplimiento del tratamiento médico y nutricional por parte de los pacientes que han desarrollado diabetes lo que se traduce en la carencia de mejoría en su estado de salud general y en sus niveles de glucosa en sangre. De esta forma, es importante considerar que la detección temprana de niveles de depresión leve, moderada o grave en los pacientes que padecen de diabetes y la instauración de un tratamiento adecuado, podría generar mejoras significativas en su estado de salud, debido a que permitiría una mejor evolución y la aceptación final de la enfermedad.

En el Centro de Investigaciones Endocrino – Metabólicas de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela realizó investigaciones que tuvo como propósito determinar los niveles de depresión y sintomatología caracterizada en pacientes adultos con diabetes. Se estudiaron 40 sujetos diabéticos con edades comprendidas entre 30 y 65 años de edad, de los cuales 17 eran de sexo femenino y 23 de sexo masculino que acudieron por primera vez a la consulta de diabetes.

Todos habían tenido hasta ese momento un control irregular de su enfermedad representado por: falta de cumplimiento de un régimen nutricional prescrito por un profesional en nutrición clínica; incumplimiento en el incremento de la actividad física; omitir la terapia farmacológica (un mínimo de 3 meses sin recibir terapia Hipoglicemiantes oral) y ausencia de previa valoración psíquica por parte de un profesional en psicología.

Durante el desarrollo de la investigación se aplicó el inventario de depresión de Beck, el cual es un instrumento psicológico conformado por 21 ítems que describen manifestaciones conductuales relacionadas con la depresión y que permite determinar el nivel de depresión del paciente. Luego se procedió a clasificar a los mismos de acuerdo al nivel de depresión evidenciado en cinco categorías: sin depresión; depresión leve; depresión moderada; depresión moderada-grave y depresión severa.

Los niveles de depresión en los 40 pacientes diabéticos evaluados indican que el 45% de los pacientes no estaban deprimidos, el 32,5% evidenciaba depresión leve, el 12,5% depresión moderada y el 10% depresión moderada-grave. En general, los resultados obtenidos indican que un 55% de los pacientes evidencian depresión mientras que el resto no padece de esta afección, observándose diferencias significativas al compararlos de acuerdo a la presencia y/o ausencia de este trastorno.

Al comparar la depresión en los pacientes diabéticos según sexo se encontraron diferencias significativas ($1,4 \pm 0,2$ los femeninos vs. $0,4 \pm 0,1$ los masculinos; $p < 0,02$), determinándose que de la población total de sujetos el 72,2% de los diabéticos sin depresión son de sexo masculino y el 27,8% corresponde a los de sexo femenino. En el nivel leve de depresión el 69,2% de la población son hombres y el 30,8% son mujeres. En el nivel moderado se observa una diferencia significativa donde el 80% son mujeres y solo el 20% hombres. Así mismo, en cuanto a la depresión moderada-grave el 100% de los sujetos son de sexo femenino. En cuanto al estado de ánimo del individuo se determinó que el 39,1% de los mismos de sexo masculino mostraban una alteración leve en este síntoma mientras que el resto no evidenciaba alteraciones en esta subárea.

En relación al pesimismo y expectativas negativas acerca del futuro solo el 13% de los pacientes del sexo masculino mostraron una alteración leve en contraste con un 47,1% de los pacientes del sexo femenino que si mostraron alteraciones; divididas en un 11,8% para la categoría leve; 5,9% moderada y 29,4% severa. El sentimiento de

fracaso personal no se observó en los hombres y se evidenció en solo un porcentaje mínimo de las mujeres. La falta de satisfacción estuvo presente de manera leve en un 43,5% de los hombres y en un 41,2% de las mujeres; mientras que el otro 17,6% de estas mostró una intensidad severa. El sentimiento de culpa estuvo presente con una intensidad leve en un 13% y moderada en un 4,6 en los hombres; mientras que las mujeres se evidenció en un 17,7% dividido equitativamente en los tres rangos de intensidad. El sentimiento de merecer un castigo se manifestó en un 43,4% de los sujetos de sexo masculino con equidad en la intensidad leve y severa. Esta categoría en las mujeres se evidenció en un 17,7% con prevalencia de la intensidad leve del síntoma. El auto desprecio estuvo presente de manera leve en ambos sexos y en porcentajes bajos. En cuanto a la autocrítica se observó que un 52,1% de los sujetos de sexo masculino evidencian este síntoma.

En relación a los pacientes del sexo femenino el 58,8% muestra dicha sintomatología. En auto castigo y pensamientos suicidas solo un 4,3% de los hombres mostró poseer este tipo de cogniciones, mientras que el 23,5% de las mujeres evidencian esta sintomatología. Con relación al llanto también se observa una diferencia significativa en ambos sexos; solo un 13% de los hombres muestra esta sintomatología mientras que un 52,9% de las mujeres presentan este síntoma. La irritabilidad evidenció una prevalencia mayor a la observada en los dos últimos síntomas; observándose que un 52,2% de los hombres presentan esta sintomatología; así mismo una mayoría significativa de las mujeres (88,2%) mostraron irritabilidad.

El 13% de los hombres y el 53% de las mujeres presento aislamiento social. La indecisión estuvo presente en el 21,7% de los hombres y el 23,5 de las mujeres. En relación a la distorsión de la imagen corporal se determinó que esta se evidenció en el 13% de los hombres y en el 17,7% de las mujeres. La sintomatología relacionada con el desgano y la baja motivación laboral la mostraron el 21,7% de los pacientes del sexo masculino; mientras que un porcentaje más elevado de las mujeres (58,7%) evidenciaron la presencia de este síntoma.

Un porcentaje significativo de las mujeres manifestaron tener trastornos del sueño y fatigabilidad y aunque los hombres tuvieron un porcentaje inferior en trastornos del sueño la fatigabilidad si estuvo presente en una proporción elevada de esta población. La pérdida del apetito se observó en más mujeres (35%) que hombres (17,3%). La pérdida de peso aunque fue medida; por ser un síntoma característico de la diabetes no se consideró como una sintomatología depresiva; sin embargo fue manifestada por el 21,9% de los hombres y el 35,3% de las mujeres. Un 34,7% de los hombres y un 76.4% de las mujeres evidenciaron preocupaciones somáticas; lo que se podría relacionar con el padecimiento de una condición crónica. Finalmente, la pérdida de interés por el sexo fue característicamente mostrada por el 39,1% de los hombres y un porcentaje similar (41,2%) de las mujeres.

Se puede concluir mediante esta investigación realizada en la Universidad de Venezuela que la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente tanto en la población general como en poblaciones clínicas. Sin embargo, los trastornos depresivos en sus diferentes modalidades manifiestan una variedad de síntomas afectivos, cognitivos y somáticos difíciles de diferenciar en algunas patologías humanas.

Los diferentes resultados en estas investigaciones indican que los pacientes que mostraron depresión en la muestra estudiada evidencian un nivel leve de este trastorno del estado de ánimo; aunque la diferencia significativa por sexo pone en evidencia la mayor incidencia de estados depresivos moderados y severos de depresión en mujeres; lo cual se determina que los pacientes de sexo femenino tienen mayor riesgo de padecer de depresión que los de sexo masculino.

Esta diferencia observada por sexo incidió de manera directa en la presencia de la sintomatología depresiva.

Se evidenció que un porcentaje significativamente superior de mujeres; que en algunos casos duplicaba el porcentaje de hombres; manifestaron tener alteraciones del estado de ánimo; alteraciones cognitivas asociadas con pensamientos pesimistas, expectativas negativas acerca del futuro, preocupaciones somáticas y pensamientos suicidas, y de autocastigo. Además mostraban en el ámbito emocional, somático y psicosocial; pérdida del apetito, irritabilidad, insatisfacción, llanto frecuente, aislamiento, baja motivación laboral y desgano. En cuanto a la percepción de merecer un castigo fueron los hombres quienes manifestaron poseer en mayor proporción esta ideación. Sin embargo algunos síntomas cognitivos y emocionales tuvieron una manifestación similar en hombres y mujeres probablemente porque son síntomas que se manifiestan en cualquier nivel de depresión, el sentimiento de culpa, la autocrítica, la indecisión, la pérdida de interés por el sexo, la fatigabilidad y la distorsión de la imagen corporal. Así mismo se obtuvo un tercer grupo de síntomas que estuvieron presentes en proporciones bajas tanto en hombres como en mujeres relacionados con la percepción de sí mismo, fueron tanto el sentimiento de fracaso personal y el autodesprecio.

Cada uno de estos resultados de este estudio indican entonces la gravedad de la depresión en pacientes con Diabetes cuyos niveles más severos se observan en las mujeres quienes destacan además por evidenciar mayor proporción de sintomatología emocional, somática y cognitiva asociada a la depresión. Finalmente, se considera que la estimación de la prevalencia depresión y su sintomatología característica es necesaria en cualquier población clínica debido al impacto potencial de esta variable en el manejo de pacientes con Diabetes.

NIVEL MICRO

Según estudios realizados por el INEC (2007), indica a la diabetes mellitus como la primera causa de mortalidad femenina en Ecuador, con una tasa de 26,3 por cada 100.000 habitantes de sexo femenino. Se sospecha que la prevalencia real de la

diabetes puede alcanzar a cifras muy importantes, tanto que algunos estudios la reportan en niveles del 30 al 40%.

El diabetólogo ORELLANA SÁCHENZ Clemente, presidente de la FED (Federación Ecuatoriana de Diabetes), menciona que los casos de diabetes están en aumento y esto se debe al cambio de costumbres alimentarias en la población que ingiere alimentos conocidos como "chatarra", que tiene altos índices de grasas, calorías y azúcares.

En la Unidad de Análisis e Información Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública bajo sus estudios realizados informa que esta alteración crónica ha aumentado drásticamente, ya que en el 2005 se registraron 12.673 casos, mientras que en 2006 el número creció a 14.526, datos que determinan que esta enfermedad ya "es una pandemia en aumento" por lo que existe alrededor de un millón en Ecuador.

Se considera que el síndrome metabólico precede en muchos pacientes, a la aparición de la diabetes, que se inicia con la resistencia a la insulina, y que tiene implicaciones en la disfunción endotelial, es una enfermedad con afectación multi sistémica, al momento no curable.

El Dr. RAMÍREZ SÁNCHEZ Julio, Jefe del Área de Nefrología del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), menciona que la diabetes amerita una consideración por parte de los pacientes, debido a que ocasiona complicaciones en órganos vitales que se podrían con un control adecuado, indica que la principal causa para que esto esté ocurriendo es la falta de conocimiento o de comprensión del problema. Ramírez acotó que en el hospital del IESS se ha implementado un programa de trabajo de educación para pacientes y familiares, con el fin de incentivar a los enfermos a que cumplan con uno de los aspectos más importantes del control que es la dieta. En una sala adecuada para el efecto, se les explica sobre generalidades de la enfermedad y autocontrol, cuidado de la dieta, auto aplicación de insulina, aseo personal, entre otros.

También reciben charlas psicológicas que ayudan al enfermo a levantar su estado de ánimo, pues la diabetes provoca depresión en los pacientes, más aún cuando por invalide derivada de la enfermedad dependen de sus familiares para todo. Ramírez insiste en que es difícil hacer que el paciente tome conciencia de su enfermedad y cumpla la dieta, pero es necesario hacerlo porque cada día hay más diabéticos inválidos. El especialista subraya que es necesario que la cobertura de programas de información para diabéticos se amplíe y en esto debe tener participación el Ministerio de Salud Pública.

ÁRBOL DE PROBLEMAS

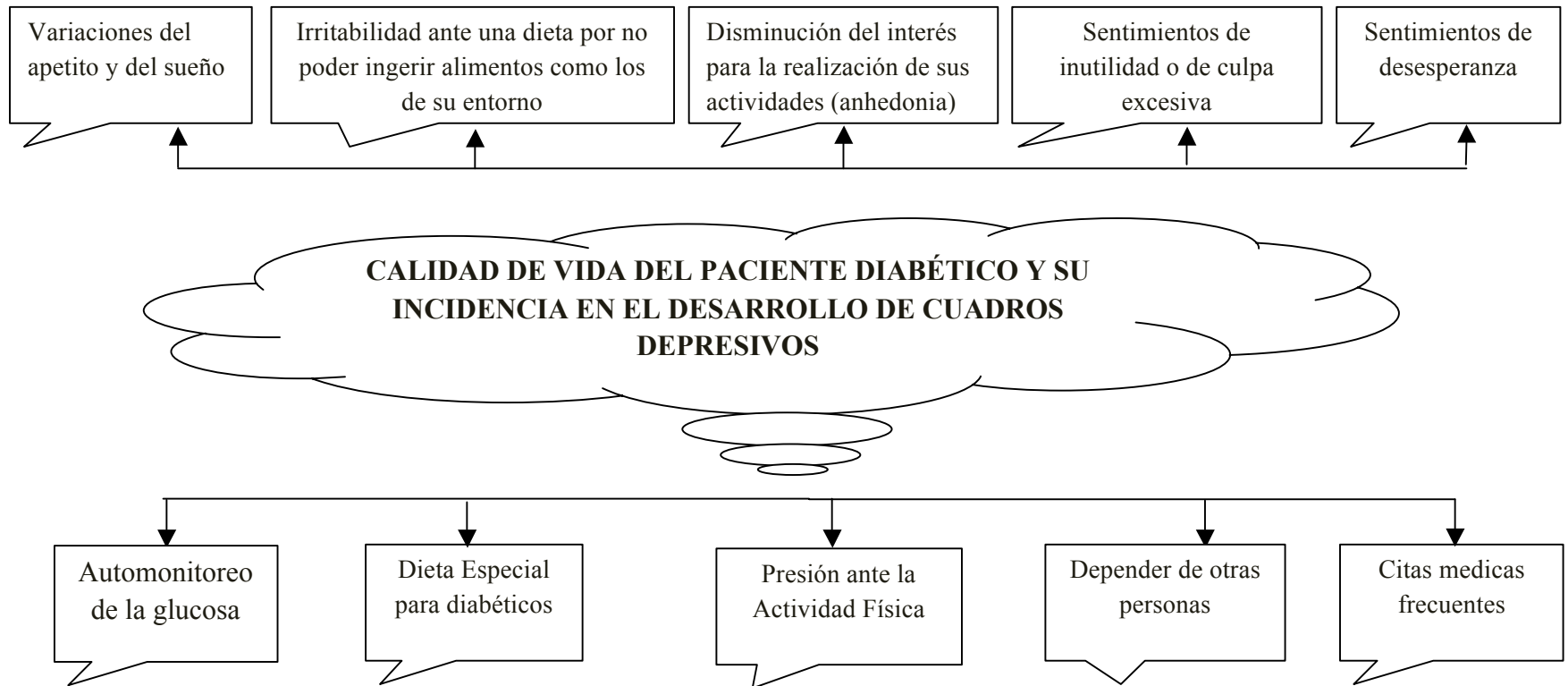


Gráfico N° 1: Árbol de Problemas
Elaborado: Gabriela Pazán Torres

1.2.2 Análisis Crítico

El Ecuador en su actualidad es considerado un territorio con nivel alto en cuanto tiene que ver con enfermedades crónicas, especialmente con la diabetes ya que existe una población promedio de 30% a 40% de habitantes que padecen de esta alteración, debido a la forma como esta patología se desenvuelve y va tomando varios impactos emocionales, desarrollando en los pacientes sintomatología no apta para su salud mental y desequilibrándoles en sus diferentes áreas como es en su salud, trabajo, vida cotidiana, familia, amigos, sexualidad.

Es necesario recalcar que esta enfermedad no estima la clase social de la persona, siendo los más propensos los pacientes de la tercera edad, integrantes de la población a estudiar, generando en ellos problemas más serios como dificultades a nivel de sus sentidos, siendo el más afectado el de la visión, otras de las complicaciones son alteraciones metabólicas a nivel del corazón, pie diabético y presión arterial, que no solo afectan a su organismo sino también a un estatus social por lo que no les permite tener el mismo ritmo de vida en su trabajo, amigos o incluso con sus compañeros desarrollando en cada uno diversos cuadros depresivos, producto de las diversas crisis e invalidaciones de la enfermedad, como estar en constante auto monitoreo de la glucosa por lo que debe existir un mayor control en el resultado y comparar con lo que requiera la medicación, todos estos controles hacen que la persona empiece a tener variaciones en el apetito y en el estado onírico (sueño), de igual forma pasa en la dieta, no se puede ingerir todos los alimentos y mucho menos a horas no adecuadas, por lo que el metabolismo está en una etapa sensible y esto hace sé que produzcan ciertos niveles de irritabilidad, por lo que no es de agrado ver a la familia, amigos degustar alimentos dañinos para el paciente, entonces empieza a restringirse del contacto social por evitar ante sí mismo y ante su enfermedad, progresando en él tristeza por no disfrutar lo que antes lo podía, por otra parte las diversas reacciones emocionales que se tiene cuando se les sugiere realizar una determinada actividad física y durante cierto tiempo todos los días, ya que en su mayoría las personas que

padecen diabetes sufren de obesidad entonces esto hace que no tengan deseo de realizar ejercicio como antes lo hacían, o de progresar con su tratamiento generando así anhedonia, pero lo que más hace que su humor cambie, es que los diabéticos empiecen a depender de otras personas, por lo que les resulta difícil realizar las cosas como antes lo hacían, a medida de esta dificultad deben estar en compañía de un ayudante, entonces esto hace que los pacientes desarrollen en si sentimientos de inutilidad por no depender por sí mismo y creerse incapaces para cualquier actividad.

Se considera que la persona diabética que tiene un trastorno del humor como es la depresión puede llegarle a afectar de una manera muy peculiar su vida, como influir en su apetito, patrones del sueño, su interés en las actividades de la vida diaria, su productividad y sus relaciones con los demás, por lo que este tipo de sintomatología debe llevar más de dos semanas para que se diagnostique como episodio depresivo y el conjunto de los mismos conlleven a una depresión que de acuerdo a este estudio se verá reflejado en sus resultados si es leve, moderada o grave .

Se puede mencionar que un paciente diabético que desarrolle sintomatología depresiva, debería buscar ayuda psicológica porque si bien al afrontar esta enfermedad no es nada fácil convivir con la misma, entonces la intervención debe tratar de eliminar todo este tipo de pensamientos negativos que va generando en sí y llegar a encontrar un equilibrio a nivel bio, psico, social para que no pueda afectar en el desempeño de su vida cotidiana.

1.2.3 Prognosis

En la actualidad la depresión se considera un trastorno psicológico muy importante y común en todo ser humano, por esta razón al no proponer esta investigación, los resultados se verán reflejados en los diferentes pensamientos distorsionados desarrollados por el impacto psicológico cuando han tenido que cambiar su calidad de vida, provocando así consecuencias innumerables y trascendentales como

problemas conductuales, emocionales y cognitivos así como reacciones de negación e incredulidad, actitudes de ira, enojo e irritabilidad, pero sobretodo puede estar acompañado de cierto tipo de ocultamiento o evasión de sus propias emociones generando así sintomatología depresiva en su ser.

1.2.4 Formulación del Problema

¿Es la calidad de vida del paciente diabético lo que incide en el desarrollo de cuadros depresivos en los miembros del grupo de apoyo de diabetes del Hospital Regional Docente Ambato?

1.2.5 Delimitación del Objeto de investigación

- ✓ **CONTENIDO**
 - ❖ **AREA:** Médica y Psicológica
 - ❖ **CAMPO:** Patología Orgánica y Psicológica
 - ❖ **UNIDAD DE OBSERVACIÓN:** Personas Diabéticas
 - ❖ **ASPECTO:** Diabetes y Calidad de vida

- ✓ **ESPACIAL**
 - ❖ **PAIS:** Ecuador
 - ❖ **PROVINCIA:** Tungurahua
 - ❖ **CIUDAD:** Ambato
 - ❖ **LUGAR:** Hospital Regional Docente Ambato

- ✓ **TIEMPO**
 - ❖ Marzo – Agosto del 2011.

- ✓ **UNIDADES DE OBSERVACIÓN**
 - ❖ Miembros del Grupo de apoyo de Diabetes

1.2.6. Preguntas directrices

- ❖ ¿Cuáles son los cambios en la calidad de vida del paciente diabético de mayor incidencia en la generación de cuadros depresivos?
- ❖ ¿Qué nivel de depresión es la más frecuente en el paciente diabético?
- ❖ ¿Es posible desarrollar una propuesta de intervención psicoterapéutica en los pacientes investigados?

1.2.7. Justificación

La importancia de este estudio radica en determinar si la calidad de vida del paciente diabético incide en el desarrollo de cuadros depresivos, esto se lo realizó analizando los cambios que sufren este tipo de pacientes a través del desarrollo de su enfermedad, además de las consecuencias de las mismas. Esto nos permitirá comprender la situación real y su afectación en el grupo de investigación, con lo cual podremos proponer una alternativa de solución a esta problemática.

La población beneficiada directa serán los integrantes del grupo de apoyo de diabetes del Hospital Regional Ambato, con lo que se pretende contribuir a la concienciación personal de la persona para la aceptación de su enfermedad y el cuidado que implica la misma en relación al seguimiento médico, régimen alimenticio y bienestar físico, además se propenderá al mejoramiento de las relaciones familiares, quienes serían los beneficiarios indirectos de la investigación planteada.

La realización de esta investigación es factible, ya que se cuenta con el apoyo y la autorización de la institución, la colaboración del grupo y el interés de la investigadora, elementos que permitirán que el desarrollo de la misma pueda alcanzar la viabilidad requerida.

1.2.8. Objetivos

Objetivo General

- Investigar si la calidad de vida del paciente diabético es la causa del desarrollo de cuadros depresivos en los miembros del grupo de apoyo de diabetes del Hospital Regional Docente Ambato.

Objetivos Específicos

- Analizar los cambios en la calidad de vida del paciente de mayor incidencia en la generación de cuadros depresivos.
- Definir el nivel de depresión más frecuente en los pacientes investigados.
- Diseñar una propuesta de intervención Psicoterapéutica

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Para el presente problema investigativo que se llevó a cabo, se desarrolló varios estudios a nivel internacional, por lo que a continuación se nombrará algunas de las investigaciones realizadas:

GAVIRIA Ana, RICHARD Camila, VALDERRAMA María (2007) con el tema “Percepción de la Enfermedad, Ansiedad, Depresión, Autoeficacia, y Adhesión al Tratamiento en Personas Diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II”, desarrollado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Medellín. Este estudio surgió bajo el interés por describir el nivel de autoeficacia y percepción de la enfermedad en personas con diagnóstico de diabetes tipo II, conociendo a su vez la incidencia de síntomas y signos de la depresión y su relación con la adhesión al tratamiento en este grupo de personas. En la medida que resulta imposible curar la diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta, que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de tal afección la cual, generalmente está acompañada no solo de trastornos a nivel físico, sino también de afecciones psicológicas como la depresión, que afecta la calidad de vida en el estado de salud del paciente.

A través de las investigaciones realizadas se puede concluir que la diabetes es considerada a nivel mundial como una enfermedad de larga duración, debido a su prolongación los pacientes pueden desarrollar cuadros depresivos por lo que su salud está disminuida y en constante tratamiento, momento en el cual proceden a realizar

cambios en su calidad de vida de un momento a otro en busca de un bienestar para su salud instalando nuevos patrones de conducta.

WEINGER Katie, SNOEK Frank, (2006) con el tema “Terapia Cognitivo-Conductual: Cómo Mejorar el Autocontrol de la Diabetes”, desarrollado en el Departamento de Psicología Médica del Centro Médico. Este estudio se lo realizó con la finalidad de plantear estrategias para que el paciente diabético formule sus propias alternativas de autocontrol al momento que se le presente su afección y trate de cambiar sus creencias y emociones negativas ya que para muchas personas con diabetes es difícil atenerse permanentemente al régimen del tratamiento.

Para concluir es importante recalcar que nuestro pensamiento presenta a cada instante un sin número de ideas irracionales y así varias emociones que hacen que nuestro estado de ánimo se altere y mucho más cuando presentamos alguna enfermedad crónica, entonces en base a esta investigación nos dan la oportunidad de presentar varias técnicas de autocontrol necesarias para contrarrestar dichas ideas erróneas y que un paciente con tal enfermedad no sea proclive a desarrollar alteraciones emocionales.

RAMOS María, MARTÍNEZ María del Carmen, (2010), con el tema “Abordaje de la Enfermera Especialista en Salud Mental a Familias con Hijos Diabéticos para Mejorar el Afrontamiento Familiar de esta Enfermedad”, proyecto realizado en el Hospital Universitario Virgen Macarena situado en España, esta investigación se la realizó con la finalidad disminuir la ansiedad de los padres, mejorar la calidad de vida dentro de la familia, controlar la hemoglobina glicosilada del niño diabético, aumentar el conocimiento sobre su Diabetes Mellitus, el diagnóstico de esta enfermedad puede conllevar a padecer consecuencias distintas en los miembros de una misma familia. Sobre el infante se encuentran la culpabilidad, la afectación de la autoestima, se ven obligados a ajustar su ritmo de vida y rechazar hábitos y actividades inadecuadas que otros adolescentes realizan (salir de marcha tomando

alcohol, fumando) y a combinar actividades propias de la edad con un tratamiento adecuado de la enfermedad.

Al padecer una enfermedad a una temprana edad hace que se instauren silenciosamente síntomas depresivos por lo que no es fácil asumir, y dejarse ganar fácilmente por sentimientos inapropiados, y más cuando un adolescente está en pleno proceso de cambio en donde busca identificarse y no puede hacerlo por miedo al rechazo porque su autoestima se ha desequilibrado por la presencia de cierta alteración orgánica, entonces esta investigación está basada en controlar la calidad de vida del adolescente y dejar que no decaiga emocionalmente por autoestima baja.

2.2. Fundamentación

2.2.1 Filosófica

El paradigma de la investigación fue crítico–propositivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales.

Fue crítico, porque en este estudio se cuestionó cada uno de los comportamientos y conductas de los pacientes diabéticos frente a la problemática estresante por la cual están atravesando, ya que en este caso son los distintos cuadros depresivos y todo lo que tiene que ver con los cambios en su calidad de vida generando así actitudes no adecuadas en su estado de ánimo, con el fin de intervenir terapéuticamente con su respectiva técnica psicológica que nos permita mejorar la alteración psicoemocional.

Fue propositiva porque conjuntamente con el cliente se llegó a crear alternativas de solución para restablecer la estructura psíquica, familiar y social de la persona.

2.2.2 Epistemológica

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos.

Se aspira a que el sujeto deprimido que este cruzando una enfermedad de la diabetes se caracterice por ser proactivo, participando activamente en las diferentes alternativas que se proponga para llegar a su equilibrio bio psico y social, cumpliendo con todas las tareas que se mencione en la técnica aplicada, para que de esta manera pueda fortalecer su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevará hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional.

2.2.3 Sociológica

La investigación se fundamenta en la teoría dialéctica causante del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y progreso del diabético en depresión. Todo ser humano alcanza la transformación hacia trascendencia en el tiempo y en el espacio.

La sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas que es el progreso recíproco que obra por medio de dos o más factores sociales dentro del marco de un solo proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante.

Las relaciones humanas se basan en metas, valores y normas, su carácter y sustancia son influidas por formas sociales dentro de las cuales tienen efecto las actividades del ser humano en la vida familiar.

2.2.4 Legal

Según la Constitución de la República del Ecuador de vigencia actual del 2008, es necesario recalcar por medio del Artículo 35, menciona que la Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho a la alimentación y otros que sustentan el buen vivir.

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva, la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional.

2.2.5 Psicológica

La base del modelo cognitivo-conductual es la observación de que el comportamiento y las emociones están en interacción constante con la cognición. La cognición o creencias de una persona podrían ser inexactas, lo que genera reacciones emocionales excesivas y un comportamiento ineficaz a la hora de afrontar los hechos.

El objetivo de la TCC es tratar que los pacientes diabéticos empiecen a modificar sus emociones y a mejorar el comportamiento de afrontamiento además de ayudarles a identificar sus creencias disfuncionales, a contrarrestarlas con la realidad y a reemplazar por una más apropiada o realista con la finalidad de disminuir dichas ideas irracionales.

En los pacientes diabéticos es muy común que se presente la depresión a consecuencia de cada uno de los cambios que tiene que realizar por mejorar su

calidad de vida, es en esta etapa donde se puede aplicar la terapia cognitivo conductual, que se enfocará en re involucrar a las personas con esta enfermedad en actividades personales, físicas y sociales que le sean agradables, donde se les plantee el problema y la posible solución para resolver circunstancias estresantes y con técnicas cognitivas para identificar patrones de pensamiento distorsionados o mal adaptados, para reemplazarlos por una perspectiva más real, útil y adaptativa.

2.3 Categorías Fundamentales

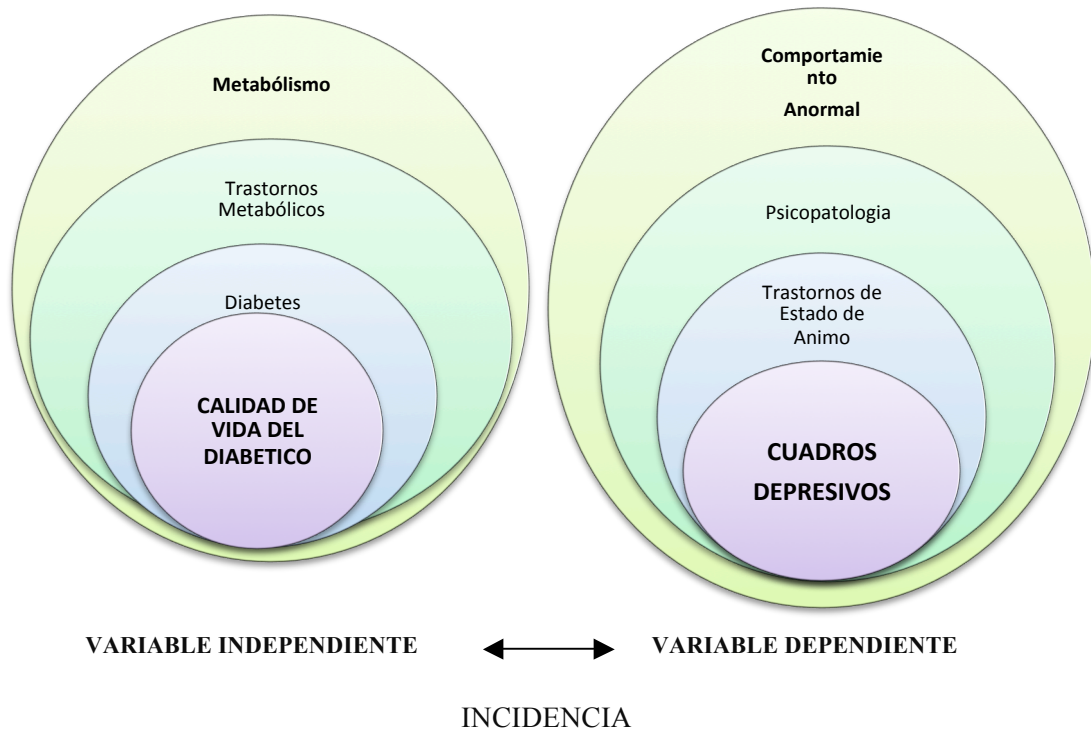


Gráfico N° 2: Categorías Fundamentales
Elaborado: Gabriela Pazán Torres

2.4 Fundamentación Teórica de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

Metabolismo

El Dr. BERNSTEIN, R (2008) en su libro “Biología. McRae – Hill” Colombia considera que el cuerpo humano realiza funciones muy específicas que deben ser controladas como reguladas por dos sistemas: Nervioso, y Endocrino, de tal forma que dentro del sistema endócrino existe el metabolismo que es un conjunto de reacciones químicas que tienen lugar en las células del cuerpo.

El metabolismo transforma la energía que contienen los alimentos que ingerimos en el combustible que necesitamos para todo lo que hacemos, desde movernos hasta pensar o crecer. De hecho, en nuestros cuerpos tienen lugar miles de reacciones metabólicas simultáneamente, todas ellas reguladas por el organismo, que hacen posible que nuestras células estén sanas y funcionen correctamente entonces en su libro “Biología. McGraw - Hill” también acotan que el metabolismo es un proceso constante que empieza en el momento de la concepción y termina cuando morimos, proceso vital para todas las formas de vida, no solo para los seres humanos menciona incluso que después de ingerir un alimento, unas moléculas presentes en el sistema digestivo denominadas enzimas descomponen las proteínas en aminoácidos, las grasas en ácidos grasos y los hidratos de carbono en azúcares simples (como la glucosa).

Aparte del azúcar, el cuerpo puede utilizar tanto los aminoácidos como los ácidos grasos como fuentes de energía cuando los necesita. Estos compuestos son absorbidos por la sangre, que es la encargada de transportarlos a las células. Una vez en el interior de las células, intervienen otras enzimas para acelerar o regular las reacciones químicas necesarias para "metabolizar" esos compuestos. Durante este proceso, la energía procedente se libera para que la utilice el cuerpo o bien la almacena en los tejidos corporales, sobre todo en el hígado, los músculos y la grasa corporal.

De este modo, el metabolismo es una especie de malabarismo en el que intervienen simultáneamente dos tipos de actividades: la fabricación de tejidos corporales y la creación de reservas de energía, por un lado, y la descomposición de tejidos corporales y de reservas de energía para generar el combustible necesario para las funciones corporales.

- El anabolismo, o metabolismo constructivo, consiste en fabricar y almacenar: es la base del crecimiento de nuevas células, el mantenimiento de los tejidos corporales y la creación de reservas de energía para uso futuro. Durante el anabolismo, moléculas simples y de tamaño reducido se modifican para construir moléculas de hidratos de carbono, proteínas y grasas más complejas y de mayor tamaño.
- El catabolismo, o metabolismo destructivo, es el proceso mediante el cual se produce la energía necesaria para todas las actividades. En este proceso, las células descomponen moléculas de gran tamaño (mayoritariamente de hidratos de carbono y grasas) para obtener energía. La energía producida, aparte de ser el combustible necesario para los procesos anabólicos, permite calentar el cuerpo, moverlo y contraer los músculos. Cuando descomponen compuestos químicos en sustancias más simples, los productos de desecho liberados en el proceso son eliminados al exterior a través de la piel, los riñones, los pulmones y los intestinos.
- Otra glándula, el páncreas, secreta o segrega hormonas que ayudan a determinar si la principal actividad metabólica del cuerpo en un momento dado será anabólica o catabólica. Por ejemplo, después de una comida principal generalmente predomina el anabolismo sobre el catabolismo porque el hecho de comer aumenta la concentración de glucosa, el principal combustible del cuerpo, en sangre. El páncreas capta la mayor concentración de glucosa y libera la hormona insulina, que indica a las células que aumenten sus actividades anabólicas.

Trastornos del Metabolismo

La mayor parte del tiempo el metabolismo funciona eficazmente sin que ni siquiera tengamos que pensar en ello. Pero a veces en algunas persona puede provocar bastantes estragos en forma de trastorno lo mencionan el doctor BERNSTEIN, R. En sentido amplio, un trastorno metabólico es cualquier afección provocada por una reacción química anómala en las células del cuerpo. La mayoría de trastornos metabólicos obedecen bien a la existencia de concentraciones anómalas de enzimas u hormonas en sangre o bien a problemas en el funcionamiento de las mismas. Cuando determinadas sustancias químicas no se pueden metabolizar o se metabolizan de forma defectuosa, esto puede provocar una acumulación de sustancias tóxicas en el cuerpo o una deficiencia de sustancias necesarias para el funcionamiento normal del cuerpo; ambas situaciones pueden provocar síntomas graves.

Entre las enfermedades y trastornos metabólicos más frecuentes se incluyen los siguientes:

- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Errores congénitos del metabolismo
- Diabetes

Diabetes

En este caso nos basaremos en establecer que la diabetes es un desorden del metabolismo, que afecta al páncreas para segregar insulina y cuya consecuencia principal es que la glucosa no puede ser metabolizada por las células, de forma que la glucosa resultante de la transformación de los alimentos ingeridos permanece en el torrente sanguíneo sin poder cumplir su función energética, debido a la falta total o parcial de la insulina, de igual forma considera que la principal consecuencia clínica de la diabetes no tratada es la presencia de elevadas concentraciones de glucosa circulante en la sangre, lo que provoca con el paso del tiempo numerosas y graves

consecuencias en múltiples órganos y sistemas del organismo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago).

En personas con diabetes, una de dos componentes de este sistema falla:

- El páncreas no produce, o produce poca insulina (Tipo I Diabetes Juvenil);
- Las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (Tipo II Diabetes Mellitus)

Tipos de Diabetes

La Doctora Aliza indica que hay dos tipos principales de diabetes:

- Al tipo I, dependiente de la insulina, a veces se le llama diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). Como el cuerpo no produce insulina, personas con diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes padecen el tipo I.
- En el tipo II o Diabetes Mellitus, que surge en adultos, el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce. La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. El tipo II suele ocurrir principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad.

No existe una cura para la diabetes. Por lo tanto, el método de cuidar su salud para personas diabéticas, es controlarlo y equilibrarlo a nivel de su estilo de vida para que no le altere psicológicamente y mantener los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles los normales. El paciente se encuentra con que su vida debe cambiar bruscamente en numerosos, aspectos, de modo que ciertas rutinas, a las que

nadie prestaría atención, se han de convertir en motivos de supervisión y vigilancia constante.

El diabetólogo NEGRIN Pedro, del Hospital Universitario de las islas Canarias indica que cada uno de los cambios en la calidad de vida del paciente diabético puede estar afectado por sus áreas tanto fisiológicas, nutritivas, sociales y psicológicas. En las fisiológicas les resulta difícil controlar la diabetes todos los días por lo que deben realizarse diferentes pruebas para su enfermedad.

Calidad de Vida del Paciente

De acuerdo a las investigaciones realizadas se puede determinar que los pacientes diabéticos se ven afectados en su calidad de vida, en varias áreas o esferas de la misma, como son:

- Fisiológica
- Nutricional
- Psicológica
- Social

A nivel Fisiológico

- **En los ojos**

Con esta enfermedad desarrollada se debe realizar un examen ocular una vez al año, ya que es posible que tenga problemas en los ojos que aún no haya notado, es importante detectarlos temprano, cuando todavía se pueden tratar.

Un nivel alto de glucosa en la sangre puede hacer que los vasos sanguíneos de los ojos sangren y esto provoca la ceguera. Aquí se indica a partir de qué tiempo se debe realizar los exámenes.

- En el caso de adultos y adolescentes de 10 años en adelante que tengan diabetes tipo 1: deben hacerse un examen de los ojos dentro de

los 3 a 5 años a partir de la fecha del diagnóstico de diabetes y todos los años después de ese primer examen.

- Las personas con diabetes tipo 2 deben hacerse un examen de los ojos todos los años.
- Las mujeres que estén pensando en tener un bebé deben hacerse un examen de los ojos antes de quedar embarazadas.

- **Los Riñones**

Los riñones ayudan a eliminar los productos de desecho de la sangre. También mantienen el equilibrio deseado de sal y líquidos del cuerpo. El exceso de glucosa en la sangre es muy perjudicial para los riñones. Después de algunos años, un nivel alto de glucosa en la sangre puede hacer que los riñones dejen de funcionar.

Esto se conoce como insuficiencia renal. Si los riñones no funcionan más, es necesario hacer diálisis (utilizar una máquina o unos líquidos especiales para purificar la sangre) o realizar un trasplante de riñón.

- **Sexualidad**

El Psicólogo. TRIANA GARCÍA Álvaro, con su tema “Trastornos De La Sexualidad Y La Diabetes” (2010) menciona que con relativa frecuencia llegan a la consulta hombres con diabetes que refieren disfunción sexual eréctil o disminución de la libido, en coincidencia con descontrol glucémico importante, lo cual puede estar provocado por el propio descontrol, con la debilidad física y muscular que acompaña a éste, principalmente por la hipotasemia transitoria que se recupera después de varios días de lograr un buen control glucémico, no obstante la dificultad para alcanzar un coito satisfactorio se mantiene, en ocasiones por más tiempo, debido al temor al desempeño y a experimentar otro fracaso, lo que establece un freno

psicológico difícil de romper. El temor a no lograr una erección adecuada y un coito satisfactorio provoca un cuadro de ansiedad que puede derivar en una disfunción sexual de etiología psicógena y que ocurre posiblemente con más frecuencia que la real disfunción sexual de causa orgánica de origen neuropático o por insuficiencia arterial.

En la medida que aumenta la edad en el hombre con diabetes, es también mayor la posibilidad de que la disfunción sexual sea de causa orgánica. Una historia de pérdida gradual de la erección en individuos que no presentan erecciones matinales y erecciones nocturnas, aunque mantengan el deseo sexual conservado indica un posible origen orgánico. En esta situación es importante derivar al paciente a una consulta especializada de andrología y sexología que permita realizar los estudios neurofisiológicos y hemodinámicos correspondientes para una adecuada precisión diagnóstica y terapéutica.

Otra de las situaciones que puede enfrentar un paciente con diabetes de largo tiempo de evolución es la eyaculación retrógrada por un origen neuropático, que aunque no acompaña a la disfunción sexual eréctil puede representar una importante causa de infertilidad. La disminución en el volumen del eyaculado o la eyaculación se han encontrado en grupos de hombres con diabetes, no así la eyaculación precoz, que no guarda relación con la enfermedad. La declinación en la función testicular y el hipogonadismo no son en realidad tan frecuentes en ningún tipo de diabetes y guardan más relación con la edad avanzada que con la propia entidad.

En la práctica clínica se diagnostican con menor frecuencia los trastornos relacionados con la sexualidad en las mujeres con diabetes alteraciones como anorgasmia o disminución del lívido no lo refieren por prejuicios o inhibiciones y tampoco los clínicos interrogan con frecuencia sobre estos trastornos con la excepción de los especialistas de las consultas de sexología.

El Psicólogo Clínico TRIANA menciona que las mujeres con diabetes en etapa reproductiva no manifiestan mayor frecuencia de trastornos sexuales que las mujeres de igual edad no diabéticas, en cambio, si se ha señalado una mayor proporción de trastornos relacionados con la sexualidad en mujeres con diabetes. Se han informado una mayor frecuencia de pérdida o disminución del deseo sexual, pérdida de la lubricación vaginal, dolor durante el coito y anorgasmia en las pacientes con diabetes cuando se comparan con mujeres en edades similares no diabéticas.

La propia pérdida de la lubricación vaginal y la pérdida de la elasticidad en los tejidos vaginales se relacionan con los cambios menopáusicos y quizás estos cambios sean los que justifiquen la coitalgia que se señalan en las mujeres con diabetes, que es una enfermedad que se inicia ya en la mujer madura próxima o posterior a la menopausia. La falta de lubricación vaginal o una lubricación insuficiente ocurre con frecuencia en la peri menopausia y se ha observado con relativa frecuencia en las mujeres con diabetes. Sin una lubricación adecuada que acompañe a la fase de excitación y que facilite una mayor distensión vaginal no se alcanza una relación sexual satisfactoria, ya que el coito puede ser irritante y doloroso tanto para la mujer como para el hombre.

Muchas parejas de edad mediana en Ecuador no están suficientemente informadas del empleo de lubricantes para facilitar la penetración y lograr un coito satisfactorio. En pocas ocasiones orientar el empleo de un lubricante hidrosoluble puede resultar suficiente para resolver una coitalgia o una simple irritación vaginal. Los médicos que atienden a mujeres con diabetes de edad mediana deben interrogar sobre estos aspectos para prevenir este trastorno en la lubricación y en alcanzar un coito satisfactorio.

Otro de los aspectos a tener en cuenta son las infecciones vaginales, que se acompañan habitualmente de leucorrea con olores desagradables y crea en las

mujeres gran desasosiego y preocupación. Las infecciones por hongos levaduriformes o moniliasis son frecuentes en las mujeres con diabetes y guardan una estrecha relación con el descontrol en los niveles glucémicos y la hiperglucemia y a su vez establece un círculo vicioso con la sepsis vaginal y hace más resistente su respuesta al tratamiento.

La pérdida o disminución en el deseo sexual está presente en los diabéticos que tienen descontrol glucémico, con incremento en la poliuria y pérdida de electrolitos por vía urinaria, lo cual se acompaña de debilidad muscular y cansancio fácil. Con una lívido disminuida es muy factible que se presente la incapacidad de alcanzar un orgasmo satisfactorio, aunque también puede verse pacientes con el deseo sexual conservado que no llegan a lograr un orgasmo satisfactorio. La diabetes no tiene por qué ser una causa de incapacidad en alcanzar el orgasmo. Una insuficiente estimulación previa en la fase de excitación puede causar lubricación insuficiente y un coito irritante o doloroso que lleva a la disminución de la respuesta orgásmica.

El componente de minusvalía que puede acompañar a una mujer en edad mediana, próxima al climaterio y que padece diabetes, resulta con relativa frecuencia en el principal factor desencadenante de una disminución en el deseo sexual o incluso de una anorgasmia. Una adecuada orientación a la mujer y a su pareja puede ser de mucha ayuda y de orientación para solucionar el trastorno.

La sexualidad de los hombres diabéticos este problema sexual es muy frecuente, afecta a la mitad de los hombres a partir de los 40 años, y aumenta de frecuencia con la edad. Múltiples causas se asocian a ello, un 70% son de origen físico y un 30% son por causas psicológicas. La incidencia de esta disfunción en hombres diabéticos es de 2 a 5 veces más alta.

La diabetes impacta la función eréctil a tal punto que 1 de cada 2 diabéticos presenta problemas de disfunción al cabo de 10 años de diagnosticarle la enfermedad. Pese a la frecuencia de esta alteración y al efecto que tiene sobre la calidad de vida, no es, sin embargo, común que médicos y pacientes planteen el problema en las consultas.

La disfunción eréctil constituye un problema que no se consulta en la medida que sería deseable debido al pudor y a la falsa creencia de que son trastornos ligados de manera irreversible de la edad, según explican los resultados de esta investigación.

Dada la alta frecuencia de trastornos, fácilmente curables, que repercuten en la calidad de vida general del afectado, cabe destacar que la situación mejorará si se logra terminar con la separación o distancia habitual entre sexo y salud, lo cual es algo que lleva a que muchas personas con trastornos sexuales no reconozcan en su relación alguna enfermedad que pudieran estar padeciendo.

Algunos pacientes son conscientes de que su condición de diabéticos acabará a largo plazo teniendo algún efecto en el plano sexual pero estos pensamientos generan temores, inquietudes y finalmente un estado de ansiedad que empeorará el problema.

El pronóstico de ello agravará a medida que el paciente acumule factores de riesgo sumados a la diabetes como son la hipertensión arterial, el colesterol elevado, el tabaquismo o la arteriosclerosis múltiple.

Los factores emocionales que afectan a la vida sexual, contando los problemas interpersonales como los de pareja o falta de confianza y comunicación (psicológicos del individuo: depresión, miedos y culpa, traumas, otros) también pueden influir en las causas de esta afección.

Otros factores son las lesiones de espalda, hiperplasia prostática benigna, problemas de riego sanguíneo, daños nerviosos (como heridas en la médula

espinal), y diversas enfermedades como la neuropatía diabética, la esclerosis múltiple, los tumores y raramente la sífilis terciaria.

Tanto la diabetes como la disfunción eréctil están asociadas con una importante pérdida en la calidad de vida y debe ser tratada adecuadamente, por ello se debe obtener un asesoramiento médico profesional antes de auto medicarse o buscar otras soluciones.

Los hombres con diabetes tienen una probabilidad dos veces mayor de sufrir disfunción eréctil que la de los hombres sin diabetes. Las mujeres con diabetes, por su parte, tienen una probabilidad dos veces mayor de experimentar alguna disfunción sexual que la de las mujeres sin diabetes.

Los problemas que causan la impotencia física se pueden reducir al mínimo mediante un control estricto de la diabetes. Seguir la dieta, medicación y rutina de ejercicios recomendados por el médico o diabetólogo.

Si el problema es de origen psicológico, es probable que el médico recomiende la consulta con un psicólogo, psiquiatra o terapeuta sexual. La psicoterapia también puede recomendarse como parte del tratamiento de la impotencia física.

A Nivel Nutricional

En cuanto a este nivel los pacientes diabéticos sufren alteraciones en su estilo de vida porque tienen que someterse a un número de dietas especiales de igual forma que estas dietas deben tener una frecuencia controlada con su respectiva cantidad, porque la dieta de ellos no es igual al de otros pacientes.

El Nutriólogo LOZADA F, en su libro “Función preventiva alimentaria en personas con diabetes mellitus tipo 2”. Unidad de Diabetes del Hospital Vargas de Caracas, de la Facultad de Medicina (2007), indica que sin importar el tipo de diabetes que se

padezca, la selección y consumo de alimentos, es determinante en el control glucémico, la elección adecuada no sólo mantendrá las concentraciones de glucosa óptimas, también retrasará o ayudará a prevenir las complicaciones. Lo ideal es que un nutriólogo elabore un plan de alimentos individual, esto quiere decir que la dieta se diseñe de acuerdo a las características, necesidades y gusto del diabético lo afirma.

La persona diagnosticada de diabetes debe tener cuidado no sólo en la cantidad de hidratos de carbono simples y complejos, sino también en la cantidad de proteínas y lípidos, ya que la diabetes no es una enfermedad del "azúcar en la sangre" solamente, este es sólo un síntoma, sino que es una enfermedad del metabolismo de todos los nutrientes, siendo la responsabilidad primordial la falta de insulina.

El nutricionista SAPETTI Adrián (2009) en su libro "Alimentación sana y nutritiva" manifiesta que estos estados depresivos se pueden combatir a través de alimentos ricos en serotonina, por lo que la serotonina es un neurotransmisor que influye en forma directa sobre los estados depresivos. Si el nivel en sangre es alto, se otorgan placer y sensación de bienestar, disminuyendo el deseo de comer harinas y dulces. En cambio si el nivel de serotonina es bajo, se comienza a tener más deseos de comer alimentos dulces, y por consiguiente se sube de peso, ya que éstos actúan contra la depresión. De los tres macronutrientes que conforman los alimentos, son los hidratos de carbonos los que más influyen, puesto que actúan en forma directa sobre los niveles de serotonina. Además, existen otros alimentos que contienen dentro de sus proteínas un aminoácido llamado triptófano, que interviene en la producción de serotonina, por cuanto son también importantes de incluir en la dieta. Por ello es muy importante realizar una buena selección de alimentos que contengan hidratos de carbono y proteínas que ayuden a tratar la depresión, sin aumentar de peso.

A Nivel Psicológico

De acuerdo al interés de sus diferentes reacciones en su nivel bio, psico y social que los pacientes desarrollan debido a los cambios sometidos, los psicológicos son de

gran importancia en esta investigación, ya que permite evidenciar cada una de las características no propias a su forma de pensar, actuar y sentir como por ejemplo un conflicto de dependencia emocional permanente, baja autoestima, irritabilidad, indiferencia afectiva.

- **Dependencia Emocional**

Según explica el Psicólogo, D. G., KESSLER (2004), en su libro “The prevalence and distribution of mayor depression in a national community“, que el poder aprender a vivir implica estar bien con uno mismo pero también con el otro, es decir, primero debemos conocernos a nosotros mismos para poder emprender la aventura de la amistad o el amor. La dependencia emocional esclaviza a la persona puesto que en cierto modo reduce la libertad individual que todos tenemos a la hora de elegir determinada opción de vida. Es esencial poder tener un espacio propio, disfrutar de tiempo en solitario, realizar planes en soledad. Planes que incluso a veces, a nivel social, se piensa que deben realizarse en grupo. Por ejemplo, ir al cine, realizar un viaje o acudir a una cafetería.” Entonces para concluir se puede decir que dependencia significa estar subordinado a una persona o cosa.

Existen formas de dependencia como la económica, hacia a un objeto adictivo (droga, tabaco, alcohol)y a la que en este proyecto investigativo nos vamos a enfocar, a lo que es con su enfermedad y como está involucrada en la familia porque es importante recalcar como el paciente diabético trata de buscar satisfacer ya sea a su pareja, padre, madre, amigo, o una persona significativa en su vida, por lo que se considera que el diabético es un dependiente emocional que necesita satisfacer a esa persona significativa a cualquier precio de forma de lograr o mantener su amor y vive en función de lo que los demás piensen de ellos, si los otros lo aprueban se siente bien, si por el contrario es rechazado, siente que no es digno de su amor. El concepto de si mismo varía en función del concepto que los demás tienen sobre él.

- **Baja Autoestima**

A medida que la valoración de sí mismo cambia rotundamente por los rechazos que tiene de las personas significativas o incluso de los que le rodean, en el paciente investigado empieza a tener una disminución en su autoestima ya que en las personas que tienen diabetes se puede intensificar respuestas negativas a las tensiones emocionales producidas por el estado de salud.

Dr. FERNÁNDEZ Francisco Catedrático Emérito de Psiquiatría y Psicología Médica, de la Universidad Complutense de Madrid (2010) menciona que la Autoestima viene del latín estimare que significa “determinar el valor de” por lo que la autoestima es "el sentimiento valorativo de nuestro ser". Una persona afectada por la diabetes, presenta trastornos neurológicos distintos, ansiedad, estrés orgánico, depresión, neurosis, angustias, baja autoestima, etc. Considerando todo eso, se decide hoy mantener el equilibrio biológico, psicológico, social y espiritual.

La psicología moderna siempre enfatiza la necesidad de estimarse, valorarse y amarse, para disfrutar de una buena salud mental. La diabetes no limita las capacidades físicas ni intelectuales, entonces las personas diabéticas con baja autoestima es decir, que tienen deteriorada la imagen sobre sí mismo o no poseen una imagen clara son poco o nada exitosas se autocrítica en exceso se atribuyen las fallas tanto como las suyas como la de los demás, piensan que son una carga para los demás, son inseguros de dar cualquier paso así sea un paso seguro al éxito dudan siempre de ellos y solo van a donde otros quieren que el vaya no tiene un norte fijado.

Para ayudar a la persona que tenga un nivel bajo de autoestima es necesario incentivarlo para que tenga mayor seguridad sobre sí mismo, luego de la

incentivación poco a poco esa persona comience a crearse una auto imagen del tipo exitoso, del hombre invencible que sin importar que lo que pase en su vida él será exitoso. Después que el individuo se crea esa auto imagen comienza a subir en lo que respecta a la pirámide de la autoestima (se crea una auto evaluación, aceptación, auto respeto para finalmente llegar a la autoestima), hasta conseguir la autorrealización.

Por el contrario el individuo que tiene la autoestima alta es seguro de sí mismo toma su propias decisiones no se deja influir de otros, da pasos cada vez hacia el éxito, no le importa equivocarse porque para la persona no existe error que no tenga su solución. Un hombre o mujer que tenga su autoestima alta, será siempre exitoso en lo que se desarrolle, no le tendrá miedo a los retos y se le podrá encomendar cualquier trabajo el cual realizará por encima de las expectativas de su superior.

- **Por las Palabras Negativas y de Fracaso de la Gente.**

A cuántas personas les han dicho: ‘Tú eres un inútil’, ‘tú eres un vago’, ‘tú no sirves para el estudio’, cada palabra de esas, se convierte en una espada que penetra al valor de la persona y se va convirtiendo realmente como le hablan. Es ahí donde el terapeuta debe hablar positivamente siempre y aún cuando no es así debe hablar con motivación.

- **Por la Desintegración Familiar.**

La gente que se divorcia la mayor parte de las veces no piensan en los hijos y dan más prioridad a sus problemas y en que no pueden resolverlo y consideran que la mejor solución es separarse y sin darse cuenta les hicieron un daño a sus hijos; destruyendo la vida de ellos. Las agresiones dentro de la desintegración familiar: como la agresión física, emocionales,

insultos, ofensas, agresiones sexuales, violaciones, cómo destruye la autoestima de la persona.

- **Nuestro Status Social**

A veces cuando la gente viene de familias de escasos recursos, lamentablemente como el mundo mide las cosas por el valor y a veces hasta por dinero, entonces comienza a creer que uno vale por lo que tiene y no por lo que es. Se comete el error de compararse con otras personas, con otras familias. Cada familia es completamente diferente y a veces se comete el error de comparar a los hijos. El valor no es por lo que se ve, no es por lo que se tiene, nuestro valor es por lo que somos y por lo que tenemos dentro de nosotros.

- **Apatía**

De igual forma los pacientes que padecen de diabetes empiezan a desarrollar alteraciones en su afectividad como es una de ellas la apatía la cual es caracterizada por el desánimo, la indolencia y la falta de vigor o energía. Se trata, en otras palabras, de la impasibilidad del ánimo, reflejada en la carencia de entusiasmo y motivación.

Apatía es un término en el cual la persona no responde a aspectos de la vida emocional, social o física. De acuerdo al nivel en que se presentan estos síntomas, se habla de depresión. La apatía incluso puede ser específica hacia una persona, una actividad o un entorno. En estos casos es una reacción ante el estrés. También puede aparecer como una falta no patológica de interés en aquellas cuestiones que el sujeto no considera importantes. Aunque, en el diagnóstico clínico, la apatía no indica pereza, el uso coloquial del término establece una correlación bastante directa.

- **Indiferencia Afectiva**

Es el estado de ánimo en que una persona no siente inclinación ni rechazo hacia otro sujeto, un objeto o un asunto determinado. Puede tratarse de un sentimiento o una postura hacia alguien o algo que se caracteriza por resultar positivo ni negativo, por lo tanto, es un punto intermedio entre el aprecio y el desprecio. Si alguien siente aprecio, ese sentimiento resultará agradable y activo; en cambio, si siente desprecio, se tornará en algo que se pretende rechazar. Al mostrarse indiferente, el sujeto se vuelve apático al respecto, puede ser acusada de insensible o fría, como si tuviera las emociones o los sentimientos anestesiados. En este sentido, para algunos filósofos, la indiferencia es la negación del ser ya que supone la ausencia de creencias y motivaciones. Quien es indiferente no siente ni actúa, manteniéndose al margen.

- **Irritabilidad**

Por último en cuanto tiene que ver con los cambios psicológicos en la gran mayoría se presentan la irritabilidad ya que la fluctuación de los niveles de glucosa en sangre puede además contribuir a cambios en los estados de ánimo y hacer que las personas con diabetes muestren comportamientos agresivos. Niveles bajos de azúcar en la sangre pueden ser difíciles de manejar y son a menudo peligrosos. Cuando los niveles de azúcar en la sangre descienden mucho se produce una condición llamada hipoglucemia, el juicio puede estar limitado y se vuelven agresivos. Los pacientes pueden no recordar el episodio y si no controla de manera estricta sus niveles de azúcar en la sangre puede tener episodios resistentes de hipoglucemia y en un ataque de hipoglucemia la persona puede convertirse en un ser irracional, confundido, ansioso y agresivo incluso llegando a la violencia y en casos extremos a cometer asesinatos involuntarios.

VARIABLE DEPENDIENTE

Comportamiento Anormal

DURAND Barlow (2001) en su obra "Trastornos Psicológicos" comenta que la definición de trastornos psicológicos, o conducta anormal, "es la disfunción psicológica de un individuo asociada con la angustia o con impedimentos en el funcionamiento y con una respuesta que no es característica o no se espera culturalmente". "Este tipo de conducta es aquella que viola las reglas sociales y constituye una amenaza o produce ansiedad en quienes la observan". Se considera así porque sucede de manera poco frecuente: se desvía de la pauta, viola patrones sociales, así mismo es aquella que se aparta de alguna medida y que perjudica al individuo afectado o a los demás.

Por otro lado se habla que la conducta infrecuente o conducta desadaptada es el resultado de la incapacidad para manejar el estrés en forma efectiva. Generalmente se considera normal al individuo que respeta un cierto orden, el orden más ampliamente extendido en una sociedad y transmitido de generación en generación en sus principios esenciales y de diversas maneras. En el seno de una cultura se conceden permisos a los que se desvían de tales principios sólo dentro de límites a menudo estrechos. Tales permisos están codificados y jerarquizados. A menudo los locos no son alienados sino que están integrados a la sociedad como locos. Anomalía y locura no coinciden y las fronteras entre estas categorías son en general estrictas en una comunidad, pero diferentes de una sociedad a otra.

Para concluir la conducta anormal es la resultado de desequilibrios biológicos y psicológicos, en donde estos irrumpirán la estructura psíquica del individuo, desencadenando comportamientos aversivos fundados en ideas irracionales, que perjudicaran tanto individual como colectivamente su salud mental.

Psicopatología

KARKOWSKI, Lorenzo. (2007), en su libro *An examination of the genetic relationship between bipolar and unipolar illness in an epidemiological sample*. *Psychiatr Genet*, explica que la psicopatología es la ciencia que estudia los trastornos de la vida psíquica de los individuos, el comportamiento anormal, y se encarga, por tanto, de la observación, descripción y evaluación de la conducta anormal, así como del estudio del origen de dichas conductas.

Considerando también como un conjunto de conocimientos ordenados y sistematizados, cuyo objeto propio de estudio son los fenómenos mentales patológicos, los cuales son abordados de acuerdo al método científico. Sin embargo, esto no significa, que este mismo grupo de fenómenos, no puedan ser estudiados, ni sean objeto de otras ciencias distintas, como la Neurología, Psicofarmacología, Psicometría y Filosofía entre muchas otras. Como ciencia, tiene un carácter objetivo, no es el fruto de la voluntad y creación de un hombre en particular, es el producto de la necesidad histórica de la humanidad, para poder enfrentar uno de sus grandes problemas, esto es, su salud mental.

Para concluir se puede mencionar que la psicopatología también se la conoce como “enfermedad mental”, donde cada uno de los profesionales de la salud refieren que es un conjunto de variables orgánicas y biológicas, además de las variables psicológicas y las variables sociales. La visión de la “enfermedad mental”, bajo un modelo integrador, se trabaja con el modelo BIO-PSICO-SOCIAL.

También sostienen Millon y Klerman 2004, dos destacados investigadores participantes en el actual sistema de clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), que "aunque el término ‘psicopatología’ fue utilizado en el pasado como sinónimo de sintomatología descriptiva, ahora puede ser justamente utilizado para representar ‘la ciencia de la conducta anormal y de los trastornos

mentales'. Sus métodos de estudio actualmente incluyen tanto procedimientos clínicos como experimentales" y clasifica a la psicopatología de la siguiente manera:

Clasificación de la Psicopatología

- **Psicopatología General**

Es aquella que abarca la totalidad del conocimiento, relativo a los trastornos y fenómenos mentales patológicos. Conocimiento siempre en progreso, nunca acabado, que va desde su fundamento epistemológico, axiológico y ontológico, hasta los de índole lógicos, físico-matemáticos, históricos, culturales y sociales.

- **Psicopatología Evolutiva**

Estudia los fenómenos psicopatológicos, en relación con las diversas épocas de la vida, por lo que se divide en: infantil, adolescencia, adultez y vejez.

- **Psicopatología Experimental**

Abarcan e interrelaciona los fenómenos psicopatológicos con aspectos de investigación en laboratorio, psicométricos, estudios histoquímicas, neuroquímicos y psicofarmacológicos, hasta los aspectos anatomofisiológicos, y en general, todos aquellos conocimientos donde se buscan las relaciones objetivas, es decir, de relaciones cuantitativo-materiales.

- **Psicopatología Clínica**

Trata el aspecto teórico de su aplicación práctica, es decir, del conocimiento psicopatológico en el ejercicio clínico, por lo que se relaciona fundamentalmente con la semiología, metodología y nosografía, siendo la base de la psiquiatría clínica, que es la encargada además, de la terapéutica.

- **Psicopatología Especial**

Trata los aspectos particulares, de trastornos genéricos, como por ejemplo: psicosis, neurosis, trastornos mentales orgánicos, incluidas las de las manifestaciones mentales de trastornos y enfermedades sistémicos.

- **Psicopatología Forense**

Abarca la aplicación de los conocimientos psicopatológicos en particular, los del tipo clínico para el mejor esclarecimiento y en auxilio de la administración de justicia, en otras palabras, son los conocimientos psicopatológicos relacionados con los aspectos legales de la conducta humana y sus anomalías, a la luz de la jurisprudencia.

El Objeto de Estudio de la Psicopatología Clínica

Si bien, el objeto de la clínica psicopatología, es darse cuenta del estado mental que guarda un individuo, lo indica MILLON Y KLERMAN ya que su finalidad es diversa, pues puede orientarse al diagnóstico y llevar intenciones curativas, o ser objeto de investigación, para finalidades pedagógicas, jurídicas y epidemiológicas entre otras más. Esto ha sido posible, gracias a la aplicación de conocimientos generales, a casos particulares.

De una manera general, el objetivo de la psicopatología clínica, es buscar los fenómenos, por lo que se interesa, identifica los estados psíquicos anormales que puedan ser capaces de modificarse. De tal forma, que al observar los fenómenos, estos puedan identificarse y localizarse rigurosamente, sean a su vez ponderados, y que al aislarse adecuadamente, sirvan de orientación y guía al propósito perseguido.

Por otra parte, uno de los papeles fundamentales de la clínica psicopatológica es aconsejar, siendo este, muy amplio, ya que ordena autorizadamente, por

ejemplo: el tratamiento urgente, la vigilancia, la hospitalización, etc. Así también, su labor trasciende la salud y tiene consecuencias, familiares, sociales, escolares y económicas. En otras palabras, la psicopatología clínica, tiene también por objeto, el enseñar lo que conviene. Es por esto, que la psicopatología clínica debe ser practica y su trabajo cada vez más fino y profundo, por lo que buscará siempre el provecho del paciente, cuando se hace así, se debe escoger lo útil y abandonar pronto, lo que parece estéril, dejando lo abstruso por lo sencillo, lo remoto por lo cercano, lo hipotético por lo evidente, y prefiriendo siempre lo mas cognoscible. Pues sucede, que cuando la clínica no ve, no presencia, es como si los fenómenos no existieran, y frecuentemente lleva a errores y consecuencias no satisfactorias.

Aplicaciones y Usos de la Psicopatología Clínica

La psicopatología su campo de aplicación es muy diverso, y se utiliza donde existan personas que tengan problemas, especialmente cuando estos se manifiestan, en el comportamiento, el raciocinio, los sentimientos, así como en otras circunstancias donde se trascienda a la esfera familiar, laboral, escolar y social. Su conocimiento permite identificar los fenómenos anómalos, y en algunos casos, las posibles causas que deterioran, obstaculizan o alteran el equilibrio y eficiencia de la personalidad.

Por ejemplo: en las fabricas, escuelas, hospitales, centros penitenciarios e incluso el mismo hogar, pues siempre habrá personas que tengan en alguna época de su vida, trastornos y dificultades, sean de índole conductual, psicológico, vivencial, mental u otras condiciones, como síntomas aislados, trastornos de personalidad, enfermedades corporales que influyan la vida mental o psíquica, problemas de la vida, vocacionales, de relaciones interpersonales.etc.

Los fenómenos mentales anómalos, asociados o consecutivos a las enfermedades corporales, sean sistémicos o localizados. Frecuentemente es útil para justificar el uso inmediato de terapéutica, prevenir mayores complicaciones, evaluar la evolución de los trastornos mentales y un sinnúmero de otros casos, por ejemplo: al Jurista sirve para individualizar las penas, analizar la inimputabilidad, recomendar medidas de seguridad, canalizar a la institución idónea, incluso es útil para las actividades militares, donde su conocimiento es esencial, tanto para seleccionar como rechazar al personal no apto para realizar labores potencialmente peligrosas, como el manejo de armas, control de material nuclear y en muchas otras. Finalmente, y dentro del ambiente académico - formativo, el conocimiento de la ciencia psicopatológica, permite desechar y prescindir de los prejuicios y especulaciones acerca de los fenómenos psicopatológicos, así como evaluar con sensatez, las diversas ideas y teorías psicológicas que se han generado.

Trastornos del Estado de Animo

El Psiquiatra P. Eisinger, miembro del grupo Assistant Service de Psychiatrie hospitalier France. (2008), indica que este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a ésta alteraciones del ánimo y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del ánimo (afectivos) en todos los grupos de edad. Aquellos que se presentan en la infancia y adolescencia se codificarán por tanto también de acuerdo con las pautas que siguen.

La clasificación de los trastornos del estado de ánimo (afectivos) ha sido seleccionada por razones prácticas, para permitir identificar con facilidad los trastornos clínicos más frecuentes. Así, se han diferenciado los casos únicos de los trastornos bipolares y de otros trastornos que presentan múltiples hechos, ya que gran parte de los enfermos

tienen un solo episodio. También se ha dado importancia a la gravedad por las implicaciones que tiene para el tratamiento y la asistencia. Hay que reconocer que los síntomas somáticos se consideraban también melancólicos, vitales, biológicos o endogenomorfos, y que el fundamento científico de este síndrome es cuestionable. Es de esperar que su inclusión de lugar a una valoración crítica amplia de la utilidad de identificarla por separado. La clasificación está diseñada de tal forma que aquellos que lo deseen, puedan recurrir a este síndrome somático pero también que pueda ser ignorado, sin por ello perder información.

El modo de distinguir los diferentes niveles de gravedad sigue siendo problemático; los tres niveles, leve, moderado y grave.

Cuadros Depresivos

Blazer, D. G. (2009) en su libro “The prevalence and distribution of major depression in a national community sample”, explica que la depresión viene del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado" por lo tanto es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar, la valoración de sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no muestra debilidad personal, lo indican BLAZER, D. G, no es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. El depresivo está enfermo de su voluntad, es por eso que para ellos es tan difícil sobreponerse a los acontecimientos que lo rodean.

Cabe destacar que el diagnóstico de depresión en las personas con diabetes puede resultar complejo ya que las manifestaciones físicas (como fatiga), y trastornos cognoscitivos (como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión), se superponen a las de una diabetes descontrolada. En caso de incertidumbre diagnóstica, una segunda valoración del estado psicológico cuando las cifras de glicemia se han normalizado, suele ser decisiva.

El síntoma más característico de la depresión es que el individuo se siente como hundido, con un peso agobiante sobre su existencia, sobre su vitalidad que cada vez lo entorpece más.

Los síntomas principales que definen una depresión, bajo los criterios del CIE-10, según lo menciona BLAZER, D. G. son los siguientes:

- **Tristeza patológica:** Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual.
- **Desgano:** El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.
- **Ansiedad:** Es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trastorno constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico (diagnóstico que deberá llevarlo a cabo un profesional en la rama de Psicología Clínica) estamos hablando de depresión ansiosa.
- **Insomnio:** El individuo le cuesta conciliar el sueño y. Además, se despierta temprano y de mal humor. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse hipersomnia (exceso de horas de sueño).
- **Alteraciones del pensamiento:** Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

- **Alteraciones Somáticas:** Por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- **Alteraciones de Comportamiento:** El individuo tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustias o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.
- **Modificaciones del Apetito y del Peso:** La mayoría de individuos pierden el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.
- **Pérdida de Placer:** En lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre y a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente eran gratificantes.
- **Culpa Excesiva:** Siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.
- **Pensamiento Suicida:** Los individuos presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- **Disminución de la Energía:** Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.
- Falta de cooperación.
- Riesgos de seguridad, accidentes.
- Declaraciones frecuentes sobre estar cansado todo el tiempo.
- Problemas con la concentración.
- Quejas de malestares y dolores sin explicación.
- Abuso de alcohol y drogas.

Causas De La Depresión

No existe una sola causa para la depresión, puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

- **Herencia:** Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.

Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.

Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

- **Factores Bioquímicos:** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos.

Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que sigue en estudio es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

- **Situaciones estresantes:** Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades

financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

- **Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD):** Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.
- **Personalidad:** Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión.

Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas.

Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

Depresión según Edad y Sexo

- **La depresión en la mujer:** Las estadísticas muestran que las mujeres padecen más depresión que los hombres, bajo los estudios realizados por Blazer, D. G, donde indica que esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos. Los cambios hormonales, tales como estrógeno y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de niños, el

mantenimiento del hogar y un empleo. Asimismo ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres.

- **La Depresión en el Hombre:** Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, menciona Blazer, D. G. (2008) por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer.

Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión.

No es raro que la depresión en los hombres se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiene más resistencia a buscar ayuda.

- **La Depresión en la Vejez:** Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman y cuando se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez, lo refiere Blazer.

La depresión, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para la persona de mayor edad y para su familia. Con un tratamiento adecuado tendría una vida placentera y cuando va al médico, puede describir solo

síntomas físicos siendo reacio a hablar de sus sentimientos de desesperanza y tristeza. Pueden no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo puede prolongarse por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente.

Los síntomas depresivos también pueden deberse a efectos secundarios de medicamentos que la persona está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante.

Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica mencionada indica que la psicoterapia breve puede ayudarlos en sus relaciones cotidianas y a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión.

La psicoterapia es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores, también es útil cuando los pacientes no pueden o no quieren tomar medicamentos.

La depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con tratamiento psicoterapéutico. El rápido reconocimiento y tratamiento hará que este periodo de la vida sea más placentero para el anciano, su familia y para quienes le cuidan.

Tipos de Depresión

Por otra parte, también se vincula la depresión con un incremento de las complicaciones de la diabetes, especialmente enfermedad cardiovascular y retinopatía. Entre los niveles o tipos de depresión tenemos:

- Depresión Leve
- Depresión Moderada
- Depresión Grave

La Depresión Leve Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso afásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos entre los principales síntomas tenemos:

- ❖ Llanto
 - ❖ Falta de concentración mental
 - ❖ Insomnio
 - ❖ Desconfianza en uno mismo
- **El Llanto**

Se describe cuando alguien derrama lágrimas en reacción a un estado emocionado. La acción de llorar se ha definido como "un fenómeno secreto motor complejo que es caracterizado por derramar lágrimas del aparato lagrimal, sin provocar ninguna irritación de las estructuras oculares" lo menciona el Artículo editado por la Dra. Piedad Garcia, "Assistant Deputy Director, County of San Diego, Mental Health Services."(2007) aclara que

para poder definir esta alteración del estado de ánimo primero se estableció una red neural biológica entre el conducto lagrimal y las áreas del cerebro humano implicadas con la emoción. Se cree que ningún otro animal puede producir lágrimas en reacción a estados emocionales, aunque es cuestionado por algunos científicos.

Según un estudio de más de 300 adultos, por término medio los hombres lloran una vez cada mes, y las mujeres al menos cinco veces cada mes, especialmente antes y durante la menstruación cuando el llanto puede tener lugar hasta cinco veces más que normal, a menudo sin razones obvias como la depresión o tristeza. De acuerdo con la Sociedad Alemana de Oftalmología, que ha recopilado diferentes estudios científicos en llanto, las mujeres lloran en promedio entre 30 y 64 veces al año, y los hombres lloran un promedio de entre 6 y 17 veces al año.

Las lágrimas producidas durante el llanto emocionado tienen una composición química que difiere de otros tipos de lágrima. Están compuestas de cantidades más altas de las hormonas prolactina, adrenocorticotropa, leu-enkefalino y los elementos potasio y manganeso.

William James consideró las emociones como reflejos antes de pensamiento racional, y creía que la reacción fisiológica como si al estrés o la irritación es una precondition para hacerse consciente cognitivamente de emociones como el miedo o la ira.

William H. Frey II, un bioquímico en la Universidad de Minnesota, propuso que la gente se siente mejor después de llorar debido a la eliminación de hormonas asociadas con el estrés, en particular la hormona adrenocorticotropa. Esto, junto con una secreción de moco aumentada durante el llanto, puede dirigir a una teoría que el llanto es un mecanismo desarrollado

en los humanos para disponer de esta hormona cuando sus niveles son demasiado altos.

- **El Insomnio**

Considerado como un trastorno del sueño que consiste en la incapacidad o dificultad para dormir, ya sea por la dificultad de conciliarlo y porque existan despertares durante la noche, despertar precoz o una disminución de su calidad. Esto produce cansancio y afecta a la vida diaria de las personas que lo padecen. Es un problema frecuente que aqueja entre el 10 y el 30 por ciento de la población adulta, más frecuente en mujeres, ancianos, personas de un nivel socioeconómico alto y en los que padecen una enfermedad psiquiátrica.

Sus causas:

- Alcohol: No ayuda a dormir adecuadamente. Más bien todo lo contrario. Si se consume demasiado alcohol por la noche, no solo dormirá peor sino que corre el riesgo de mezclar resaca con cansancio al siguiente día.
- Pesadillas: El miedo a sufrir pesadillas recurrentes puede impedir que logre conciliar el sueño.
- Depresión: Las personas que sufren una depresión u otros trastornos psicológicos como ataques de pánico ansiedad etc. pueden experimentar mayor dificultad para dormir por la noche.
- Motivos familiares: Hay bebés que no duermen por la noche y a consecuencia sus padres tampoco, es frecuente que los padres tenga dificultad en volver a dormirse.
- Condiciones y enfermedades: A veces sufren el insomnio las personas que padecen condiciones tales como el asma, colon irritable, impotencia, acné u otras alteraciones de la piel, caída del cabello, el apnea del sueño , alergias, impotencia, obesidad, ansiedad, hipertensión etc. muchas veces bien por los efectos físicos de su condición (dificultad de respirar o la tos,

picores, necesidad de acudir al cuarto de baño repetidas veces, dolor de barriga) o bien por los efectos psicológicos de la misma (nerviosismo, preocupación, estrés).

- Cambios en la hora de dormir - el jetlag o un trabajo en el que tiene que hacer distintos turnos y horarios pueden provocar trastornos del sueño. Ya que el jetlag es una mezcla de cansancio y otras síntomas provocados por un viaje en el que cruza distintas franjas horarias. De hecho tiene otro nombre más científico "síndrome del cambio de franjas horarias". Cada organismo está programado para vivir el día y la noche. La acción de la luz del sol, sobre todo la melanina, atraviesa los neurotransmisores. Muchos procesos corporales se rigen según este "reloj fisiológico" de 24 horas, según la temperatura, las hormonas, la digestión, la tensión y el estado cerebral. Este ciclo de actividad cada 24 horas se llama el ritmo circadiano. Si uno viaja a otra franja horaria, se distorsiona el ritmo circadiano lo que puede provocar trastornos físicos agudizados por el propio cansancio que produce un viaje de estas características.
- Medicinas - Estimulantes, anfetaminas, diuréticos, pastillas para adelgazar Varios tipos de medicina pueden provocar el insomnio como efecto secundario. Antes de tomar medicamentos es importante leer sobre las contraindicaciones y efectos secundarios.
- Abuso de sustancias - El abuso de sustancias como drogas, alcohol, tabaco, cafeína, tranquilizantes etc.
- Situaciones de estrés - grandes cambios en su vida doméstica o laboral, problemas financieros, la muerte de un ser querido...

Tipos de insomnio:

Existen diversas clasificaciones del insomnio, según la duración del trastorno, según la gravedad con la que se presente y según el horario en el que se presente:

- Según su duración, se puede distinguir entre el insomnio transitorio o agudo (dura menos de 4 semanas), el insomnio a corto plazo o subagudo (más de 4 semanas, pero menos de 3-6 meses) y el insomnio a largo plazo o crónico (más de 3-6 meses).
- En función de su severidad, se distingue entre el insomnio leve o ligero, con el que existe un mínimo deterioro de la calidad de vida; el moderado, que se da cada noche y en el que empiezan a surgir ciertos signos del deterioro de la calidad de vida con síntomas como irritabilidad, ansiedad, fatiga, y el severo o grave, en el que los síntomas se sufren con mayor intensidad y por tanto la calidad de vida se ve algo más afectada.
- **La Desconfianza en uno Mismo**

Esto representa un dato de la realidad completamente verificable que las potencialidades de una persona dependen en buena medida de la confianza real que posea en sí misma. Así cuando se actúa en la mayoría de las tareas complejas, se posee una idea general de hacia dónde se quiere ir y se confía en que puede lograr, luego el organismo se encarga del resto, coordina destrezas de manera que se sincronicen como los músicos dirigidos por el director, en realidad cuando se está coordinado se actúa con ritmo, como si una melodía se desplegara. Pero cuando algo asusta, cuando los sistemas de alerta entran en acción, se rompe el ritmo, se corta la melodía, y ya no se puede actuar con eficiencia, cuando la confianza no existe. Esta distinción es importante debido a que cuando se percibe peligro y se pone en alerta, si existe la confianza para actuar aún con mayor eficacia debido a la presencia de la adrenalina en el sistema, pero si la confianza falta y se activan sistemas de alerta ocurre la parálisis y no se puede actuar correctamente.

Ahora bien, aquí es necesario destacar que la confianza no constituye un factor separado de la destreza, la confianza es la sensación que posee de las capacidades reales. Si una persona no posee las destrezas necesarias para

realizar una tarea de nada sirve hacerle creer que puede realizarlas. Es más, infundir falsa confianza conduce a un choque aún más doloroso con la realidad, choque del que será muy difícil salir. Pero a veces se da el caso de personas con perfil bajo que poseen destrezas claramente verificables, pero que por alguna razón su confianza no se encuentra acompañando por la destreza.

La confianza es necesaria y debe reflejar en aptitudes reales, debe informar de lo que se puede y no hacer de manera que permita realizar elecciones y consideraciones de situaciones precisas. Pero si ésta no refleja las diferentes potencialidades reales entonces es cuando se hace necesario corregirla. Y aquí es donde aparecen los caros sistemas de autoayuda tendientes a elevar la confianza de las personas para que puedan alcanzar el cielo si se lo propusieran.

Ningún sistema puede hacer que alguien haga lo que no puede hacer. No hay que elevar la autoestima de las personas, hay que ofrecer las oportunidades de aprendizaje que permitan aumentar las destrezas, pero cuando se posee el talento y la vocación para ello. Cuando se le ofrece a las personas el medio de desarrollar sus potencialidades la confianza vendrá solita o acompañada al percatarse de sus logros construyendo así una confianza realista.

Un mal trance puede destruir la confianza, esto le ocurre a muchos deportistas que ante un mal desempeño se les destruye la confianza y luego no hay forma de levantarla, por lo que ese deportista no podrá funcionar con todas sus potencialidades. No existe halago, no existe nada que se le pueda decir para levantar su autoestima, salvo enfrentarlo a situaciones que la reparen.

Este constituye un ejemplo muy ilustrativo de cómo la confianza puede ser dañada y de cómo pueden aparecer obstáculos que sólo son psicológicos. Pero

se debe tener en cuenta que lo importante en un primer punto es la potencialidad real y luego la confianza subordinada.

La confianza es indispensable para los grandes logros, pero el talento, el poseer las potencialidades necesarias es imprescindible. Y no puede separarse la confianza de las potencialidades reales como hacen los vendedores de falsas ilusiones. Cuando se pierde la confianza pero se dispone de las potencialidades la persona se puede recuperar, entonces se encontrará espontáneamente en condiciones de enfrentar situaciones más difíciles. Será un mal camino de aprendizaje comenzar con grandes dificultades, es conveniente comenzar con menores para adquirir experiencia y confianza. Exigir mucho a los niños es un camino equivocado, hay que saber administrar las dificultades. No es con sangre y dolor que se aprende, con sangre y dolor se aprende a sufrir, nada más, y a experimentar desagrado por hacer aquello que provoca dolor.

La Depresión Moderada._ Puede causar dificultades con el trabajo o con las tareas diarias. La mayor parte de los síntomas son presentes que se encuentran en la forma suave de la depresión y son generalmente más obvios.

Las características centrales son:

- Disminución del Apetito
- Sentimiento de culpa
- Sentimientos de Inutilidad
- Pensamientos Suicidas

- **Disminución del Apetito**

Es una situación que se da cuando se tiene menos deseo de consumir alimento.

El término médico para la inapetencia es anorexia.

Causas

Una disminución del apetito casi siempre se observa entre los adultos mayores y no se puede encontrar ninguna causa. Sin embargo, la tristeza, la depresión, la aflicción o la ansiedad son una causa común de pérdida de peso que no se explica por otros factores, sobre todo entre los ancianos.

El cáncer también puede causar disminución del apetito. Los cánceres que pueden provocar que se pierda el apetito abarcan:

- Cáncer de colon
- Cáncer ovárico
- Cáncer del estómago
- Cáncer pancreático

Otras causas de disminución del apetito abarcan:

- Enfermedad hepática crónica
- Insuficiencia renal crónica
- EPOC
- Demencia
- Insuficiencia cardíaca

- **El Sentimiento de Culpa**

El sentimiento de culpa es una de las emociones más destructivas, y la mayoría de las personas la experimenta en mayor o menor grado, tanto si es por algo que se hace como por algo que se deja de hacer. No es un sentimiento agradable, por eso, cuando alguien pide hacer algo que no quiere hacer, se duda antes de negarse porque ya se tiene miedo volver a experimentar ese terrible sentimiento.

- Quizá valga la pena analizar qué es lo que hace sentirse culpable y por qué tiene ese efecto sobre cada una de las personas. La predisposición a sentirse culpable puede haberse originado en la infancia, especialmente si se tenía el tipo de padres o profesores que hacían sentirse culpable por cada falta, por más pequeña que fuera. Es evidente que se comete errores en el pasado, como todo el mundo. Todos pueden recordar acciones que desearían no haber hecho o palabras que preferirían no haber pronunciado. Recordar los errores del pasado es útil sólo cuando se aprende de ellos. Mirar atrás para aumentar el sentimiento de culpa supone un gran derroche de energía. Sería mucho mejor darle la vuelta a esa energía y emplearla para algún propósito más positivo.
- El sentimiento de culpa influye tanto que se tiene miedo a ser abandonado y dificulta la responsabilidad de cuidar la propia vida. Pues la necesidad de ser amados y aceptados es una aspiración innata en todo humano, y cuando la culpa se interioriza contra cada uno, se deja de creer en una valía personal y se juzga no merecerse del amor. Como consecuencia, se intenta ser como se cree que las otras personas quieren que sean, y así evitar un abandono. Pero sucede que la verdadera forma de ser termina manifestándose, y el miedo al abandono se incrementa. Surge entonces la agresividad hacia uno mismo a través del autorreproche y la crítica constante, con el propósito de redimirse y ser capaz de ser dueño de la propia vida. Pero sólo se consigue interiorizar cada vez más la desvaloración personal, y la redención nunca llega.

Es más probable que sea así cuando se mantiene un sistema de pensamiento polarizado (se piensa que las cosas son blancas o negras, buenas o malas, y no se admite el término medio); negativo (tan sólo se tiene en cuenta los detalles negativos y además se los magnifica, sin atender a los aspectos positivos); rígido (se basa en un sistema de normas estricto donde el deber prevalece en todas las acciones), sobredimensionado (se abandona la responsabilidad de

cada vida y se pasa a responsabilizarse de las vidas de los demás y de cuanto ocurre en su alrededor) o perfeccionista (el nivel de exigencia que coloca en la perfección y ésta en todos los actos que se lleve a cabo), causará dolorosos conflictos personales que desembocarán en la generación de alguna de las tres maneras de reaccionar ante los acontecimientos:

- **Reacciones Intrapunitiva:** Sentimos culpables exclusivos de todo lo ocurrido.
- **Reacciones Extra punitivas:** Se empieza a culpar de todo, inclusive de cada uno de los males, a los demás, como forma de responsabilizar ante lo sucedido.
- **Reacciones Impunitivas:** Se considera que nadie tiene la culpa de nada, que son las circunstancias sin más. Esta forma de razonar puede tener de bueno el conseguir descargar el agobio y no hacer más penosa la situación, pero como contrapartida, y habrá que estar alerta, se puede caer en la simplificación y la irresponsabilidad.

- **Sentimientos de inutilidad**

LÓPEZ Torrecillas menciona que hay una etapa en su enfermedad donde el individuo se siente y se percibe asimismo como un ser perdedor o inútil e inservible que no puede ayudar a su familia ni hacer bien su trabajo, cualquiera que éste sea. Se auto reprocha por su comportamiento y se siente avergonzado de él mismo por no poder reaccionar y superar su estado de ánimo. Siente que nadie más que él es culpable de lo que le sucede y se siente que es un ser fracasado en la vida que no merece ser consolado ni ayudado por nadie. Algunas veces culpan a sus parejas por sentirse inútiles y fracasados.

- **Pensamientos suicidas**

MENDEZ J. Espada en su libro “Psicopatología del Pensamiento”, refiere que hay casos donde los pacientes que tienen una enfermedad crónica y que sufren de trastornos en su estado de ánimo pueden llegar a presentar pensamientos persistentes de muerte, o incluso un temor excesivo a morir, sin embargo, no hacen planes específicos para suicidarse ni desean terminar con su vida. Se llenan de terror al pensar que pasaría si murieran y sienten miedo de estar enfermos o de padecer un mal incurable.

La Depresión Grave: Denominada también depresión clínica o unipolar, es un tipo de trastorno afectivo (llamado también trastorno del estado de ánimo) que supera los altibajos cotidianos, y que se ha convertido no sólo en un trastorno médico serio sino también en un motivo importante de preocupación de la salud.

A continuación, se enumeran los factores de riesgo más frecuentes de la depresión grave:

- Antecedentes familiares de depresión (especialmente si uno de los padres sufrió depresión en la infancia o en la adolescencia)
- Estrés intenso
- Maltrato o abandono
- Trauma (físico o emocional)
- Otros trastornos psiquiátricos
- Pérdida de los padres, de la persona que los cuida o de otro ser querido
- Fumar cigarrillos
- Pérdida de una relación (una mudanza, el fin de una relación afectiva)
- Otras enfermedades crónicas (por ejemplo diabetes)

Los síntomas más comunes de la depresión grave.

- Sentimientos Persistentes de Tristeza

- Sensación de Fracaso
- **Sentimientos Persistentes de Tristeza.**

BLUE Lady en su trabajo investigativo “Psicología” indica que la tristeza es un sentimiento normal que se puede experimentar tras un hecho no deseado; la falta de un ser querido o un fracaso, por ejemplo. Cada uno tiende a reaccionar de manera diferente ante un acontecimiento así ya sea con ansiedad o con ver sólo la parte pesimista de la vida, pero cuando una persona está triste, si todo sigue su curso normal, esto será pasajero y todo volverá a su cauce en poco tiempo.

Sin embargo, la depresión es mucho más seria y complicada que la tristeza. La depresión normalmente viene precedida por un estado de tristeza o ansiedad que una no puede superar y se prolonga a lo largo del tiempo. Por lo que sea, la persona deprimida no puede superar estar triste y el problema deriva en depresión.

- **La Sensación de Fracaso**

Es una emoción intensa, vital, dolorosa, inevitable y, en ocasiones, beneficiosa para el desarrollo personal. Con el fracaso se sufre, pero de él se aprenden muchas cosas si la experiencia se afronta con decisión, valentía y voluntad de superación lo refiere ALONSO A. (2003) en su libro “Psicodiagnostico” la Habana. El fracaso consiste en no lograr unos objetivos esperados a corto o largo plazo, y se acompaña de una vivencia amarga, desagradable y frustrante, que todos, y seguramente más de una vez, hay que afrontar.

Hay que distinguir entre la sensación de fracaso ante un fallo o contratiempo real, y la sensación que sobreviene sin motivo. La primera es la vivencia de un fracaso y en ella hay que matizar unos aspectos: la intensidad, la coherencia

con el hecho que la desencadena y la forma de reaccionar. Ante un resultado adverso se siente, como es lógico, desagrado y frustración que se van atenuando hasta desaparecer. Lo normal es que el individuo, pasados los primeros momentos, razone sobre los motivos de su fracaso y a la luz de éstos consiga superarlo y evitar que vuelva a producirse. Es anómala la reacción excesivamente intensa, que dura demasiado tiempo o que se convierte en improductiva. A la hora de reaccionar ante un fracaso es fundamental la personalidad del individuo; las personalidades fuertes y maduras ponen en marcha todos sus mecanismos de defensa y superan de forma positiva el contratiempo; las personalidades más débiles e inseguras suelen venirse abajo ante escollos relativamente pequeños y necesitan mucho más apoyo del exterior para superarlos.

El «síndrome del fracasado» es la sensación permanente de haber fallado, de no haber logrado nada, de no tener posibilidades, que afecta al pasado, al presente y que permanecerá en el futuro. Puede ser tanto por motivos reales como imaginarios, pero el resultado es siempre que el sujeto se siente insatisfecho consigo mismo y con su vida. Una reacción casi esperada es sumirse en la frustración, la renuncia y el abandono; ésta es una de las vivencias más desalentadoras que se pueden sufrir y el individuo se convierte en un ser inoperante, sumido en la tristeza y en la incapacidad para superarse a sí mismo. El sujeto pierde la iniciativa, la capacidad de lucha, la resistencia a las eventualidades, cae en fases depresivas y puede desear morir.

Para llegar al diagnóstico de depresión grave, el paciente necesita generalmente manifestar un grupo (varios) de los síntomas enumerados arriba en un mismo período de dos semanas. Los síntomas de la depresión grave pueden parecerse a los de otros trastornos psiquiátricos.

2.5 Formulación de Hipótesis

2.5.1 Hipótesis General

- Los Cambios en la Calidad de Vida del paciente diabético son los factores causales del desarrollo de cuadros depresivos en los miembros del grupo de Apoyo.

2.5.2 Hipótesis Específica

- En la calidad de vida del paciente diabético, los cambios psicológicos son los de mayor incidencia en la generación de cuadros depresivos.
- El nivel de depresión más frecuente en los pacientes diabéticos es el Grave.

2.6 Determinación de Variables

Variable Independiente

Calidad de vida del paciente diabético

Variable Dependiente

Cuadros Depresivos

Término de Relación

Incidencia

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque Cuanti- Cualitativo

La investigación es de carácter tanto cualitativo como cuantitativo, es cualitativa, porque para la obtención de los resultados se recurrió a personas implicadas con la enfermedad, a través de entrevistas y test respectivos, como punto principal de la investigación, es cuantitativa pues se buscará que sirvan para medir y que es conveniente tabular, con resultados armoniosos, para mejorar la factibilidad dada por los resultados cualitativos, para su posterior análisis e interpretación de datos.

3.2. Modalidad Básica de la Investigación

3.2.1. Investigación de campo

Es una investigación de campo ya que se obtiene información directamente con los seres humanos, motivo por la cual son pacientes que padecen de una alteración como es el caso de la diabetes, forman parte del grupo de apoyo del Hospital Regional Docente Ambato y porque se acude al lugar de los hechos, donde se realizara entrevistas, se aplicara reactivos psicológicos a los pacientes con el fin de obtener datos y percepciones acerca de lo que está sucediendo.

3.2.2. Investigación documental – bibliográfica

Se denomina investigación bibliográfica porque al hacer este proyecto necesito de la ayuda de libros, revistas, archivos, internet y otras fuentes por

medio de las cuales se puede obtener conocimientos acerca de los comportamientos y como fue el impacto psicológico en cada uno de los cambios en el estilo de vida de las personas diabéticas para que desarrollen cuadros depresivos. Se utilizará la lectura científica y su proceso para sacar una conclusión general.

3.3. Nivel o Tipo de Investigación

El tipo de investigación que se desarrollo a nivel exploratorio permitió obtener una metodología más flexible, de mayor amplitud y dispersión, de igual forma a nivel descriptivo porque se podrá comparar entre dos o más fenómenos y clarificar sus modelos de comportamiento según ciertos criterios, y por último a nivel explicativo ya que se podrá comprobar experimentalmente la hipótesis y detectar los factores causales que determinan a ciertos comportamientos.

3.4. Población y Muestra

Esta investigación está dirigida a las personas diabéticas que forman parte del grupo de apoyo de diabéticos del Hospital Regional Docente Ambato, entre ellos está conformado por 22 miembros de los cuales hombres son 4 y mujeres 18; entonces de acuerdo a los datos proporcionados se considera que la población del universo es reducida y todo ello constituye a lo que será la muestra.

3.5. Operacionalización de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS – INSTRUMENTOS
<p>La calidad de vida es la satisfacción personal ponderada por escalas de valores, aspiraciones y expectativas personales las cuales requieren de algunos cambios en los pacientes diabéticos en cada una de las costumbres y hábitos, para lograr un mejor control por lo que se considera que el impacto en cada uno de los cambios del paciente, produce alteraciones en las actividades diarias, viéndose afectado a nivel fisiológico, nutricional, psicológico y social</p>	Cambios Fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Deterioro de Sentidos ❖ Aparecimiento de Algias ❖ Problemas Sexuales 	<p>¿El diagnóstico de diabetes le ha causado algún tipo de dificultades sexuales?</p>	<p>TÈCNICA:Encuesta INSTRUMENTO:Cuestionario Estructurado</p>
	Cambios Nutricionales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tipo de Alimento ❖ Número de Dietas ❖ Frecuencia ❖ Cantidad 		
	Cambios Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dependencia ❖ Baja Autoestima ❖ Irritabilidad ❖ Apatía ❖ Indiferencia Afectiva 	<p>¿Se siente incomodo/a con la Alimentación a la que debe someterse por su diagnóstico?</p>	<p>TÈCNICA:Entrevista INSTRUMENTO:Cuestionario Estructurado</p>
	Cambios Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trabajo ❖ Amigos ❖ Vecinos 	<p>Desde su diagnostico su Estado Emocional frecuentemente es:</p>	<p>TÈCNICA:Encuesta INSTRUMENTO:Cuestionario Estructurado</p>

Cuadro N° 1: Operacionalización de Variables Independiente
Elaborado: Gabriela Pazán Torres

VARIABLE DEPENDIENTE: CUADROS DEPRESIVOS

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS – INSTRUMENTOS
<p>Los cuadros depresivos son el conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva que puede llegar a expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático en el cual sus síntomas se clasifican por leve, moderado y grave</p>	° Leve	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ánimo Depresivo ❖ Insomnio ❖ Falta de Interés / Disfrute 	<p>Tristeza Aparente ¿Paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gusto y la expresión mímica?</p> <p>Incapacidad para sentir ¿Paciente expresa un reducido interés por lo que rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas?</p>	<p>TÈCNICA: Encuesta</p> <p>INSTRUMENTO: Test de MONTGOMERY – ASBERG</p>
	° Moderada	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pérdida de confianza en sí mismo ❖ Sentimientos de Culpa ❖ Sentimientos Inutilidad 	<p>Pensamientos Pesimistas ¿Paciente expresa pensamientos de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado?</p>	<p>TÈCNICA: Entrevista</p> <p>INSTRUMENTO: Test de MONTGOMERY – ASBERG</p>
	° Grave	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Actos Suicidas ❖ Autoagresiones ❖ Perspectiva sombría del futuro 		<p>TÈCNICA: Encuesta</p> <p>INSTRUMENTO: Test de MONTGOMERY – ASBERG</p>

Cuadro N° 2: Operacionalización de Variables Dependiente
Elaborado: Gabriela Pazán Torres

3.6. Plan de recolección de Información

Para la recolección de Información se utilizó diferentes técnicas e instrumentos como son:

- Se aplicó la técnica de la Encuesta (Anexo 1), porque de esta forma se propone recolectar información específica del paciente acerca de las diferentes reacciones que le desarrollaron por impactó al tratamiento respectivo de la diabetes, como instrumento se utilizó el cuestionario.
- Se aplicó el test predeterminado de Hamilton para la Depresión (Anexo 2), para determinar sus niveles leve, moderado y grave por medio de sus síntomas que atraviesa en su enfermedad.

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de investigación
2. ¿De qué personas u objetos?	Pacientes integrantes del grupo de apoyo de diabéticos
3. ¿Sobre qué aspectos?	Su Ánimo Depresivo, Insomnio, Falta de Interés / Disfrute, Pérdida de confianza en sí mismo, Sentimientos de Culpa, Sentimientos de Inutilidad, Actos Suicidas o Autoagresiones, , sombría del futuro
4. ¿Quién - Quienes?	Investigadora Activa Gabriela Pazán
5. ¿Cuándo?	Periodo Marzo – Agosto 2011
6. ¿Dónde?	Hospital Docente Regional Ambato
7. ¿Cuántas veces?	Según el numero de aplicaciones de los instrumentos
8. ¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta, Cuestionario Estructurado, Entrevista, Test de MONTGOMERY – ASBERG
9. ¿Con qué?	Cuestionario y una batería psicológica
10. ¿En qué situación?	En las que se me facilite

Cuadro N° 3: Recolección de Información
Elaborado: Gabriela Pazán Torres

3.7. Plan de Procesamiento de Información

Los datos recogidos se transforman siguiendo ciertos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de información defectuosa.
- Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
- Tabulación o cuadros, según variables de cada hipótesis.
- Manejo de información.
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultado.

CAPITULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS CUANTI - CUALITATIVO

**4.1.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA VARIABLE
DEPENDIENTE**

ESCALA PARA LA DEPRESIÓN DE MONTGOMERY ASBERG

1._ Tristeza Aparente

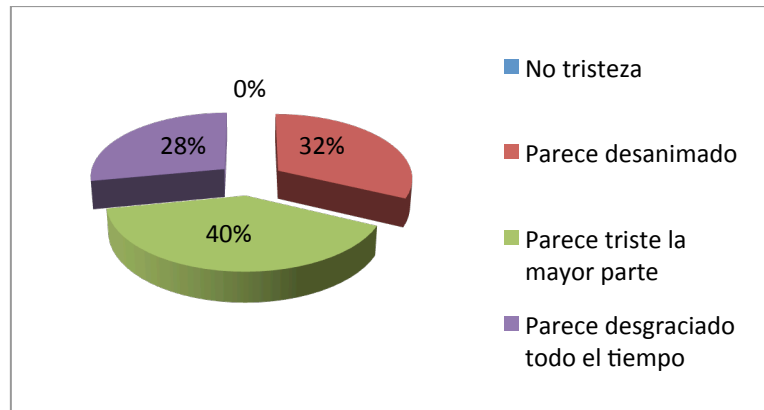
CUADRO 4

CONFLICTO	NÚMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Parece desgraciado todo el tiempo	7	28%
Parece triste la mayor parte	10	40%
Parece desanimado	8	32%
No tristeza	0	0%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazán Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 3



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis de Resultados:

Dentro de la población investigada a la cual se le aplicó la Escala para la depresión de Montgomery Asberg se puede mencionar mediante los signos y los síntomas obtenidos que el 40% parece triste la mayor parte del tiempo, el 32% parece desanimado, el 28% parece desgraciado todo el tiempo y el 0% de la población no tiene una tristeza aparente lo que nos permite entender que el paciente expresa abatimiento, tristeza, desesperación a través de la voz y su expresión mímica.

2. _ Tristeza Expresada

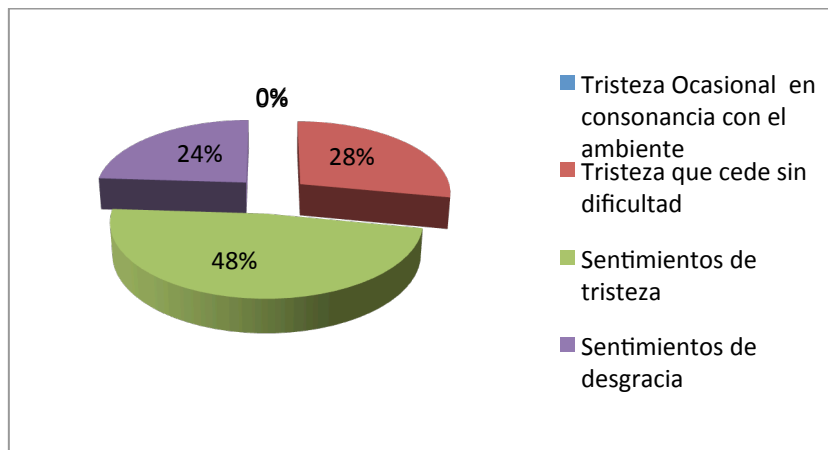
CUADRO N° 5

CONFLICTO	NÚMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Sentimientos de desgracia	6	24%
Sentimientos de tristeza	12	48%
Tristeza que cede sin dificultad	7	28%
Tristeza Ocasional en consonancia con el ambiente	0	0%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 4



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Los resultados obtenidos en la investigación realizada reflejan que el 48% de la población posee sentimientos de tristeza, el 28% desarrolla una tristeza que cede sin dificultad, el 24% de la población posee sentimientos de desgracia y el 0% posee una tristeza ocasional en consonancia con el ambiente lo que nos permite señalar que el paciente ya puede aportar datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente lo que exprese su apariencia o no.

3._ Tensión Interior

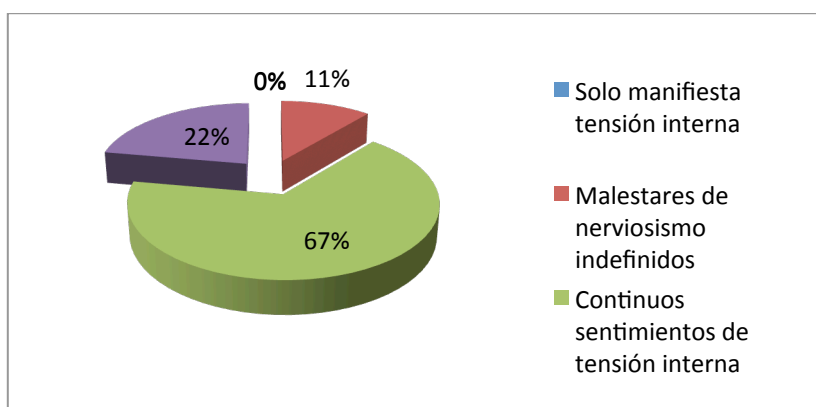
CUADRO N° 6

CONFLICTO	NÚMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Angustia o temor no mitigado	6	22%
Continuos sentimientos de tensión interna	18	67%
Malestares de nerviosismo indefinidos	3	11%
Solo manifiesta tensión interna	0	0%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 5



ELABORADO POR: Gabriela Pazàn Torres

FUENTE: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Los resultados obtenidos reflejan que el 67% manifiestan sentimientos de tensión interna, el 22% angustia o temor mitigado, el 11% presenta malestares de nerviosismo indefinidos y el 0% no manifiestan tensión interna lo que nos permite comprender que los pacientes expresan sentimientos de malestar indefinido, confusión interna y tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

4. _ Sueño Reducido

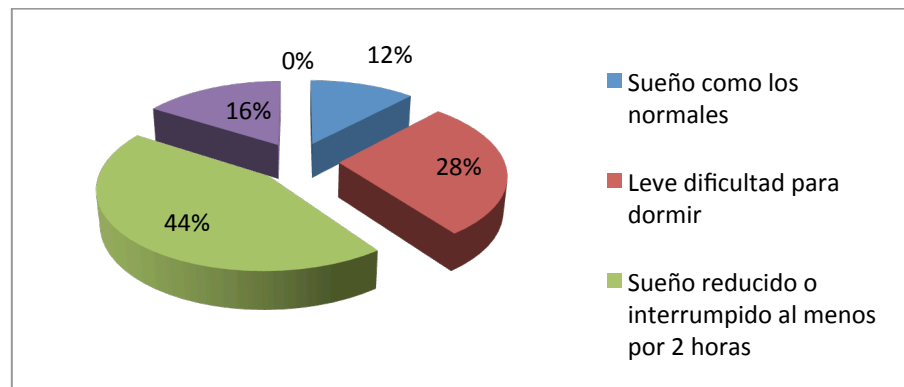
CUADRO N° 7

CONFLICTO	NÚMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Sueño como los normales	3	12%
Leve dificultad para dormir	7	28%
Sueño reducido o interrumpido al menos por 2 horas	11	44%
Menos de 2 o 3 horas de sueño	4	16%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 6



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Los resultados obtenidos en esta pregunta indican que el 12% presenta sueño normal, el 28% manifiestan leve dificultad para dormir, el 44% sueño reducido, el 16% presentan menos de 2 o 3 horas de sueño, lo que nos permite entender que los

pacientes expresan una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo descansan cuando se encuentran sin preocupaciones.

5. _ Disminución del Apetito

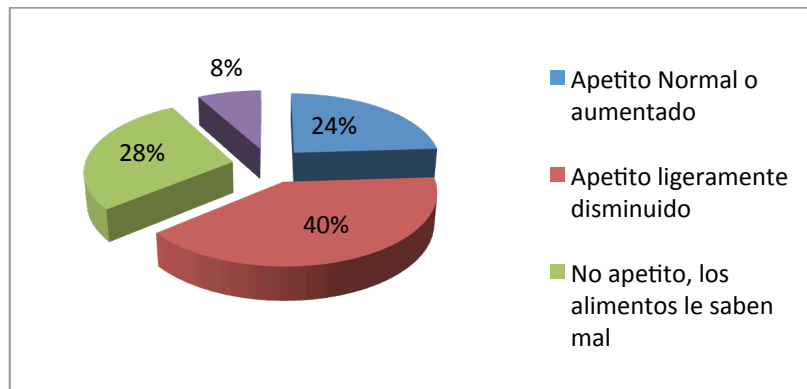
CUADRO N° 8

CONFLICTO	NÚMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Apetito Normal o aumentado	6	24%
Apetito ligeramente disminuido	10	40%
No apetito, los alimentos le saben mal	7	28%
Necesidad de persuasión para comer	2	8%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazán Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 7



Elaborado por: Gabriela Pazán Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

La pregunta N° 5 del test aplicado indica que el 24% presentan apetito normal, 40% apetito ligeramente disminuido, 28% no apetito, 8% necesidad de persuasión para

comer, lo que nos permite analizar que los pacientes expresan una reducción de apetito en comparación a cuando se encuentran bien.

6. _ Dificultades de concentración

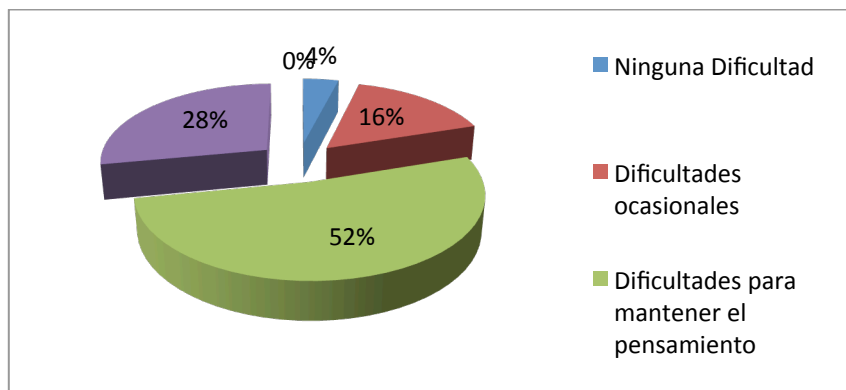
CUADRO N° 9

CONFLICTO	NÚMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Ninguna Dificultad	1	4%
Dificultades ocasionales	4	16%
Dificultades para mantener el pensamiento	13	52%
Incapacidad para conversar o leer	7	28%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 8



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis de Resultados:

Los resultados obtenidos reflejan que el 4% no presentan ninguna dificultad de concentración, 16% dificultades ocasionales, 52% dificultades para mantener el

pensamiento y el 28% incapacidad para conversar o leer, lo que nos permite mencionar que los pacientes expresan dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse en una conversación.

7. _ Laxitud Abulia

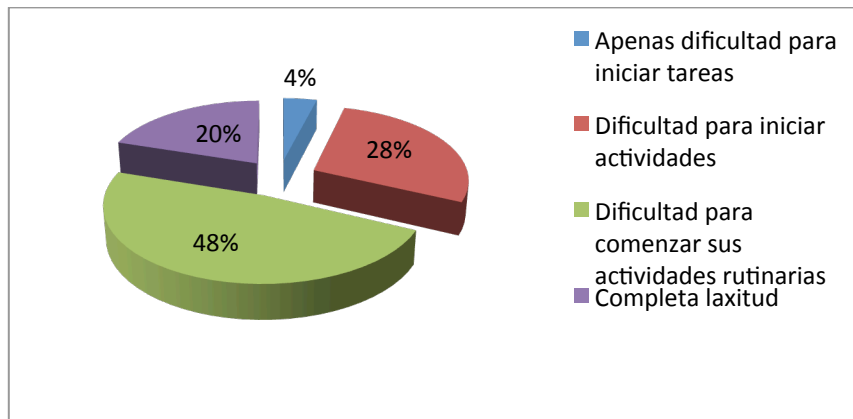
CUADRO N° 10

CONFLICTO	NÚMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Apenas dificultad para iniciar tareas	1	4%
Dificultad para iniciar actividades	7	28%
Dificultad para comenzar sus actividades rutinarias	12	48%
Completa laxitud	5	20%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 9



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Los datos obtenidos en la Escala de Montgomery Asberg reflejan que el 4% presentan apenas dificultad para iniciar tareas, 28% dificultades para iniciar actividades, 48%

dificultades para comenzar sus actividades rutinarias y el 20% completa laxitud, lo que nos permite evidenciar que los pacientes expresan dificultades para ejecutar las actividades diarias.

8. _ Incapacidad para sentir

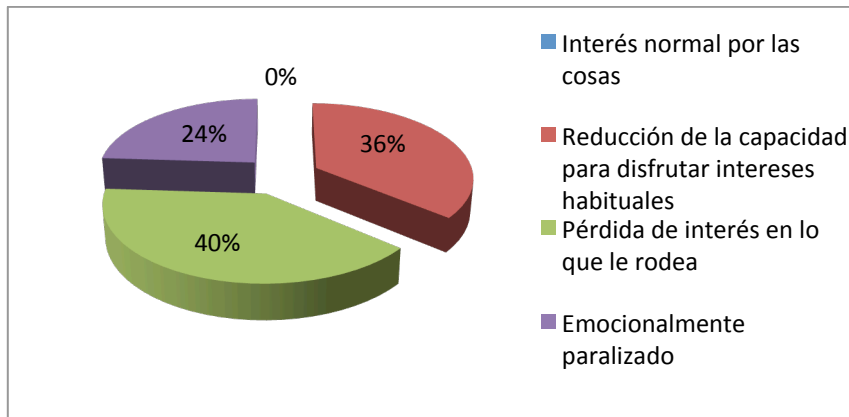
CUADRO N° 11

CONFLICTO	NÚMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Emocionalmente paralizado	6	20%
Pérdida de interés en lo que le rodea	10	48%
Reducción de la capacidad para disfrutar intereses habituales	9	28%
Interés normal por las cosas	0	4%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 10



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

La pregunta N° 8 fundamenta que el 36% de la población presenta reducción de la capacidad para disfrutar intereses, 40% pérdida de interés, 24% se encuentra emocionalmente paralizado, el 0% no presentan interés normal por las cosas, lo que nos permite comprender que los pacientes expresan un reducido interés por lo que rodea o las actividades que normalmente producía placer

9._ Pensamientos Pesimistas

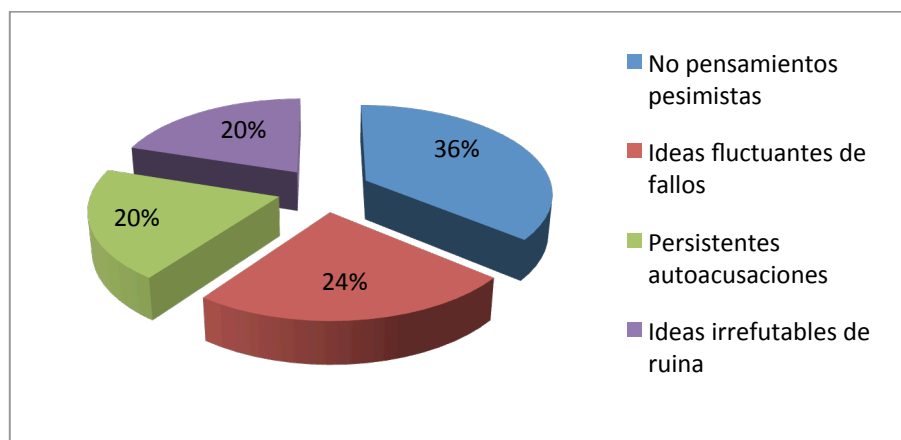
CUADRO N° 12

CONFLICTO	NÚMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
No pensamientos pesimistas	9	36%
Ideas fluctuantes de fallos	6	24%
Persistentes autoacusaciones	5	20%
Ideas irrefutables de ruina	5	20%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 11



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

En los porcentajes obtenidos en esta pregunta señalan que el 36% no presentan pensamientos pesimistas, el 24% manifiestan ideas fluctuantes de fallos, el 20% persistentes autoacusaciones y el 20% ideas irrefutables de ruina, lo que nos permite indicar que los pacientes expresan pensamientos de culpa, auto reproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina

10. _ Ideación Suicida

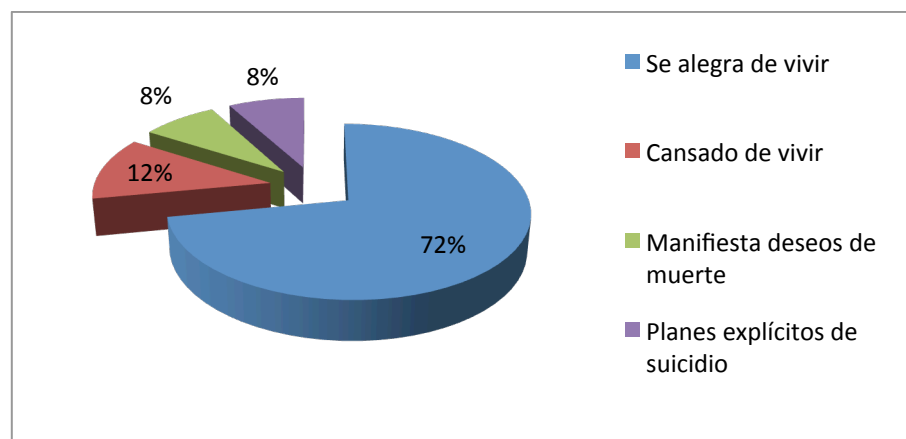
CUADRO N° 13

CONFLICTO	NÚMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
Se alegra de vivir	18	72%
Cansado de vivir	3	12%
Manifiesta deseos de muerte	2	8%
Planes explícitos de suicidio	2	8%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 12



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Escala para la Depresión de Montgomery Asberg aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Del total de personas investigadas a las cuales se le aplicó la Escala de depresión, los resultados reflejan que el 72% se alegra de vivir, el 12% están cansados de vivir, el 8% manifiestan deseos de muerte y el 8% presentan planes explícitos de suicidio, lo que nos permite analizar que los pacientes expresan ideas de motivación.

4.1.2 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE EN

ENCUESTA CALIDAD DE VIDA

1. _ ¿Qué tiempo de evolución tiene la enfermedad que padece?

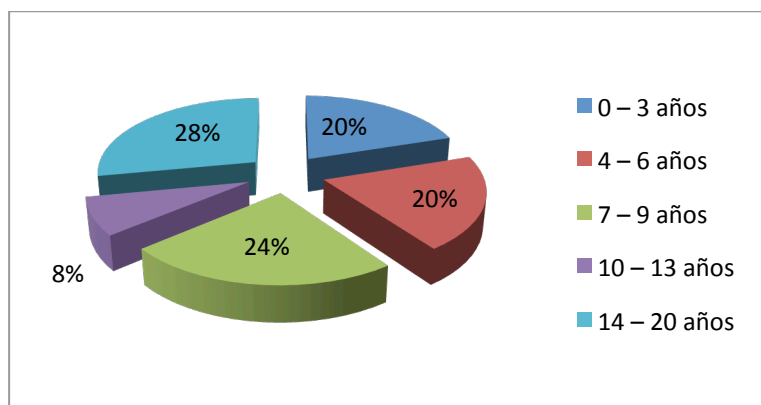
CUADRO: N° 14

TIEMPO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 – 3 años	5	20%
4 – 6 años	5	20%
7 – 9 años	6	24%
10 – 13 años	2	8%
14 – 20 años	7	28%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 13



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

De los 25 pacientes diabéticos a quienes se les aplicó la encuesta sobre la calidad de vida, se obtuvo que el 20% tiene un tiempo de 0 a 3 años de evolución, el 20% se encuentra de 4 a 6 años, el 24% de 7 a 9 años, el 8% de 10 a 13 años y el 28% de la población de 14 a 20 años, lo que nos permite distinguir el grado de evolución.

2. ¿El diagnóstico de diabetes le ha causado algún tipo de dificultades sexuales?

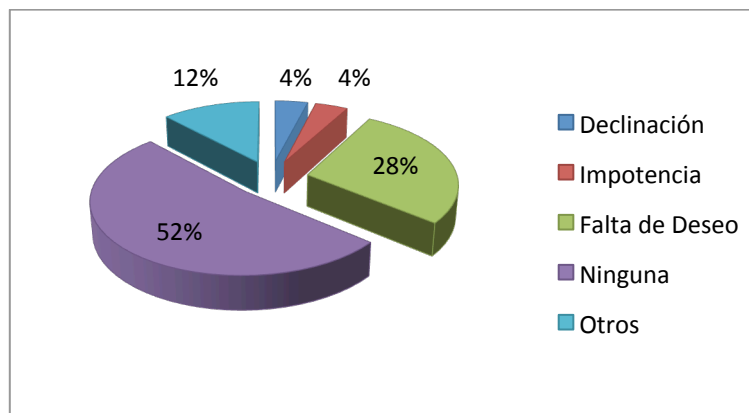
CUADRO N° 15

TIEMPO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Declinación	1	4%
Impotencia	1	4%
Falta de Deseo	7	28%
Ninguna	13	52%
Otros	3	12%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 14



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Dentro de la población de diabéticos a la cual se le aplicó la Encuesta Calidad de Vida se puede evidenciar mediante las diferentes opciones de respuesta que de los 25 pacientes investigados, el diagnóstico de diabetes ha causado dificultades sexuales, en el 4% de la población presentan declinación sexual, el 4% impotencia sexual, el 28% falta de deseo, el 52% no tiene dificultades sexuales, lo que establece que el desarrollo de su enfermedad no afectado en gran parte en su área sexual, mientras que el 12% manifiestan otros tipos de complicaciones como es el caso de la falta de lubricación y anorgasmia en las mujeres.

3. _ ¿Su salud actual se halla limitada por dificultades a nivel de?

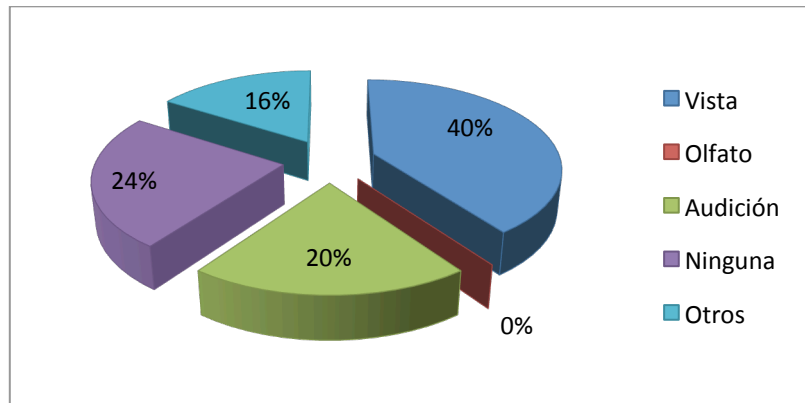
CUADRO N° 16

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Vista	10	40%
Olfato	0	0%
Audición	5	20%
Ninguna	6	24%
Otros	4	16%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 15



Elaborado por: Gabriela Pazán Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

De la población investigada se analizó que su salud actual se halla limitada por alteraciones amplias, donde se puede demostrar que el 40% presentan dificultades a nivel de la vista, el 20% en la audición, el 24% no presentan ninguna dificultad, el 16% de la población presentan otro tipo de dificultades como alteraciones en sus rodillas, calambres, dolor de piernas, mientras que existe una parte que es el 0% que no presenta dificultades a nivel de su olfato.

4. ¿Apartir de su diagnóstico ha presentado dolores o malestares?

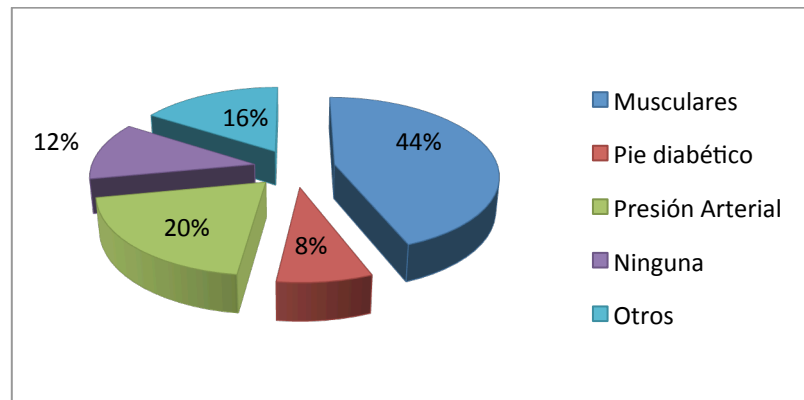
CUADRO N° 17

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Musculares	11	44%
Pie diabético	2	8%
Presión Arterial	5	20%
Ninguna	3	12%
Otros	4	16%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 16



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

En la pregunta N° 4 de la encuesta establecida se obtuvo como resultado que el 44% de la población investigada presenta dificultades musculares, en un 8% dificultades de pie diabético, 20% dificultades de presión arterial, 12% no presentan ninguna dificultad y el 16% presentan otro tipo de dificultades, como es el caso de la gastritis, lo que nos permite dar cuenta que los pacientes han desarrollado varias alteraciones a nivel de sus músculos como son sobresaltos en los ligamentos, tendones, tejidos blandos que conectan entre sí, debido a que anteriormente tenían una vida sedentaria y de un momento a otro realizan ejercicios o trabajos físicamente exigentes.

5. ¿La manera de trato por parte de sus familiares y amigos hacia usted ha cambiado desde su diagnóstico?:

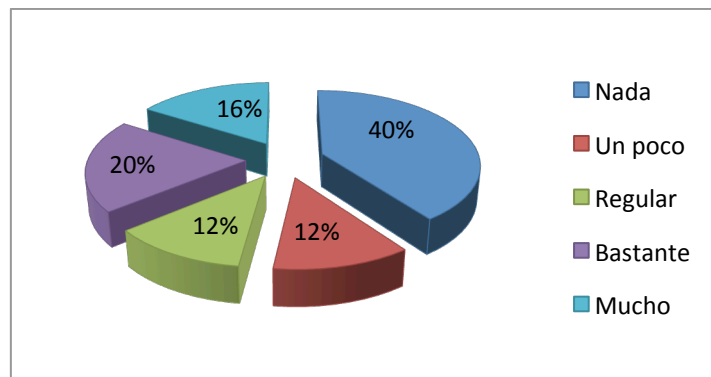
CUADRO N° 18

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Nada	10	40%
Un poco	3	12%
Regular	3	12%
Bastante	5	20%
Mucho	4	16%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 17



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Del total de personas encuestadas se puede analizar que el 40% de la población no ha notado cambios en la manera de trato de sus familiares y amigos, el 12% ha notado un poco el cambio de trato, el 12% ha cambiado regularmente, el 20% ha cambiado bastante y el 16% ha cambiado mucho, lo que permite manifestar que a partir del

diagnostico de su enfermedad como es la diabetes, cada uno de los familiares y amigos a cambiado de cierta manera el trato.

6. _ Las relaciones en su círculo social son:

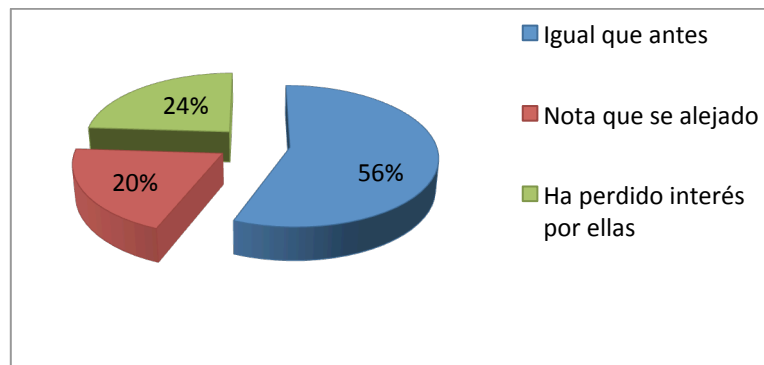
CUADRO N° 19

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Igual que antes	14	56%
Nota que se alejado	5	20%
Ha perdido interés por ellas	6	24%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 18



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

En los porcentajes obtenidos en esta pregunta señala que el 56% de la población tiene el mismo comportamiento de antes, el 20% notan que se han alejado, mientras que 24% han perdido el interés, lo que nos permite evidenciar que a partir de su

diagnostico más de la mitad de los pacientes tienen la misma actitud con la gente de su alrededor, mientras que el 44% se han alejado y perdido su interés debido a que ya no encuentran la misma satisfacción de hacer las cosas y compartir con su entorno como anteriormente lo hacían por miedo a ser rechazados o el bajo animo, desgano que ellos presentan.

7. ¿Disfruta de la compañía de sus amigos, vecinos u otros?:

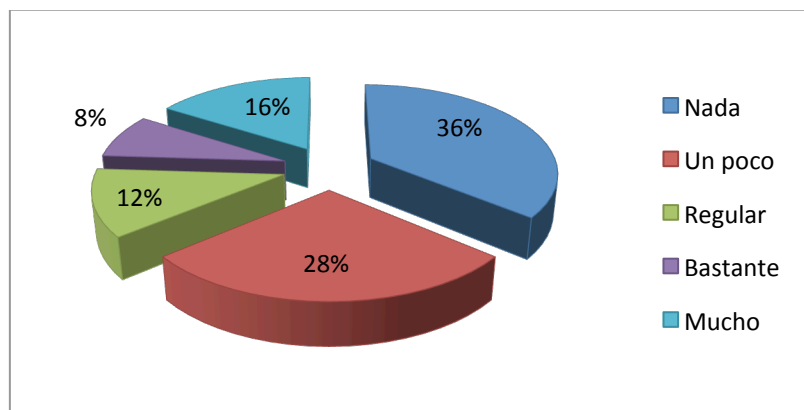
CUADRO N° 20

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Nada	9	36%
Un poco	7	28%
Regular	3	12%
Bastante	2	8%
Mucho	4	16%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 19



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

En la pregunta N° 7 se obtuvo como resultados que el 36% de la población no disfruta ya de la compañía de sus amigos, vecinos, el 28% la disfruta un poco, el 12% la disfruta regularmente, el 8% la disfruta bastante y el 16% disfrutaban mucho, lo que nos permite analizar que a partir de su diagnóstico hay un porcentaje alto como es el 64% de personas que ya no disfrutaban de la compañía de sus amistades.

8. _ Durante los últimos años en su trabajo ha rendido de manera?:

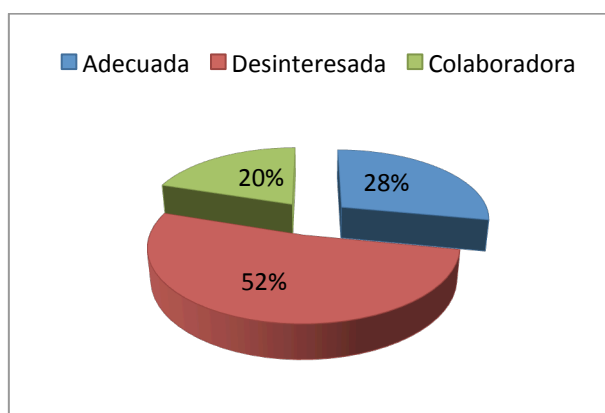
CUADRO N° 21

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Adecuada	7	28%
Desinteresada	13	56%
Colaboradora	5	20%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazán Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 20



Elaborado por: Gabriela Pazán Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

En esta pregunta se puede analizar que el 28% de la población rinde de manera adecuada en su trabajo, el 56% rinde de manera desinteresada y el 20% lo hace de manera colaboradora, lo que nos permite analizar que existe un porcentaje alto de personas que rinden inadecuadamente a causa de su enfermedad ya que la gente que está en tratamiento con fármacos para la diabetes sienta cansancio y agotamiento por ser el efecto secundario de los químicos.

9. ¿Se siente incómodo/a con la alimentación a la que debe someterse por su diagnóstico?:

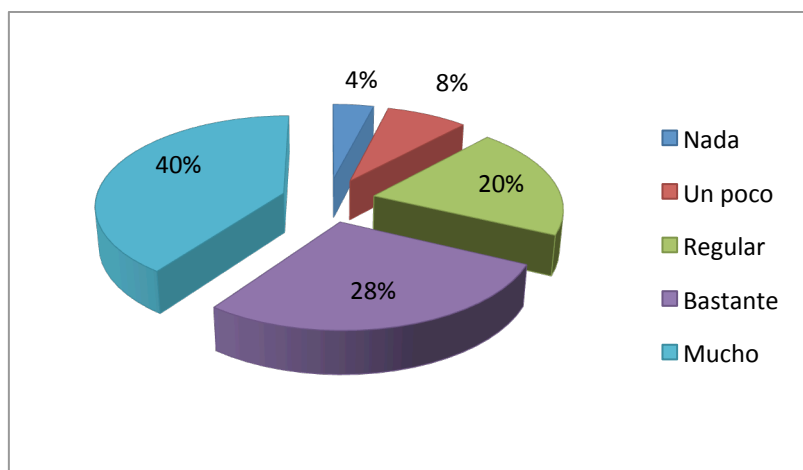
CUADRO N° 22

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Nada	1	4%
Un poco	2	8%
Regular	5	20%
Bastante	7	28%
Mucho	10	40%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 21



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Se puede comentar que el total de personas encuestadas, el 4% de la población no se siente incómoda con la alimentación a la que debe someterse, el 2% se siente un poco incomoda, el 20% se siente regularmente cómoda, el 28% de la población se siente bastante cómoda y el 40% de la que se siente muy incómoda, lo que nos permite concluir que existe un índice alto de personas que deben adaptarse a su alimentación debido a su enfermedad.

10. ¿Le molesta el tener que suprimir los alimentos que le prohibió su médico o los que le gustan debido a su enfermedad?:

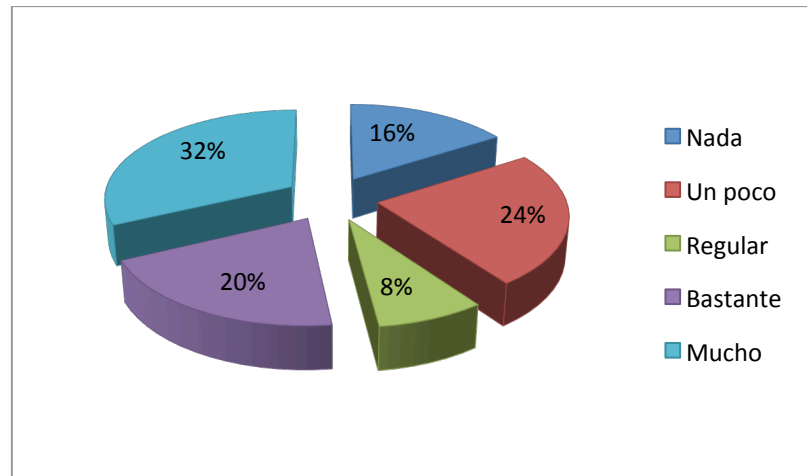
CUADRO N° 23

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Nada	4	16%
Un poco	6	24%
Regular	2	8%
Bastante	5	20%
Mucho	8	32%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 22



Elaborado por: Gabriela Pazán Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

En base a las investigaciones realizadas, se puede comprender que el 16% de la población no le molesta suprimir su alimentación, el 24% le molesta un poco, 8% le molesta regularmente, al 20% le molesta bastante y el 32% le molesta mucho, lo que nos permite distinguir que existe un índice alto de personas que les molesta el no poder comer alimentos agradables debido a su enfermedad o no poder disfrutar, como el resto de su familia lo hace en su actualidad.

11. ¿Cuál es el ritmo alimenticio que usted por su padecimiento ingiere a diario?:

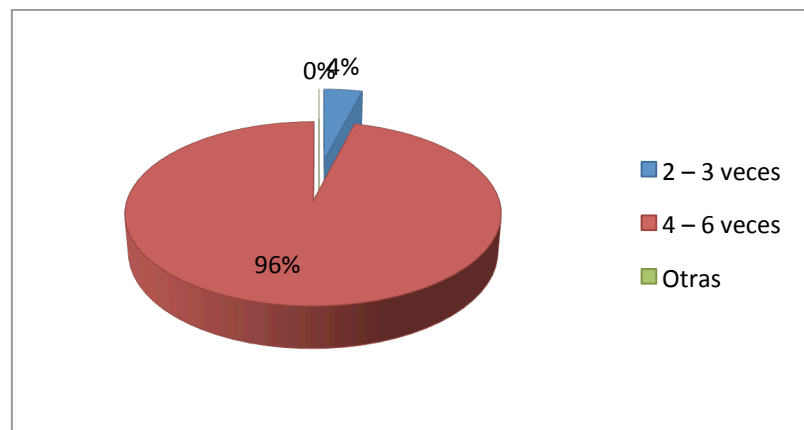
CUADRO N° 24

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
2 – 3 veces	1	4%
4 – 6 veces	24	96%
Otras	0	0%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 23



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Se puede analizar que por medio de esta pregunta que el 4% de la población tiene un ritmo alimenticio de 2 a 3 veces de comidas al día, el 96% un ritmo de 4 a 6 veces al día y el 0% de la población no presenta otro tipo de ritmo alimenticio, lo que nos permite evidenciar que existe un índice alto de personas que consumen las 3 comidas principales y de igual forma alimentos nutritivos como por ejemplo frutas entre la media mañana y media tarde.

12. ¿Le ha afectado de manera significativa el ritmo alimenticio que lleva en su vida diaria a consecuencia de su diabetes?

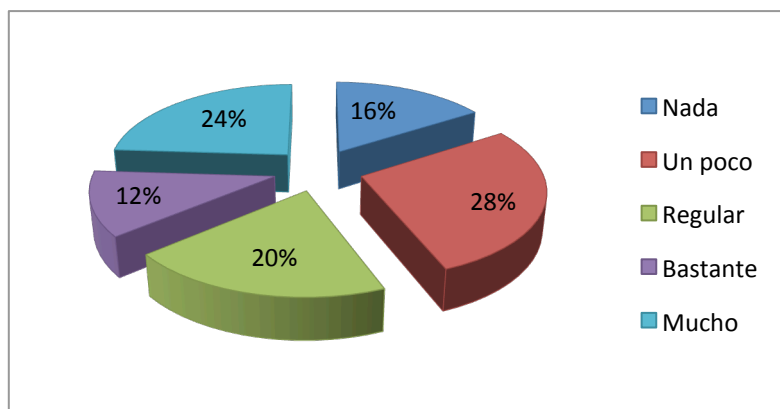
CUADRO N° 25

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Nada	4	16%
Un poco	7	28%
Regular	5	20%
Bastante	3	12%
Mucho	6	24%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 24



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Se puede señalar por medio de las investigaciones realizadas que al 16% de la población no le ha afectado su ritmo alimenticio en su vida diaria, al 28% le ha afectado un poco, al 20% le ha afectado regularmente, al 12% le afectado bastante y

el 24% le afectado mucho, lo que nos permite concluir que hay un grupo de personas que les afecta de manera significativa el ritmo alimenticio que llevan, por lo que esto hace que tengan más posibilidad de desarrollar cuadros depresivos.

13. ¿Durante las últimas semanas, ¿Ha sentido que su estado emocional ha cambiado?

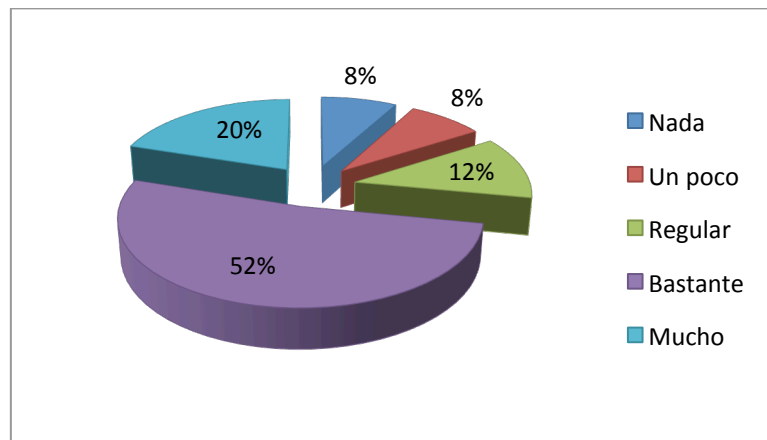
CUADRO N° 26

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Nada	2	8%
Un poco	2	8%
Regular	3	12%
Bastante	13	52%
Mucho	5	20%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida

GRÁFICO N° 25



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Se puede comprender por medio de las investigaciones realizadas en esta pregunta que el 8% de la población no ha cambiado su estado emocional, el 8% ha cambiado un poco, el 12% regularmente, el 52% ha cambiado bastante y el 20% mucho, lo que nos permite analizar que existe un grupo de personas a las cuales les afectó su diagnóstico, por lo que han modificado su estado emocional en un alto porcentaje presentando tristeza, deseos de no hacer nada y pasar en su hogar.

14. ¿Durante las últimas semanas, ¿ha presentado indiferencia afectiva con sus familiares, amigos, vecinos u otras personas?

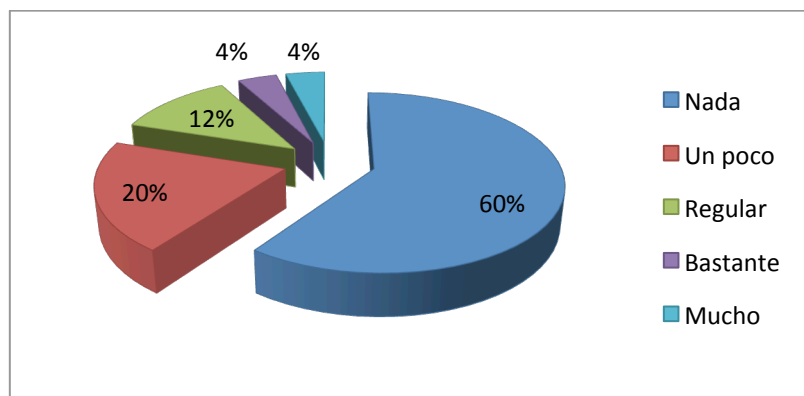
CUADRO N° 27

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Nada	15	60%
Un poco	5	20%
Regular	3	12%
Bastante	1	4%
Mucho	1	4%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazán Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 26



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Se puede mencionar por medio de las investigaciones realizadas que el 60% de la población, no ha presentado indiferencia ante sus familiares o amigos, el 20% un poco, el 12% regularmente, el 4% bastante y el 4% se han presentado muy indiferentes, lo que nos permite visualizar que existe un grupo de personas a las cuales la enfermedad no afecta en sus relaciones como familia y amigos.

15. _ ¿Desde su diagnóstico su Estado Emocional frecuentemente es?:

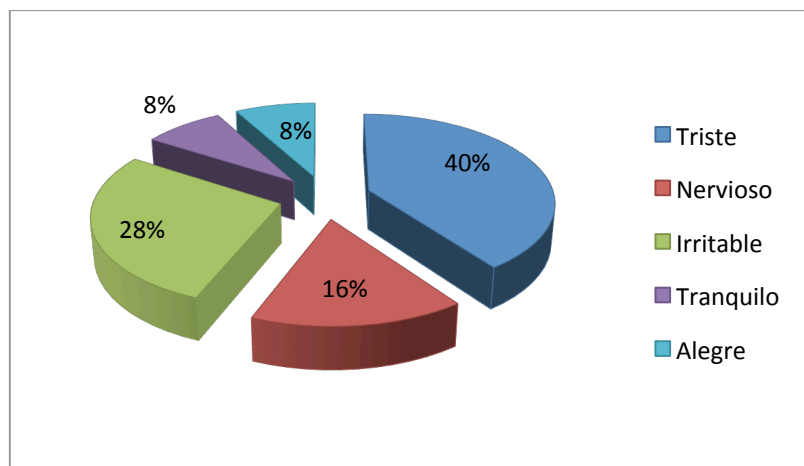
CUADRO N° 28

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Triste	10	40%
Nervioso	4	16%
Irritable	7	28%
Tranquilo	2	8%
Alegre	2	8%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 27



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Se fundamenta en base a los resultados de esta pregunta que el 40% de la población presenta un estado emocional frecuente de tristeza, el 16% un estado emocional de nerviosismo, el 28% es irritable, el 8% es tranquilo y el 8% es alegre, lo que nos permite analizar que existe un grupo de personas que a partir de su diagnóstico han cambiado su estado emocional el cual por las características descritas es más propenso a desarrollar sintomatología depresiva.

16. ¿El diagnóstico de su enfermedad ha influenciado en su autoestima?:

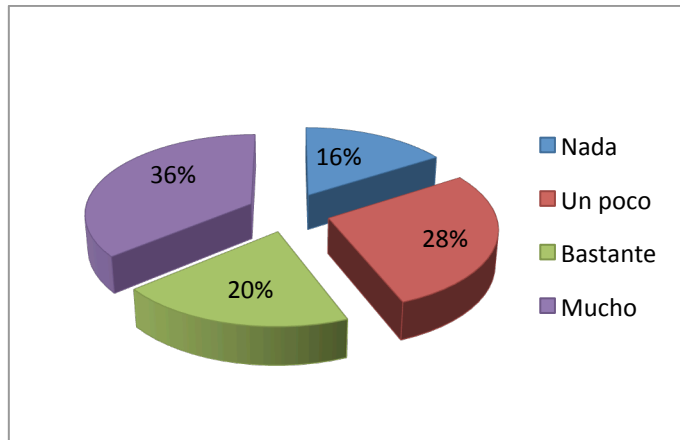
CUADRO N° 29

TIEMPO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Nada	4	16%
Un poco	7	28%
Bastante	5	20%
Mucho	9	36%
TOTAL	25	100%

Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

GRÁFICO N° 28



Elaborado por: Gabriela Pazàn Torres

Fuente: Encuesta aplicada a los miembros del grupo de Diabetes que acuden al Hospital Docente Ambato sobre su Calidad de Vida.

Análisis e Interpretación de Resultados:

Se puede comprender en esta pregunta investigada que el 16% de la población no sufrió cambios en su autoestima, el 28% un poco, el 20% bastante, y el 36% mucho, lo que nos permite señalar que más de la mitad de la población a partir de su diagnóstico vio disminuida su autoestima.

4.2 Verificación de Hipótesis

Hipótesis General

- Los cambios en la calidad de vida del paciente diabético son factores causales del desarrollo de cuadros depresivos en los miembros del grupo de apoyo.

Verificación

La calidad de vida en los miembros del grupo de diabetes del hospital regional Ambato se ha afectado de manera significativa a partir del diagnóstico en las áreas fisiológicas, nutricionales, sociales y psicológicas, si tomamos en cuenta el punto de vista fisiológico, el 32% afectó en el área sexual (Cuadro N° 15, Anexo 1), 40% en el área visual (Cuadro N° 16, Anexo 1) y el 66% alteraciones de tipo muscular y relacionadas con el aparato circulatorio (Cuadro N° 17, Anexo 1), esto genera un impacto en el área social ya que el 64% termina aislándose (Cuadro N° 19, Anexo 1) y el 56% pierde interés por su trabajo (Cuadro N° 21, Anexo 1). Producto de los cambios el paciente debe readecuarse en su alimentación ya que se encuentra alterada un 52% (Cuadro N° 22, Anexo 1). Con los efectos psicológicos colaterales como es un estado emocional irritable, triste, nervioso con un 84% (Cuadro N° 28, Anexo 1), mientras en su autoestima a través de los sentimientos de inutilidad y dependencia un 64% (Cuadro N° 29, Anexo 1).

Por lo expuesto anteriormente la hipótesis se comprueba, ya que los porcentajes altos de afección fisiológica, social, nutricionista y psicológica se halla afectado de manera significativa.

Hipótesis Específica

- En la calidad de vida del paciente diabético, los cambios psicológicos son los de mayor incidencia en la generación de cuadros depresivos.

Verificación

Como se evidencio en la Hipótesis General, el porcentaje mayor de afección es el Psicológico, ya que el 84% de la población investigada refiere haber sido afectado su estado emocional con sentimientos de tristeza, nerviosismo e irritabilidad en la mayoría de los casos (Cuadro N° 28, Anexo 1), lo que ha producido indiferencia

afectiva con familiares directos y amigos en un 20%, (Cuadro N° 27, Anexo 1) ya que los sentimientos de dependencia han vulnerado la homeostasis interna, además estos síntomas corresponden a la sintomatología depresiva. Por lo tanto la hipótesis se comprueba.

Hipótesis Específica

- El nivel de depresión más frecuente en los pacientes diabéticos es el Grave.

Verificación

En cuanto a nivel de depresión el cuadro semiológico en los pacientes investigados, evidencia alteraciones psicológicas de tipo grave, ya que el 100% reacciona con tristeza aparente acompañado de sentimientos de desgracia con 68% (Cuadro N° 4 y 5, Anexo 2), ansiedad 67% (Cuadro N° 6, Anexo 2), síntomas que han impactado en la esfera somática, afectando al sueño en un 56% (Cuadro N° 7, Anexo 2), al apetito con un 76% (Cuadro N° 8, Anexo 2) con sus efectos colaterales en la esfera psíquica como son: dificultad en la concentración con un 52% (Cuadro N° 9, Anexo 2), abulia y anhedonia el 56% (Cuadro N° 10, Anexo 2), pensamientos en un 100% de los pacientes (Cuadro N° 12, Anexo 2), un dato relevante de esta investigación es la presencia de un 16% de ideación suicida (Cuadro N° 13, Anexo 2), siendo este último signo el indicador de una depresión grave por lo que se comprueba la tercera hipótesis.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Al finalizar el trabajo investigativo se puede concluir lo siguiente:

- Se concluye de acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso investigativo que la calidad de vida del paciente diabético cambia de manera significativa de acuerdo a los años de evolución comprendidos entre el periodo de 14 a 20 años, el 28% de los casos afectó algunas esferas y órganos como: ausencia del deseo sexual en un 28%, su vista en el 40%, dolores musculares en un 44%, impactando de igual forma en la esfera psíquica con desmotivación laboral en un 56%, dificultad en disfrutar de la compañía con 37%.
Además reacciones psicológicas diversas evaluadas a través de la Escala de Montgomery Asberg de carácter depresivo como: tristeza aparente con el 67% de los casos, alteraciones en el pensamiento y concentración con el 52%, abulia y pérdida del interés con el 48% son alteraciones que han afectado sin duda alguna la calidad de vida de los mismos.
- Se determinó en la parte psicológica de acuerdo a los cambios presentados por la manifestación de su enfermedad, que existió un declive en su esfera emocional donde la apatía, y la indisposición por ser productivo son estándares de pensamiento irracionales, si a esto sumamos la afección en la autoestima en un 64% de los mismos, la tristeza, irritabilidad, nerviosismo por el pronóstico de su patología evidenciamos el desarrollo de trastornos clínicos complementarios a la diabetes, como por ejemplo depresión, ansiedad

- El impacto psicológico en la esfera bio – psico – social, revisando los resultados del test de Montgomery Asberg se evidencia que hay un alto porcentaje de sintomatología depresiva de tipo grave, donde se llegó a comprobar la hipótesis planteada, en el cual la apatía, anhedonia, la tristeza, los pensamientos pesimistas en un 100% de los pacientes impactan en el cuerpo llegando incluso a la ideación suicida debido a que el paciente todo lo mira de una manera catastrófica por lo tanto su Calidad de Vida en los Pacientes Diabéticos mediante esta investigación se vio afectado.

5.2 Recomendaciones

- Crear un grupo terapéutico, con el fin de orientar, escuchar, y dar respuestas a las diferentes incógnitas que presentaran durante su relación personal, social y familiar.
- Realizar distintos talleres con los pacientes, en los cuales se trabaje el área emocional, empleando actividades ya sean físicas, motivacionales y sociales con el fin de mejorar principalmente su autoestima y disminuir ideas irracionales facilitando una adecuada adaptación del paciente a este su nuevo entorno.
- Brindar el seguimiento a este tipo de proyectos y será la coordinación de carrera, los docentes y los estudiantes quienes previo a una gestión adecuada fortalezcan las intervenciones psicoterapéuticas con los conocimientos recibidos en el aula aplicados en la población más vulnerable el paciente identificado, esto sin duda alguna es responsabilidad de todos

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 TEMA

Adaptación de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis en los pacientes que padecen cuadros depresivos en el grupo de apoyo de diabetes del Hospital Regional Docente Ambato.

6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA

Grupo de apoyo de diabetes del Hospital Regional Docente Ambato.

6.1.3 BENEFICIARIOS

Directos: Pacientes Diabéticos.

Indirectos: Familia del Paciente.

6.1.4 UBICACIÓN

Hospital Regional Docente Ambato.

6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN

5 meses.

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Los datos obtenidos previamente indican que los cambios en la calidad de vida del paciente diabético hacen que se generen diferentes sintomatologías con respecto a su estado de ánimo tendiente a lo depresivo, aspecto que es muy importante y que se debe poner mucha atención, debido que en la actualidad existen muchos pacientes que padecen esta enfermedad crónica y no pueden salir adelante en su aspecto

individual, familiar y social, ya que presentan una tonalidad baja en su humor debido al cambio drástico en su vida ya sea a nivel bio, psico y social que lo realizan de un momento a otro para beneficio de sí mismo. Esta dificultad afecta directamente al paciente investigado motivo que presenta diferentes alteraciones como cambios en su apetito, falta de concentración, abulia, tristeza, irritabilidad, nerviosismo que le llevan a tener un desequilibrio a nivel de sus esferas emocionales lo que genera inconscientemente dificultades a las personas que le rodean, debido a que se trata de una problemática social, que cada vez va en incremento.

Mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Montgomery – Asberg, en el que 10% no presentó depresión, 22% depresión leve, 25% depresión moderada y el 43% presenta depresión grave, lo cual se evidencia claramente que el estado emotivo del paciente diabético se encuentra afectado, por lo que no le permite que se desarrolle adecuadamente en su ambiente exterior presentando incapacidad por realizar sus rutinas diarias y disfrutar de sus propios intereses alterando sus funciones psíquicas ya que por medio de la historia clínica especialmente en el examen de funciones se puede apreciar que el 52% presenta dificultades en el área de afectividad, el 40% en el pensamiento y el 8% en el resto de las funciones.

6.3. JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta que las emociones son consecuencia de un acontecimiento activador, suceso o situación, que da lugar al desarrollo de un sistema de creencias, a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones, pensamientos y acciones dependiendo la circunstancia que le rodea como es este la diabetes, en la cual los resultados de las estadísticas llegaron a presentar conflictos depresivos tanto leves, moderados como graves tomando en cuenta que el 100% reacciona con tristeza aparente acompañado de sentimientos de desgracia con 68%, ansiedad 67%, síntomas que han impactado en la esfera somática, afectando al sueño en un 56%, al apetito con un 76% con sus efectos colaterales en la esfera psíquica como son: dificultad en la concentración con un 52%, abulia y anhedonia el 56%, pensamientos en un 100%

de los pacientes, lo que llama la atención de manera de preocupante es la presencia de un 16% de ideación suicida, siendo este último signo el indicador de una depresión grave.

Por lo expuesto anteriormente es importante aplicar en la propuesta una técnica de intervención psicoterapéutica siendo la más indicada la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis ya que va centrada en el eje pensar, sentir, actuar.

Este abordaje terapéutico es muy utilizado en personas donde tengan alteraciones en su estado emotivo debido a que se tratará de detectar y cambiar tanto las evaluaciones erróneas de la realidad como las creencias dogmáticas que las originan, ya que ayudará de mucho a que cada uno de los miembros del grupo logren expresar sentimientos, pensamientos y emociones inadecuadas que le impiden a seguir evolucionando en su vida o presentar como una especie de obstáculo para el desarrollo adecuado de su enfermedad.

Con cada uno de estos antecedentes se puede decir que esta propuesta tiene su respectiva factibilidad debido a que existen recursos y predisposición de la propia institución para la elaboración de la misma, ya que los miembros del grupo necesitan ayuda psicoterapeuta para enfrentar los cambios que van teniendo en la evolución de su enfermedad con cada uno de los sentimientos alterados e ideas irracionales que presentan.

Finalmente se cuenta con el espacio físico para poder aplicar el proceso terapéutico con la predisposición de cada uno de los miembros del grupo, y con el trabajo multidisciplinario en todas las áreas bajo la dirección del Hospital Regional Docente Ambato.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General:

- Adaptación de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis en los pacientes que padecen cuadros depresivos en el grupo de apoyo de diabetes del Hospital Regional Docente Ambato.

6.4.2 Objetivo Especifico:

- Identificar el tipo de pensamiento automático que tiene el paciente investigado y programar un modelo de entrenamiento.
- Modificar ideas irracionales causantes de su estado de ánimo distorsionado, afianzando alternativas racionales.

6.5 ANALISIS DE FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible de llevar adelante porque se llevara a cabo dentro del Hospital Regional Docente Ambato, en la sala del grupo de apoyo de las personas que tienen la enfermedad de la diabetes, además no requiere de una alta tecnología, ya que se trabajara únicamente con recursos humanos, no hace distinción de raza ni sexo, es poco costosa y fácil de conseguir los recursos materiales, físicos y humanos; se cuenta con el espacio adecuado para su realización, y se cuenta con la colaboración del personal médico, de enfermería, trabajo social, nutricionista y demás colaboradores como es el caso de los estudiantes que realizan sus prácticas pre profesionales, en lo cual me permiten facilitar el trabajo terapéutico con cada uno de los miembros del grupo.

6.6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

6.6.1. Introducción

La Psicóloga GREIGER Russell en su libro “Manual de Terapia Racional Emotiva” NY: Springer Publishing, (2007) indica que Ellis denominó a su teoría la "terapia racional emotiva", donde la desarrolló hace más de 50 años, marcando el inicio del cognitivismo. Su forma de trabajar guardaba similitudes con la "cognitiva" de Beck y actualmente existen muchas subcorrientes, variantes y escuelas que han utilizado los principios terapéuticos propuestos por ambos autores. Actualmente la Terapia Racional Emotiva de Ellis, es seguida con un modelo que ha superado algunas de sus concepciones originales, ha incorporado una visión constructivista y adoptada nuevos recursos, por lo que se puede considerar "pos-racionalista".

En su libro la Psicóloga Clínica GREIGER refiere también que para Ellis, las emociones son consecuencia de un acontecimiento activador, suceso o situación, que da lugar al desarrollo de un sistema de creencias, a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones, pensamientos y acciones. Según su modelo, muchas personas construyen creencias erróneas a partir de acontecimientos negativos que les hacen instalarse en actitudes o formas de sentir que provocan emociones o conductas disfuncionales que les perpetúan su sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación. Estas conductas o actitudes son comportamientos "auto-saboteadores" (contrarios a los propios intereses u objetivos), que dificultan la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios. En general, se caracterizan por estar asociadas a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas (concepto fundamental de esta teoría). Todas estas demandas absolutistas podrían agruparse en tres clases:

- Demandas sobre uno mismo ("yo debo..." o "yo necesito...").
- Demandas sobre los otros ("él debe..." o "tú debes...").
- Demandas sobre el mundo ("el mundo debe..." o "la vida debe...").

ABRAMS Mike en su titular “The Art and Science of Rational Eating” (2009), mencionan que existen una gran variedad de “errores de pensamiento” típicos en los que la gente se obsesiona y pierde su capacidad para ver otras dimensiones de su vida. Se deben básicamente a una tendencia a ignorar lo positivo, exagerar lo negativo y hacer generalizaciones prejudiciales para sí mismos.

Uno de los métodos de cambio cognitivo, es la Terapia Racional Emotiva. Esta terapia parte del principio de que el pensamiento crea emoción. Cuando se observa un estímulo, el sujeto lo analiza, determinando si es peligroso, inofensivo, atractivo o repulsivo; y de acuerdo a este análisis, responde con respuestas de aproximación, de huida o de retiro.

La técnica consiste en enseñarle al paciente el método del ABC, mediante el cual se le pide que nos indique una situación que le provoca una emoción desagradable, por ejemplo irritabilidad porque se olvidó de controlarse la glucosa a la hora indicada. El análisis sería de la siguiente forma:

A Evento Activante	B Creencia Irracional	C Consecuencia
Olvido del control periódico de la glucosa	Es terrible y catastrófico el que haya olvidado el control, soy una bruta, no puedo soportarlo.	Sentimientos de irritabilidad

Lo importante es demostrarle al paciente que el origen de sus estados de ánimo no están en el ambiente, en su familia, en sus amigos, en su trabajo, sino en la forma en que interpreta los fenómenos que le acontecen. Por supuesto que hay cambios ambientales que definitivamente afecta a una persona, como la muerte de un hijo, pero en general, a la persona con problemas emocionales no le ocurren cosas así. Una vez demostrado esto, se le pide al paciente que comience a registrar en forma escrita

o verbal, los eventos activantes. Después se le pide que registre las consecuencias. En el grupo de apoyo se analizan estos registros y se discute la idea irracional. El punto más importante es cuando el paciente identifica por sí solo la idea irracional. Después pasamos a D, que es la disputa racional, que provoca a su vez E, que es la consecuencia del análisis racional, de la siguiente manera:

A Evento Activante	B Creencia Irracional	C Consecuencia	D Disputa Racional	E Consecuencia de la Disputa
Olvido del control periódico de la glucosa	Es terrible y catastrófico el que haya olvidado el control, soy incapaz, no puedo soportarlo.	Sentimientos de irritabilidad	Finalmente si olvido el control periódico de la glucosa, puedo sobrevivir, nada catastrófico va a ocurrir. No es bueno que olvide, pero nada terrible pasará.	Incomodidad, sentimientos de desagrado, pero no excesivos.

Durante el uso de la Terapia Racional Emotiva, el terapeuta tiene que hacer uso de todas sus habilidades de persuasión, demostrando lógicamente el razonamiento equivocado del paciente. Las razones básicas son pragmáticas: si un pensamiento provoca malestar, sentimientos indeseables, entonces es una idea irracional. La idea básica consiste en disfrutar lo disfrutable de la vida y sufrir menos lo que nos provoca sufrimiento. El valor de la T.R.E consiste en que es una técnica que permite la modificación de la forma en que el paciente observa el problema y le da alternativas de solución.

Como parte del proceso, el terapeuta encomienda al paciente una serie de tareas para que realice fuera de las sesiones, relacionadas con la práctica de autoverbalizaciones e interpretaciones adecuadas de diferentes situaciones. El sujeto puede anotar situaciones que le susciten emociones negativas, los pensamientos implícitos que acompañan a esas emociones, los pensamientos y autoverbalizaciones que podrían modificarlas. También se le anima a enfrentarse con situaciones u objetos temidos, contactos que le permitirán darse cuenta de cómo sus pensamientos habituales no son exactos y aprender a funcionar mejor en esas situaciones.

La TREC es una terapia activa en la que se persigue el cambio emocional y cognitivo mediante la identificación y posterior sustitución de los pensamientos irracionales causantes de los estados emocionales alterados. Su forma original decía que las personas viven inmersas a un contexto tanto social como físico y sigue metas las cuales son:

- Permanecer vivos, en movimiento y disfrutar.
- Disfrutar de la vida tanto en solitario como en colectividad.
- Mantener relaciones de intimidad con determinadas personas.
- Hallar un sentido a la vida a través de la educación y la experiencia.
- Inventar y llevar a cabo objetivos que vislumbren una vocación.
- Disfrutar del ocio y del juego.

Ellis menciona que con estas metas las personas al perseguirlas se encuentran con un Acontecimiento Activador y hace que bloquee y los haga sentir rechazo. Esto debido a las creencias irracionales que la gente mantiene y ayudan a crear sentimientos y acciones que sabotean su posibilidad de afrontamiento de un determinado Acontecimiento activador desagradable.

Se sustenta que la TREC es intrínsecamente breve en aspectos como:

1. Asume que un buen porcentaje de pacientes pueden aprender rápidamente la teoría del trastorno humano explicada por la TREC, entender que les puede afectar de forma duradera (y no solamente perturbarles) cuando se comportan de una manera neurótica. De hecho, la brevedad se encuentra entre uno de los principales objetivos de ese enfoque.
2. Es posible enseñar de manera sencilla y clara los conceptos principales de esta teoría del ABC de las neurosis humana se pueden asimilar fácilmente, para usarlos rápidamente a nivel terapéutico.
3. Es activo-directa. El terapeuta persiste activamente en su intento de ayudar a pacientes, y persigue enseñarles a aliviar sus trastornos y animarles a autorealizarse de la manera más rápida posible.
4. Cuando los pacientes presentan problemas de orden práctico. por ejemplo como conseguir un buen empleo o problemas de adicción como la bebida la TREC se encamina rápidamente a ayudarles con estos aspectos terapéuticos, así como con sus problemas más profundos y que a menudo se esconden bajo conflictos de personalidad.
5. Una vez que han usado los métodos cognitivos, emotivos y conductuales de la TREC de forma activa y segura, los sujetos llegan a internalizar a menudo significados y filosofías sanas y no frustrantes, y aprenden a reaccionar rápidamente ante los acontecimientos desagradables de la vida de manera sensible y plena. Aprenden a abstenerse rápidamente y de forma casi automática frente a la posibilidad de estar alterarse de nuevo ante este tipo de acontecimientos. Aprenden a ser capaces de salir de su trastorno si se ven envueltos de nuevo en pensamientos, sentimientos y acciones autoderrotistas. Aprenden rápidamente las principales teorías de la TREC, son capaces de

aplicarlas rápidamente, y al cabo de pocas semanas o meses ya las usan de forma automática para realzar sus propias vidas.

6. Los problemas emocionales y conductuales tienen “causas” o “fuentes” complejas. Que suelen incluir aspectos psicológicos, sociológicos, ideológicos y biológicos. La mayoría de estos aspectos especialmente los sociológicos, en principio no se pueden cambiar en el momento en que sus pacientes llegan a terapia. Hay otros aspectos, sin embargo, como las creencias disfuncionales, que siendo igual de importantes si se pueden cambiar fácilmente. El psicoanálisis y otras formas importantes de terapia pierden una gran cantidad de tiempo centrándose en hallar causas demasiado complejas del trastorno y, en todo caso, imposibles de probar. Otras terapias se basaran igualmente en el anhelo de remover sin fin el pasado. Por el contrario, la TREC se centra específicamente en las filosofías disfuncionales que mantienen los individuos a estudiar y que no solamente conducen de forma directa a desarrollar serios problemas emocionales, sino que además son susceptibles de cambiarse y superarse. La TREC lo “profundo” conlleva una fuerte implicación del sistema de creencias fundamentales o de la filosofía de la persona. Por lo tanto se trata de una forma de terapia breve, eficaz e intensa a comparación de otras.

6.6.2. Historia de la Teoría de Albert Ellis

En Enero de 1953 abandonó Ellis el psicoanálisis, y empezó a referirse a sí mismo como terapeuta racional. Había comenzado a desarrollar una nueva fórmula de psicoterapia más activa y directiva que requería que el terapeuta ayudase al paciente a entender que su filosofía personal contenía creencias que crean dolores emocionales. Su nueva aproximación enfatizaba el trabajo de cambiar activamente creencias y comportamientos contraproducentes del individuo demostrando su irracionalidad y rigidez. Ellis relaciona todo a estas creencias irracionales con la falsa pretensión de querer ser perfecto y amado por todo el mundo. En 1954 empezó a hacer escuela,

enseñando su nueva técnica a otros terapeutas, y en 1957 expuso la primera terapia cognitiva conductual proponiendo que los terapeutas ayudasen a la gente ajustando su pensamiento como tratamiento para la neurosis.

Albert Ellis en 1955 contribuyó al desarrollo de la teoría cognitivo conductual y formuló la terapia racional emotiva. Hoy en día, es considerado por la comunidad de psicólogos norteamericana como el padre de las terapias cognitivas conductuales y es uno de los psicoterapeutas más influyentes de la historia de la psicología contemporánea. Ellis fundó y fue presidente emérito del Albert Ellis Institute para la Vida Racional como una organización sin ánimo de lucro en Nueva York en 1959, puesto del que fue relevado en septiembre del 2005 por desavenencias de tipo político.

6.6.3. Teoría del cambio terapéutico:

Ellis (1981, 1989 y 1990) en la T.R.E se distingue varios focos y niveles de cambio:

En cuanto a los focos del cambio, estos pueden estar en:

1. Aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (p.e facilitar a un fóbico social un ambiente con personas no rechazantes y reforzantes de la conducta pro-social). Sería un cambio en el punto A del modelo A-B-C.
2. Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional en el mismo fóbico medicar su ansiedad, enseñarle relajación para manejar su ansiedad, auto reforzarse positivamente sus logros sociales y exponerse gradualmente a las situaciones evitadas. Sería un cambio en el punto C del modelo A-B-C.
3. En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional. Aquí se distinguirían a su vez dos focos:

- Distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas ("Me voy a poner muy nervioso y no voy a poder quedarme en la situación").
- Creencias irracionales ("Necesito tener el afecto de la gente importante para mí... y no soporto que me rechacen"). Serían cambios en el punto B del modelo A-B-C.

Para Ellis (1981, 1989 y 1990) los tres focos pueden, y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Y de hecho los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una terapia del tipo T.R.E. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobretodo en la modificación de creencias irracionales.

Por otro lado, existen diferentes niveles en cuanto a la profundidad y generabilidad del cambio. Estos niveles serían:

- **INSHIGT N° 1:** Que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (Irracional) y no directamente de A.
- **INSHIGT N° 2:** Que el sujeto tome conciencia de como él mismo por auto-doctrinación o auto-refuerzo mantiene la creencia irracional.
- **INSHIGT N° 3:** Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias racionales mediante taras intercesiones de tipo conductual, cognitivo y emocional.

La terapia T.R.E. en suma, recorre secuencialmente esos tres niveles; soliendo ser muy directiva (aunque no siempre) en los primeros niveles y permitiendo convertirse en un método de autoayuda, más cercano al fin del tercer nivel.

6.6.4. Principales técnicas de tratamiento en la T.R.E.

Ellis (1989) clasifica las principales técnicas de la T.R.E. en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

A. TÉCNICAS COGNITIVAS:

1. Detección: Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar auto-registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.

2. Refutación: Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.

3. Discriminación: El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.

4. Tareas cognitivas para casa: Se utilizan con profusión los auto-registros de eventos con guías de refutación, Cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de T.R.E. y biblioterapia T.R.E.

5. Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera racional y correcta ("en vez de decir No puedo, decir, Todavía no pude").

6. Técnicas referenciales: Se anima al paciente hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

7. Técnicas de imaginación: Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:

(1) La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción

inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

(2) La proyección en el tiempo: del paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.

(3) Hipnosis: Técnicas hipno-sugestivas en conjunción con frases racionales.

B. TÉCNICAS EMOTIVAS:

1. Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia auto-aceptación.

2. Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3. Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

4. Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc. para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

5. Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

6. Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería").

7. Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).

8. Repetición de frases racionales a modo de auto-instrucciones.

9. Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

C. TÉCNICAS CONDUCTUALES:

1. Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.

2. Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.

3. Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.

4. Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.

5. Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad

6.7. METODOLOGÍA

NOMBRE	ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE 1 PSICOEDUCACIÓN	Logística	Determinar el espacio físico donde se va aplicar la terapia	Preparación del material teórico y práctico	Sala del Grupo de Diabéticos, material de oficina bibliográfico	Investigadora	1 de Junio
	Encuadre	Establecer normas, reglas y objetivos en la Terapia	Reunión con los miembros del grupo de diabetes con los que se va a trabajar	Sala del Grupo de Diabéticos, material de oficina bibliográfico Humanos (diabéticos)	Investigadora	8 de Junio
	Empatía	Establecer un ambiente óptimo para la aplicación y desarrollo de los Instrumentos y de la Terapia	Dinámicas de grupo de conocimiento, expectativas y dudas de los miembros	Sala de audio visuales del Instituto, material de oficina bibliográfico Humanos (diabéticos)	Investigadora	Durante Todo el Proceso
	Información dirigida	Explicar a los miembros del grupo de diabéticos de manera didáctico en qué consiste la Terapia Emotiva de Ellis	1.-Conferencia acerca de la Explicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis 2.- Videos de Sensibilización	Material de oficina Bibliográfico, Humanos (diabéticos)	Investigadora	15 de Junio

NOMBRE	ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE 2 TRABAJO EN LOS INSIGHT	1.-ABORDAJE COGNITIVO	Identificar por lo menos 2 de 3 pensamientos distorsionados que se le presentarán en la Fase, los analice y proponga alternativas de respuesta	1. Clasificar los problemas de los pacientes en Externos, Internos y Mixtos 2. Detectar a través del relato del paciente sus creencias irracionales	Sala del Grupo de Diabéticos, material de oficina bibliográfico	Investigadora	Del 22 de Junio al 6 de Julio
		Categorizar los pensamientos de acuerdo a la lista de ideas irracionales para familiarizarse como se percibe a sí mismo, su vida y su futuro	Empezar hacer auto registros	Sala del Grupo de Diabéticos, material de oficina bibliográfico Humanos (diabéticos)	Investigadora	Del 13 al 20 de Julio
		Cambiar el pensamiento distorsionado aplicando la reestructuración cognitiva (terapia de Autoayuda) para disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas	Taller de Reestructuración Cognitiva	Sala del Grupo de Diabéticos, material de oficina bibliográfico Humanos (diabéticos)	Investigadora	Del 27 de Julio al 10 de Agosto

NOMBRE	ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	TIEMPO
<p style="text-align: center;">FASE 2 TRABAJO EN LOS INSIGHT</p>	<p style="text-align: center;">2 MODIFICACIÓN CONDUCTUAL</p>	<p>1._ Preparar a los pacientes a situaciones en donde otra persona persiste en su empeño por convencerla. Se pone mucha atención en el cambio del pensamiento irracional y las conductas no asertivas que pueden surgir en respuesta a las persistencias de alguien</p>	<p>Realizar ejercicios: Involucrar diversas situaciones en donde los pacientes deban responder asertivamente eligiendo cualquiera de las respuestas ya sean :</p> <p>Enfática.-Respuesta como: "agradezco su interés, pero..."</p> <p>Escalamiento.- Son respuestas asertivas que van de menor a mayor intensidad, ya sea por el tono de la voz, sentimientos que se expresan, el uso de advertencias.</p> <p>Confrontadora.- Se enfatiza más el contenido de palabras de la otra persona y los efectos desagradables que tienen sobre las personas que pretenden convencer</p>	<p>Sala de audio visuales del Instituto, material de oficina bibliográfico</p>	<p>Investigadora</p>	<p>Del 17 al 31 de Agosto</p>

NOMBRE	ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	TIEMPO
<p style="text-align: center;">FASE 2 CONTINUACIÓN</p>		<p>2. Explicar los procedimientos útiles para disminuir la probabilidad de que se presenten conductas negativas</p>	<p>1.Extinción. Es la discontinuación o eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente se reforzaba</p> <p>2.Reforzamiento de conductas incompatibles Es contrarrestar las afirmaciones irracionales, con afirmaciones más positivas y realistas</p>	<p>Sala de audio visuales del Instituto, material de oficina bibliográfico</p>	<p>Investigadora</p>	<p>Del 7 al 21 de Septiembre</p>
		<p>Incrementar la frecuencia de emisión de conductas positivas</p>	<p>1.-Moldeamiento Que es seleccionar reforzadores potentes y utilizarlos cada vez que la conducta del paciente se aproxime a la deseada</p> <p>2.-Economía de fichas</p>	<p>Sala de audio visuales del Instituto, material de oficina bibliográfico</p>	<p>Investigadora</p>	<p>Del 28 de Septiembre al 12 de Octubre</p>

NOMBRE	ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE 3 ESTRATEGICA GRUPAL	Fortalecimiento Cognitivo, Conductual tanto individual como grupal	1. Afianzar las alternativas racionales 2. Refutar las creencias contraproducentes e identificar creencias alternativas racionales	1. Autoreconocimiento de debilidades y fortalezas 2. La Comunicación Asertiva 3. Técnicas de Autocontrol 4. Refuerzo de Economía de Fichas	Sala de AudioVisuales, material de oficina Recursos Humanos (Pacientes diabéticos), Historia Clínica	Investigadora	Del 19 al 26 de Octubre
FASE 4 EVALUACIÓN	Evaluación	Determinar la situación de los miembros después de la aplicación de la Terapia ABCD	Debate de conocimientos en grupo acerca de o experimentado en terapia	Sala de Audio Visuales, material de oficina Recursos Humanos (Pacientes diabéticos),	Investigadora	Del 2 al 16 de Noviembre

6.8.Marco Administrativo

6.8.1 Recursos:

6.8.1.1 Recursos Institucionales

- Grupo de Apoyo de Diabéticos del Hospital Regional Docente Ambato.

6.8.1.2 Recursos Humanos

- Director del Hospital: Dr. Franklin Espinoza.
- Coordinador del Grupo: Lic. Amparo Pullutaxi.
- Director de Tesis: Ps.Cl. Javier López.
- Investigadora: Gabriela Pazán.

6.8.1.3 Recursos Materiales y Financieros

RUBRO DE GASTOS	VALOR
1. Personal de Apoyo	\$800
2. Material de Escritorio	\$250
3. Material Bibliográfico	\$400
4. Transporte	\$350
5. Impresión de Informe	\$600
6. Equipos de Computo	\$ 800
TOTAL:	\$3200

6.8.2. Bibliografía

- ✓ ALABA TRUEBA, Javier Diabetes mellitus y calidad de vida en población geriátrica Institucionalizada, Fundación María. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

- ✓ BROADHEAD WE, BLAZER DG, GEORGE LK, TSE CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. JAMA (2005)
- ✓ CANO Asuar, RAMOS María, MARTÍNEZ María del Carmen, (2010), “Abordaje de la Enfermera Especialista en Salud Mental a Familias con Hijo Diabético para Mejorar el Afrontamiento Familiar de esta Enfermedad”, Hospital Universitario Virgen Macarena situado en España
- ✓ CERDÀ Vicent Alfonso, Diabetes. Vivir y calidad de vida, Medicina de Familia. Centre de Salut d’Onda. Castellón. España (2008)
- ✓ Dr. ALÍ S. PETERS. JL. (2006) con su libro DiabetMed
- ✓ Encuesta Europea de Salud en España , Avance de resultados del segundo y tercer trimestre de 2009 (*Datos provisionales*)
- ✓ GAVIRIA GÓMEZ Ana Milena, RICHARD LONDOÑO Camila, VALDERRAMA JARAMILLO María Isabel, (2007) “Percepción de la Enfermedad, Ansiedad, Depresión, Autoeficacia, y Adhesión al Tratamiento en Personas Diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II”, Facultad de Psicología de la Universidad de Medellín
- ✓ GONZÁLEZ CALVO Martha Adelina, DOMÍNGUEZ FLORES María Eugenia, ROBLEDO PASCUAL Julio César, FABIÁN SAN MIGUEL María Guadalupe, ZAMA COHEN Margarita, Cambios en la calidad de vida en pacientes diabéticos después de un programa de ejercicio,, Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (2005)
- ✓ James P. Jr. McCullough (2003, Aug 27). *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*.
- ✓ KOKOSZKA Andrzej, (2003,2004) “Las Necesidades Psicosociales en Personas Diabéticas con una Nueva Prioridad en su Estilo de Vida”, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, perteneciente a la República de Argentina
- ✓ MACHADO ROMERO Alberto, ANARTE ORTIZ María Teresa, RUIZ DE ADANA NAVAS María Soledad, Predictores de Calidad de Vida en

Pacientes con Diabetes Mellitus, Colegio Oficial de Psicólogos Madrid, España (2008)

- ✓ MOJTABAI R. Residual symptoms and impairment in major depression in the community. *Am J Psychiatry* (2001)
- ✓ MTRA. BALCÁZAR NAVA Patricia, DRA. GURROLA PEÑA Gloria Margarita, DRA. BONILLA MUÑOZ Martha Patricia, LIC. EN PSIC. COLÍN GARATACHÍA Hiliana Guadalupe, ESQUIVEL SANTOVEÑA Esteban Eugenio, Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus, *Revista científica electrónica de psicología*, Universidad Autónoma del Estado de México (2007)
- ✓ NAZAR-BEUTELSPACHER Austreberta y SALVATIERRA-IZABA Benito, Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género, Universidad Autónoma del Estado de México (2006)
- ✓ PERALTA V, CUESTA MJ, GIRALDO C, CARDENAS A, GONZALEZ F. Classifying psychotic disorders: issues regarding categorical vs. dimensional approaches and time frame to assess symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2008)
- ✓ RUFINO SERRALDE Yuriria Dolores, ROSAS BARRIENTOS J Vicente, SÁNCHEZ ORTIZ Ángel Oscar, Efecto del ejercicio aeróbico en la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2, *Revista de Especialidades Médico-Psicológicas* (2009)
- ✓ REUTERS Health (julio/agosto del 2009) con su obra *Annals of Family Medicine*
- ✓ VAN DE VEN Nicole, WEINGER Katie, SNOEK Frank, (2006) “Terapia Cognitivo-Conductual: Cómo Mejorar el Autocontrol de la Diabetes”, desarrollado en el Departamento de Psicología Médica del Centro Médico de la Vrije Universiteit, en Ámsterdam, Holanda.

- ✓ VAN OS J, GILVARRY C, BALE R, VAN HORN E, TATTAM T, WHITE I et al. A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. Psychol Med (2008)

6.8.3. Anexos

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA**

CUESTIONARIO: CALIDAD DE VIDA

ANEXO Nº: 1

OBJETIVO: Se ha creado este cuestionario para evaluar el grado de bienestar, experimentados en sus actividades cotidianas a causa de sus diferentes cambios de vida al conocer que padece diabetes

1. ¿Qué tiempo de evolución tiene la enfermedad que padece?

- 1 0 - 3
- 2 4 - 6
- 3 7 - 9
- 4 10 - 13
- 5 14 - 20

2. ¿El diagnóstico de diabetes le ha causado algún tipo de dificultades sexuales?

- 1 Declinación
- 2 Impotencia
- 3 Falta de deseo
- 4 Otros
- 5 Ninguno

3. Su salud actual se halla limitada por dificultades a nivel de:

- 1 Vista
- 2 Olfato
- 3 Audición
- 4 Otros
- 5 Ninguno

4. A partir de su diagnóstico ¿ha presentado dolores o malestares:

- 1 Musculares
- 2 Pie diabético
- 3 Presión Arterial
- 4 Otros
- 5 Ninguno

5. ¿La manera de trato por parte de sus familiares y amigos hacia usted ha cambiado desde que conoce su diagnóstico?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

6. ¿Las relaciones en su círculo social son?

- 1 Igual que antes
- 2 Nota que se alejado
- 3 Ha perdido interés por ellas

7. ¿Disfruta usted de la compañía de sus amigos, vecinos u otros?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

- 8. Durante las últimas semanas en su trabajo ha rendido de manera**
- 1 Adecuada
 - 2 Desinteresada
 - 3 Colaboradora
- 9. ¿Se siente incomodo/a con la Alimentación a la que debe someterse por su diagnóstico?**
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante
 - 5 Mucho
- 10. ¿Le molesta el tener que suprimir los alimentos que le prohibió su médico o los que le gustan debido a su enfermedad?**
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante
 - 5 Mucho
- 11. ¿Cuál es el ritmo alimenticio que usted por su padecimiento ingiere a diario?**
- 1 2 - 3 veces
 - 2 4 - 6 veces
 - 3 otras
- 12. ¿Le ha afectado de manera significativa el ritmo alimenticio que lleva en su vida diaria a consecuencia de su diabetes?**
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante
 - 5 Mucho
- 13. Durante las últimas semanas, ¿Ha sentido que su estado emocional ha cambiado?**
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante
 - 5 Mucho
- 14. Durante las últimas semanas, ¿ha presentado indiferencia afectiva con sus familiares, amigos, vecinos u otras personas?**
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante
 - 5 Mucho
- 15. Desde su diagnóstico su Estado Emocional frecuentemente es:**
- 1 Triste
 - 2 Nervioso
 - 3 Irritable
 - 4 Tranquilo
 - 5 Alegre
- 16. ¿El diagnóstico de su enfermedad ha influenciado en su autoestima?**
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

TEST: ESCALA DE MONTGOMERY ASVERG PARA LA DEPRESIÓN

ANEXO: 2

OBJETIVO: Determinar los nivel de la depresión más frecuentes en los pacientes diabéticos

1. Tristeza Aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gusto y la expresión mímica. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado

0. No tristeza
- 1.
2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia

Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimientos de desamparo

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e Influenciabilidad del humor por las circunstancias

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable
- 5.
6. Continúa e invariable tristeza, abatimiento, sentimientos de desgracia

3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida

0. Placidez aparente. Solo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien

0. Sueño como los normales
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito, los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

6. Dificultades de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración del pensamiento, reduce la capacidad para mantener una leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o convencer sin gran dificultad

7. Laxitud. Abulia

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias

0. Apenas dificultades para iniciar las tareas, no inactividad
- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que rodea o las actividades que normalmente producían placer.

0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3.
4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado y con una falta absoluta y dolorosa

9. Pensamientos Pesimistas

El paciente expresa pensamientos de culpa, autorreproches, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de Pecado.

0. No pensamientos pesimistas
- 1.
2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
- 3.
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad
- 5.
6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles

10. Ideación Suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas

0. se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 1.
2. Cansado de vivir. ideas suicidas fugaces
- 3.
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes.
- 5.
6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio