



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICOLOGA CLÍNICA

TEMA:

IMPACTOS PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.

AUTOR:

LAILA RACHEL OVIEDO CASTRO

ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

ÁREA SOCIAL Y COMUNITARIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA:

PROBLEMAS PSICOSOCIALES, INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN

TUTOR DE TESIS:

PSICÓLOGO CLÍNICO: ROBERTO BETANCOURT MALDONADO

LECTOR:

MSC. ROSA ARACELY TAPIA CORONEL

BABAHOYO- ECUADOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

IMPACTOS PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.

AUTOR: LAILA RACHEL OVIEDO CASTRO

ÁREA: PSICÓLOGA CLÍNICA

Director de Tesis: Psc. ROBERTO BETANCOURT MALDONADO

Lector de Tesis: Msc. ROSA ARACELY TAPIA CORONEL



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CERTIFICADO DE AUTORÍA DE TESIS

Yo, **LAILA RACHEL OVIEDO CASTRO**, portadora de la Cédula de Ciudadanía 120474310-6, Estudiante del Desarrollo de Tesis, previo a la Obtención del Título de Licenciada en Psicología Clínica, declaro, que soy autora del presente trabajo de investigación, el mismo que es original auténtico y personal, con el tema: **IMPACTOS PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.**

Todos los efectos académicos ilegales que se desprenden del presente trabajo es responsabilidad exclusiva del autor.

LAILA RACHEL OVIEDO CASTRO

C.I. 120474310-6



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

**FACULTAD DE CIENCIA JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación sobre los:

**IMPACTOS PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DEL
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD
DE BABAHOYO.** Apruebo dicho trabajo práctico ya que reúne los
requisitos y méritos suficientes.

Psc. ROBERTO BETANCOURT MALDONADO

DIRECTOR DE TESIS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

APROBACIÓN DEL LECTOR

En mi calidad de Lector del trabajo de investigación sobre los:

**IMPACTOS PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DEL
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD
DE BABAHOYO.** Apruebo dicho trabajo práctico ya que reúne los
requisitos y méritos suficientes.

MSC. ROSA ARACELY TAPIA CORONEL

LECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TRIBUNAL DE APROBACION DE LA INVESTIGACIÓN

.....
SUB DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
JURIDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

.....
DELEGADO DEL CONSEJO DIRECTIVO

.....
DIRECTOR DE TESIS

.....
SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

EL TRIBUNAL EXAMINADOR OTORGA AL PRESENTE TRABAJO

Babahoyo, Febrero del 2016.

TEMA:

**IMPACTOS PSICOLÓGICOS EN LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DEL
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD
DE BABAHOYO.**

LA CALIFICACIÓN DE: _____

EQUIVALENTE A: _____

TRIBUNAL

.....
Msc. Iván Montalvo Villalva
DECANO - DELEGADO

.....
Msc. Isabel Cherez
SUBDECANO - DELEGADO

.....
DELEGADO CONSEJO

.....
DELEGADO.

.....
SECRETARIA

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico con mucho cariño a mi madre, esposo e hijos que han estado conmigo en todo momento, siempre me han estado brindando todo su amor y apoyo incondicional.

No podría dejar de mencionar mi total agradecimiento a todas las personas que de una u otra manera me han facilitado las herramientas necesarias para culminar este proceso académico.

Rachel Oviedo Castro

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre, que con su ejemplo me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mí adorado esposo e hijos, que con su apoyo incondicional he podido culminar este proceso académico.

A mis docentes, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Al personal del Instituto de Seguridad Social Ecuatoriano, quienes me permitieron realizar las prácticas pre profesionales y pude afianzar los conocimientos teóricos prácticos y a todas las personas que de una u otra manera colaboraron en esta tesis.

Rachel Oviedo-Castro

ÍNDICE

Caratula.....	I
Tema.....	II
certificado de autoría de tesis.....	III
Acta de aprobación del tutor.....	IV
Acta de aprobación del lector.....	V
Acta de tribunal de la investigación.....	VI
Acta de tribunal de la sustentación.....	VII
Dedicatoria.....	VIII
Agradecimiento.....	IX
Índice.....	X
Introducción.....	XIII

Capítulo I.

Campo contextual problemático.....	1
1.1. Contexto nacional, regional, local y / o institucional.....	1
1.2. Situación actual del objeto de investigación.....	3
1.3. Formulación del problema.....	4
1.3.1. Planteamiento del problema.....	4
1.3.2. Problema general.....	4
1.3.3. Problemas derivados	4
1.4. Delimitación de la investigación.....	5
1.4.1. Delimitación de unidades de observación.....	5
1.5. Justificación.....	5
1.6. Objetivos.....	8
1.6.1. Objetivo general.....	8
1.6.2. Objetivos específicos.....	8

Capítulo II.

Marco teórico.....	9
--------------------	---

2.1. Alternativas teóricas asumidas.....	9
2.2.- Categorías de análisis teórico conceptual.....	10
2.2.1.- Definición del alcohol.....	11
2.2.2.- Causas del consumo del alcohol.....	12
2.2.3.- Consecuencias del alcohol.....	13
2.2.4.- Clasificación del alcohol.....	17
2.2.5.- Trastornos inducidos por	21
2.2.6.- Rendimiento académico.....	22
2.2.7.- Tipos de rendimiento académico.....	23
2.2.8.- Características del rendimiento académico.....	23
2.2.9.-Factores que influyen en el rendimiento académico.....	24
2.3.- Planteamiento de hipótesis.....	29
2.3.1.- Hipótesis general.....	29
2.3.2.- Hipótesis específicas.....	29
2.4. Operacionalización de las hipótesis específicas.....	30

Capítulo III

3. Metodología.....	32
3.1.- Tipo de investigación.....	32
3.2.- Universo y muestra.....	33
3.3.- Métodos y técnicas de recolección de información.....	34
3.4. Procedimiento.....	34

Capítulo IV

4.- Análisis y discusión de los resultados.....	35
4.1.- Tabulación e interpretación de datos.....	35
4.2.- Comprobación y discusión de hipótesis.....	45
4.3.- Conclusiones.....	45
4.4.- Recomendaciones.....	46

Capítulo V

5.- Propuesta alternativa.....	48
--------------------------------	----

5.1.- Presentación.....	48
5.2.-Objetivos.....	48
5.2.1.- Objetivo general.....	48
5.2.2.- Objetivos específicos.....	48
5.3.-Contenidos.....	49
5.4.- Descripción de los aspectos operativos de la propuesta.....	50
5.5.- Recursos.....	50
5.6.- Cronograma de ejecución de la propuesta.....	51
Capítulo VI	
6.- Bibliografía.....	52
Capítulo VII	
7.- Anexos.....	54

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad progresiva que con lleva un alto grado de prevalencia sistemática y alta de los trastornos de la esfera psicológica y deterioro de la calidad de vida, tanto de día a día como de a largo plazo. Hoy sabemos que las personas con diabetes mellitus tienen un riesgo significativamente mayor de experimentar sufrimiento mental.

Causa un desequilibrio del estado de ánimo, la incidencia puede variar y es asociado con varios agentes patogénicos agravantes, también pueden variar otros factores desencadenantes en los pacientes diabéticos, pueden ser demostrados a través de la tristeza; el pesimismo, la incapacidad de sentir placer y la pérdida de casi todas las actividades.

En el aspecto cognitivo o el pensamiento, la depresión se caracteriza por una aparente incapacidad para decidir, pensar, concentrarse y recordar, generando esquemas equivocados para interpretar los hechos que desencadenan los conflictos en las relaciones con los demás, empobreciéndolas percepciones que se hace el paciente acerca de sí mismo, el mundo y el futuro.

En los estudios realizados se ha observado una fuerte relación entre la depresión y la enfermedad física. Los síntomas de la depresión son la máxima expresión de fisiopatologías o alteraciones, ya que las alteraciones de diversas funciones psicológicas se expresan como: afectiva (tristeza), cognitiva (desesperanza), psicomotriz (inhibición) y de comportamiento (actividad hipo).

Por esta razón; la depresión, la ansiedad, entre otros impactos psicológicos en los pacientes con diabetes mellitus es evidente en las diferentes etapas de su enfermedad, conllevándole a aumentar su

enfermedad, que causa trastornos psicológicos y también afecta a su sistema familiar.

Por tal razón es conveniente tomar como tema de investigación: Impactos psicológicos en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Babahoyo.

Esta investigación se clasifica en siete capítulos los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

Campo Contextual Problemático, El Marco Teórico, Metodología, El Análisis y Discusión de Resultados, La Propuesta Alternativa, Las Bibliografías y Los Anexos.

CAPITULO I

CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1. Contexto nacional, regional, local y / o institucional

La diabetes mellitus, es un problema de salud común en el mundo, la cual viene afectando de manera Psicológica a personas que padecen de esta enfermedad, en el continente americano era de 35 millones, de las cuales 19 millones vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en el 2025 este número se incrementará a 64 millones de los cuáles 62% vivirán en América Latina y el Caribe que representa un aproximado de 40 millones. **(Fuente: ALAD).**

En latino América en los últimos 10 años existen reportes de incremento de los casos de diabetes mellitus, así lo revela los informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). **(Fuente: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud 2010).**

En Ecuador, la prevalencia de diabetes mellitus es de 4.1 a 5%.

La incidencia al año es de 115.19 casos/100.000 habitantes, la incidencia de la Diabetes en el país, para el año 2000 fue de 80 por 100.000 habitantes y para el año 2009 la tasa fue de 488. Según datos entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos **(INEC)** durante 2010 en Ecuador 4.017 personas con diabetes fallecieron, cabe recordar que esta es la segunda causa de muerte general en el país. De acuerdo al género, la Diabetes fue la primera causa de mortalidad en mujeres y la séptima en hombres en el año 2008.

Las Provincia la mayor tasa de incidencia de Diabetes está en:

- ✓ Cañar, la tasa fue de 220 para el año 2009 y para el año 2015, de 1001.
- ✓ Manabí, la tasa para el año 2000, fue de 113,6 mientras que para el 2009, fue de 981,8.
- ✓ El Oro, la tasa para el año 2000, fue de 134,68y para el año 2009 de 720.6
- ✓ Los Ríos, la tasa para el año 2000 fue de 55.82 y para el 2009 de 650.35
- ✓ Guayas, la tasa para el año 2000 fue de 87.93 y para el 2009 de 586.54
- ✓ Esmeraldas, la tasa para el año 2000 fue de 71.11 y para el año 2009 fue de 393.56.

Con el transcurso del tiempo se evidenciar que las cifras de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus van en aumento, presentando cada año una significativa variación, en el año 2007 ocupó el quinto puesto entre las principales causas de morbilidad en el Ecuador y en el año 2012 sitúa a la Diabetes Mellitus como la primera causa de mortalidad con una tasa de 25,4 por 100000 habitantes. Estos datos nos presentan el rápido aumento tanto en tasas de morbilidad como de mortalidad en pacientes diabéticos en el Ecuador. **(Fuente: Escuela Superior politécnica 2014)**

En Babahoyo el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social previene y controla la diabetes, la unidad de Diabetes en el Hospital del IESS en Babahoyo, la cual funciona desde el 25 de agosto de 2014, mantiene programas de educación, prevención, evaluación y tratamiento de pacientes diabéticos, con la participación de un grupo multidisciplinario de médicos y paramédicos del Ecuador y de Cuba. En esta unidad, treinta y cuatro pacientes han recibido tratamiento con el medicamento Heberprot, que cuesta USD 1 100 cada ampolla.

Cuenta con las siguientes áreas:

- ✓ Emergencia
- ✓ Odontología
- ✓ Obstetricia
- ✓ Farmacia
- ✓ Psicología
- ✓ Estadística
- ✓ Laboratorio
- ✓ Medicina general
- ✓ Preparación
- ✓ Bodega

1.2. Situación actual del objeto de investigación

En Ecuador, “del 3 al 5% de la población adulta padece del mal”, afirma el Dr. Miguel Pasquel, miembro de la Asociación Americana de Diabetes, y también de la europea. El endocrinólogo añade que la mitad de estos casos estaría sin diagnosticar. Según el Ministerio de Salud Pública, la diabetes es la tercera causa de muerte en el país. “El diabético no controlado se expone a muchas complicaciones”, indica la nutricionista Gladys Nájera de Carvajal, en el área asignada al club de diabéticos del Maldonado Carbo.

Según la Fundación Ecuatoriana de Diabetes, la prevalencia se registra en el 7% de la población ecuatoriana menor a 45 años, pero desde esa edad sube al 20% y, a partir de los 65, llega al 40%. Otro problema es que la diabetes afecta a personas de bajos recursos económicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que en el país se han registrado 700 mil personas con el mal, de estas el 70% no puede pagar el tratamiento integral y el resto tiene un control a medias. Y de dos a tres pacientes sufren complicaciones crónicas 10 años después de diagnosticadas.

En 2014 habrá 26,4 millones de pacientes en América Latina es una de las regiones que ha incrementado los casos de diabetes en los últimos 10 años, así lo manifiestan los informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Planteamiento del problema

La diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos, que comparten las características comunes de presentar concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica. Esta enfermedad se diagnostica cuando la glucosa está arriba de 126/dl en ayunas, lo normal de glucosa en la sangre debe ser de 70 a 110 mg/ 100 en ayunas.

La presente investigación se refiere a los impactos psicológicos que tienen los pacientes con el diagnóstico de diabetes mellitus, ya que sabemos que la diabetes es una enfermedad que conlleva un alto grado constante de trastornos psicológicos que afecta tanto en el día a día como a largo plazo.

Una de las características de las personas con diabetes es que sufren un impacto porque la enfermedad no tiene cura y tienen que someterse a tratamientos y dietas muy costosas. También influyen mucho los ambientes familiares ya que a veces pueden ser las causas detonantes de que ellos recaigan con daños psicológicos por no tener el apoyo de su familia.

Para analizar y resolver esta problemática es necesario conocer cuáles serían los daños psicológicos que sufre el paciente al enterarse que tiene diabetes mellitus y nos ayudaría a evitar que el paciente sufra algún daño psicológico.

Esta investigación se la realiza con el fin de que el paciente del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, prevenga estos impactos psicológicos y

obtenga el apoyo psicológico y familiar que necesita para llevar su tratamiento de una manera adecuada; esto permitirá que el paciente no recaiga, ni rechace el tratamiento.

1.3.2. Problema general

¿Cómo disminuir los impactos psicológicos en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Babahoyo?

1.3.3. Problemas derivados

- ¿Cuáles son las consecuencias de los impactos psicológicos en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus?
- ¿De qué manera contribuye la ayuda familiar al tratamiento psicológico del paciente con diabetes mellitus?

1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Para Determinar si en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus sufren impactos Psicológicos y que son tratados en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad de la Ciudad de Babahoyo en el año 2014 Establecí las siguientes delimitaciones.

- ✓ **Aspecto:** Impacto Psicológico en los pacientes con Diagnostico de Diabetes Mellitus.
- ✓ **Delimitación Temporal:** En el periodo 2014
- ✓ **Delimitación Espacial:** Hospital del Instituto de Seguridad Social de la Ciudad de Babahoyo.

1.4.1. Delimitación de unidades de observación: Pacientes- Unidad Médica.

Área: Salud.

1.5. JUSTIFICACIÓN

Existen estudios que demuestran que las personas con diabetes mellitus tienen un mayor riesgo de padecer depresión y otros trastornos psicológicos, en comparación con las personas que no padecen esta enfermedad; no hay respuestas sencillas acerca de por qué esto es verdad.

Es posible que el paciente se sienta sólo o al margen de sus amigos y familiares debido a todo el trabajo adicional que conlleva esta enfermedad, en caso, que se encuentre en el paciente complicaciones de la diabetes, como lesiones nerviosas y mantener los niveles adecuados de glucosa en la sangre, es probable que sienta estrés y que pierda el control sobre la diabetes.

Por ello, resulta de vital importancia reflexionar sobre los impactos psicológicos que puede generar la diabetes, y sobre los significados que los fundamentan. Algunos aspectos involucrados en dichos impactos son: su carácter crónico, las modificaciones que suscita en áreas significativas de la vida (trabajo, familia, pareja, sexualidad, relaciones interpersonales y con la comunidad), los cambios corporales y funcionales que puede producir, y la significación (estigmatizante) de estos cambios.

Las manifestaciones psicológicas de la diabetes mellitus pueden ser resultado del proceso de la enfermedad en sí misma, pero sobre todo, del impacto de sus manifestaciones físicas, así como de la significación personal y social atribuida al proceso. En dicha significación pueden integrarse de forma única los conceptos propios y heredados de salud y enfermedad; los significados sociales de la enfermedad; su impacto en los

desempeños cotidianos; la modificación o limitación del funcionamiento corporal; las posibilidades percibidas de control y recuperación de la salud; la estructura psíquica del individuo; y sus condiciones concretas de vida (economía, accesibilidad a servicios de salud, redes de apoyo social, entre otros).

Al igual que la negación, la depresión puede introducir al paciente en un círculo vicioso y es posible que sea un obstáculo para una buena atención personal de la diabetes. Si está deprimido y se siente sin energía, existen muchas probabilidades de que el tratamiento no obtenga buenos resultados.

Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada.

El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas en su estilo de vida y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar que padece de diabetes. La descompensación metabólica del paciente, estaría directamente relacionada a una falta o insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar, ya sea, limitando u obstaculizando el adecuado control y tratamiento de la enfermedad.

Por lo que se considera de mucha importancia dar a conocer los impactos psicológicos en los pacientes con diabetes mellitus en el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, para que mejoren la calidad de vida, y puedan llevar de una manera equilibrada esta enfermedad que padece, sin dejar de mencionar que la familia es un apoyo psicológico importante para el paciente diabético.

De ahí que en la medida que sea incorporado un integrante de la familia o un cuidador en el control médico y tratamiento psicológico del paciente diabético, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos, se obtendrá mayor comprensión por parte de él y su familia en relación a la enfermedad, logrando aceptación al tratamiento psicológico, y con ello, mayor compensación metabólica.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo general

Determinar cómo disminuir los impactos psicológicos en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Babahoyo.

1.6.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar las consecuencias de los impactos psicológicos en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

- ✓ Determinar de qué manera contribuye la ayuda familiar al tratamiento del paciente con diabetes mellitus.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Alternativas teóricas asumidas

Definición: La palabra Diabetes tiene su origen en el griego y significa “atravesar o discurrirá través”, mientras que mellitus proviene del latín y significa “dulce como la miel”. La diabetes es una enfermedad conocida desde épocas muy antiguas. La primera referencia histórica que tenemos, figura en un papiro egipcio descubierto en una tumba de Tebas, por Ebers en 1862, papiro que había sido escrito aproximadamente en el año 1500 antes de JC.

El problema se magnifica al constatar que al menos un tercio de los personas con Diabetes Mellitus en América Latina, desconoce su condición de enfermo, lo cual desafía los programas de detección y complica la implantación de estrategias de atención, control y prevención.

La Diabetes Mellitus es un síndrome o conjunto de síndromes consecuencia de un déficit absoluto o relativo de insulina”. También podemos definir la diabetes como un síndrome caracterizado por niveles de glucosa elevados, en situaciones de ayuno, de forma crónica y que suele acompañarse de alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos, siendo estas alteraciones consecuencia de un déficit, bien relativo o absoluto de la secreción o utilización de insulina.

2.1.2. La terapia racional emotiva conductual ELLIS

La terapia racional emotiva conductual, cuyo acrónimo es TREC (REBT, por sus siglas en inglés derivadas de *Rational Emotive Behavior Therapy*), es una psicoterapia progresión de la terapia racional y la terapia

racional-emotiva creadas, modificadas y ampliadas por el psicólogo estadounidense Albert Ellis desde el año 1955 hasta su muerte en 2007. Se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directivo, filosófico y empírico, representado por la secuencia A-B-C, encaminado a la reestructuración cognitiva. Es frecuentemente comparada e incluso complementada con la terapia cognitivo-conductual (TCC) creada por Aaron T. Beck, otro teórico importante de la terapia cognitiva.

Dentro del amplio campo de las psicoterapias de orientación cognitivo-conductual, las propuestas de Ellis han sido especialmente útiles en el abordaje de la ira, la ansiedad, las frustraciones, la fobia social, la timidez y las disfunciones sexuales. El impacto de la TREC ha influido a muchas otras teorías cognitivo-conductuales como la terapia del comportamiento racional de Maxie Clarence Maultsby, Jr., la terapia multimodal de Arnold A. Lazarus y la terapia cognitiva de Aaron T. Beck.

De esta manera, la Diabetes Mellitus (DM) resulta en un complejo conjunto de enfermedades con componentes de diferente índole, vasculares, nervioso y metabólico que a su vez determinan no una patología específica sino una mayor facilidad para desarrollar ciertas patologías.

2.2.- Categorías de análisis teórico conceptual

Tipos de diabetes mellitus:

Diabetes tipo 1.- Este tipo de diabetes corresponde a la llamada Diabetes Insulina dependiente o Diabetes de comienzo juvenil. Se presenta en jóvenes y en adultos también pero con menor frecuencia. “El diagnóstico es alrededor de los 25 años de edad, y afecta a cerca de 4,9 millones de personas en todo el mundo, se caracteriza por una

producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona.”

Diabetes tipo 2.- De estas dos, la Diabetes Mellitus tipo 2 es la más frecuente, siendo una de las alteraciones endocrinas más comunes. Según los datos que hoy tenemos, alrededor de 100 millones de personas sufren DM tipo 2. Se podría pensar que este número tendría tendencia a disminuir, pero la realidad es otra. Con el aumento de la esperanza media de vida de las personas y con el diagnóstico precoz es cada vez más elevado el número de personas diabéticas. Si a esto asociamos un mayor conocimiento de la enfermedad que permite mejorar las condiciones de vida de estos pacientes así como de vida cada vez más larga, podemos pensar que este número irá aumentando cada vez más. Se observa en adultos y se relaciona con la obesidad. Es un mecanismo complejo fisiológico, “donde el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce y la glucosa no está bien distribuida en el organismo”. Este tipo representa el 90 % de los casos mediales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física (**Fuente: American Diabetes Asociación 2009**).

Diabetes gestacional.- Algunas mujeres presentan esta diabetes durante las últimas etapas del embarazo aunque en general desaparece después del parto, una mujer que haya tenido diabetes gestacional tiene mayor posibilidad de presentar diabetes tipo 2 más adelante, la diabetes gestacional es causada por las hormonas del embarazo o por la escasez de insulina. (**Fuente: Guía sobre diabetes-comercio S.A.**)

2.2.1.- Definición de la diabetes mellitus

El término diabetes mellitus describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

La diabetes mellitus no es en una afección única, sino un síndrome dentro del cual deben individualizarse diferentes entidades nosológicas. El nexo común de todas ellas es la hiperglucemia y sus consecuencias, es decir, las complicaciones específicas, las cuales son comunes a todas las formas de diabetes.

“La diabetes mellitus es la forma más común de diabetes y el presentar esta enfermedad significa que nuestro cuerpo no está produciendo suficiente insulina o no la utiliza correctamente; es así que una de las consecuencias de presentar este tipo de diabetes es que nuestro organismo provoca la acumulación de altos niveles de azúcar en la sangre ocasionando graves problemas de salud” Jordi y Costa Herminia, Guía Médica familiar, 2009. (Pág. 76).”

2.2.2.- Causas de la diabetes mellitus

La diabetes es causada por un problema en la forma como el cuerpo produce o utiliza la insulina. La insulina es necesaria para transportar de glucosa al interior de la célula, donde ésta se almacena y se usa posteriormente como fuente de energía. Con la diabetes tipo 2, el tejido adiposo, el hígado y las células musculares normalmente no responden a dicha insulina, esto se denomina resistencia a la insulina, como resultado la glucosa no entra en las células se acumulan niveles anormalmente altos, lo cual se denomina hiperglucemia.

Por lo general, la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente con el tiempo. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico. El aumento del tejido de grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de la manera correcta.

- La diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas y es más común en los ancianos.
- Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante en la diabetes tipo 2.

- Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo (especialmente alrededor de la cintura) aumentan el riesgo.

2.2.3.- Consecuencias de la diabetes mellitus

Psicológicas

La depresión como uno de los impactos psicológicos puede destruir la motivación de una persona. Para las personas con diabetes, esto puede ser muy peligroso porque deben mantenerse motivadas para cuidarse.

La depresión puede dificultarle su concentración en el auto cuidado. Posiblemente sienta que es demasiado fastidioso tener que examinar la glucosa (azúcar) en su sangre o tratar de escoger alimentos saludables. Las cosas pueden parecer sin esperanza. Deben asegurarse de controlar su glucemia, tomar sus medicamentos según las indicaciones y alimentarse bien. Cuando las personas tienen depresión, es posible que no estén motivadas para hacer estas cosas.

Quizás no se preocupen por controlar su glucemia. Quizás no intenten alimentarse bien, podrían incluso no comer en absoluto. Para las personas con depresión también puede resultar muy difícil tomar los medicamentos de manera adecuada. Cuando la depresión se presenta junta con una enfermedad somática, en particular, con la diabetes se debe tener en cuenta que la diabetes puede generar una variedad de reacciones a nivel emocional, irritación, depresión, pérdida de sentido por la vida, frustración y ansiedad.

Las personas que se sienten depresivas, se sienten desesperadas y desesperanzadas, a menudo piensan en la muerte o en el suicidio; se sienten incapaces de moverse y de hacer cosas, para ellos supone un esfuerzo incluso vestirse.

¿Cómo vivir con diabetes Mellitus?

El vivir con diabetes no solo involucra a la persona que tiene la enfermedad, sino también a su grupo familiar más cercano, ya que los trastornos derivados involucran al entorno del paciente y afectan directamente a su relación con el medio social. Problemas familiares y laborales dan como resultado factores psicológicos que impiden al diabético tomar decisiones correctas en cuanto a su auto cuidado, muchas veces la degeneración de esta enfermedad trae otras de carácter catastrófico como la Insuficiencia Renal Crónica Terminal, y son consecuencia de la falta de educación y de soporte psicopedagógico para sobrellevar la diabetes. Vivir con diabetes significa enfrentarse a nuevos estilos de vida no solo del paciente sino también de su entorno familiar más cercano, esta adopción de estándares diferentes, lleva de por sí un proceso en el que tiene que intervenir el equipo multidisciplinario de salud a favor de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia **(Cortázar Gaitán, 2001, pg. 111)**.

La mejor manera de afrontar una nueva situación es el conocimiento y el estudio de aquello con lo que nos estamos enfrentado, sin embargo, este conocimiento tiene que partir de la educación de aquellas personas que por razones de formación y educación tienen mayores conocimientos sobre la enfermedad que el paciente que la padece; “Los conocimientos sobre la diabetes no se adquieren con la experiencia. A vivir con diabetes nos enseñan el médico de cabecera, la enfermera, las Asociaciones de Diabéticos, los especialistas, las Escuelas de Diabetes que existen en algunos Centros y unas cuantas publicaciones serias” **(Molina Polo, 2006, pg. 127)**.

Para aprender a vivir con diabetes es importante alejarse del vocablo enfermedad, en donde los enfermos con diabetes están sentenciados a una vida de sufrimiento, mientras que si utilizamos la palabra “pacientes diabéticos”, hacemos mayor hincapié en la paciencia que deben mostrar los pacientes por ser portadores de esta patología, de ahí parte el cambio

actitudinal indispensable en el correcto manejo de la diabetes que es un trastorno que involucra la toma de decisiones consientes y racionales.

Principios de la educación a pacientes diabéticos

Según la OPS (1995), en su publicación “Educación sobre diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia”, el mayor problema de la falta de educación a los pacientes diabéticos es la percepción por parte del gobierno de que ésta práctica resulta muy costosa, sin embargo, la ignorancia sobre la misma, resulta mucho más costosa. Además que hace hincapié en el elevado costo individual, familiar y social que produce la enfermedad, que de por si absorbe un monto alto de los presupuestos sanitarios en todo el mundo.

En la administración hospitalaria frecuentemente se puede observar que se considera a la educación en diabetes y las enseñanzas a los enfermos como un incremento en los gastos presupuestarios y no como un medio de disminuir las hospitalizaciones y complicaciones crónicas añadidas. Siendo que los gastos adicionales para la educación, deberían ser los recursos económicos que se canalizan a fin de obtener ahorros futuros.

Otra de las consideraciones a tomar en cuenta en el desarrollo de los programas de educación en diabetes, es la aceptación de la enfermedad, ya que esta puede interferir o facilitar el conocimiento y cumplimiento de las recomendaciones alimenticias y el tratamiento farmacológico. “Es importante el involucrar un equipo multidisciplinario en el tratamiento integral del paciente diabético” (Obregón Fernando; 2004, pg. 144).

Salud

Ateroesclerosis: Tanto la diabetes mellitus tipo 2 como el síndrome metabólico favorecen la acumulación de grasa en las arterias, haciendo

que la sangre fluya peor, lo que puede afectar al corazón, el cerebro y las extremidades.

Retinopatía: Los altos niveles de azúcar en la sangre dañan los vasos sanguíneos de la parte posterior del ojo. Si no detecta y se trata a tiempo, puede conducir a la ceguera.

Neuropatía: La forma más común producida por la diabetes es la neuropatía periférica, es decir, el daño de los nervios de las piernas. La neuropatía causa dolor y adormecimiento de las piernas, que puede extenderse, si no se trata, a brazos y manos. A largo plazo, la neuropatía provoca daños a los nervios que controlan las funciones autonómicas, como la micción, la digestión o la función sexual.

Daños renales: El azúcar en la sangre también puede dañar a los riñones, con lo que no cumplirían su función de eliminar los desechos adecuadamente. A esta enfermedad se le llama nefropatía diabética, y si no se trata correctamente, puede causar insuficiencia renal, requiriendo diálisis y un trasplante.

Emocional

Ansiedad.- Existe una tendencia en las personas con diabetes a sentir ansiedad especialmente respecto a sus niveles de glucosa en sangre que junto a la preocupación de si se está alcanzando o no los niveles de glucosa adecuados, la alimentación y la actividad física provocan un deterioro en su salud mental.

Depresión.- En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión, 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. Posteriormente, cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución. Algunos de los síntomas de la depresión se parecen a los del estrés pero son más profundos y se presentan por más tiempo. Algunos

ejemplos son no sentir placer de hacer cosas que antes agradaban, tener tristeza y ganas de llorar frecuentemente, sentir que nadie te entiende, perder la esperanza y ver el futuro muy negativamente.

Físico

Estrés.- Los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante, pues se les hace el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla. En caso que el paciente tenga alguna lesión nerviosa aumenta el estrés por los cuidados más rigurosos en el que se somete.

2.2.4.- Clasificación de la diabetes mellitus

En 2009 el Instituto Nacional de Salud (NDDG) con base en un trabajo de un grupo americano hizo la primera clasificación de la diabetes. Esta clasificación fue más tarde refrendada por la OMS que consideraba cinco tipos de diabetes:

Insulinodependiente, no insulinodependiente, gestacional, relacionada con la mala nutrición y otros tipos de diabetes. En todas las categorías se podía dar hiperglucemia en ayunas o durante un test de tolerancia oral a la glucosa. Esta clasificación fue más tarde cambiada por una nueva clasificación teniendo como base los trabajos desarrollados en los años siguientes.

Así, en 1997, se propuso la clasificación que hoy es utilizada y que incluye: la diabetes tipo 1 y 2, la asociada a defectos genéticos, bien sea de células beta o relacionada con la acción de la insulina, las enfermedades del páncreas exocrino, las endocrinopatías, la relacionada con fármacos y agentes químicos, la resultante de infecciones víricas, los síndromes genéticos y las formas infrecuentes de diabetes relacionadas

con la inmunidad. Siguiendo esta nueva clasificación, describiremos de forma resumida cada una de las distintas entidades.

DIABETES MELLITUS

TIPO 1

Es consecuencia de la destrucción, probablemente de origen autoinmune, de las células beta de los islotes del páncreas, conduciendo a niveles plasmáticos de insulina indetectables o bajos. Se inicia antes de los 40 años de edad, pudiendo ser en forma aguda y caracterizándose por presentar sed, poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso. Este tipo de enfermedad se controla mediante inyecciones diarias de insulina siendo característicamente inestable con episodios de cetoacidosis. Los marcadores de destrucción inmune incluyen auto anticuerpos contra las células de los islotes (ICA), contra la insulina, contra la decarboxilasa del ácido glutámico (GAD) y contra las tirosina fosfatasas (IA -2 y IA -2 β). En el momento del diagnóstico se puede detectar uno o más de estos anticuerpos en 85 -90% de los pacientes.

Este tipo de diabetes se asocia estrechamente con el sistema HLA, en concreto con los genes DQA y B y es influida por los genes DRB. En esta enfermedad, la velocidad de destrucción de las células β son muy variables, siendo más rápida en niños y más lenta en adultos.

TIPO 2

Conocida como Diabetes no insulina dependiente, en la que predomina fundamentalmente la insulina resistencia con grado variable de deficiencia insulínica. Muchos de estos pacientes son obesos y su obesidad es abdominal. Está asociada a hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad cardiovascular y también tendencia al desarrollo de complicaciones microvasculares.

Las otras categorías de diabetes son:

1. Defectos genéticos de la célula

Se heredan con un patrón autosómico dominante y se caracterizan por un comienzo con hiperglucemia moderada y en general antes de los 25 años, por lo que se han venido denominando diabetes de la madurez de comienzo en la edad joven. La carga genética asociada a esta enfermedad lleva a mutaciones en algunos locigenéticos de distintos cromosomas, como el 12, el 7 y el 20. Existen otras mutaciones genéticas que afectan la conversión de la pro-insulina a insulina.

2. Defectos genéticos en la acción de la insulina

Son raras formas de diabetes e incluyen mutaciones del receptor de insulina que pueden cursar con hiperinsulinemia e hiperglucemia leve o diabetes importante, algunos casos se pueden asociar con acantosis nigricans. Las mujeres pueden tener diversos grados de virilización y ovarios poliquísticos, síndrome que se conocía como tipo A de insulinoresistencia.

3. Enfermedades del páncreas exocrino

Se incluyen los procesos que difusamente dañan al páncreas y producen diabetes. Las formas adquiridas incluyen pancreatitis, infecciones, pancreatopatía, carcinomas y traumas. Si comparamos con la clasificación de 1979 vemos que la pancreatopatía fibrocalculosa que había sido incluida como un subtipo de la diabetes relacionada con la malnutrición, aunque con la nueva clasificación se ha trasladado a las enfermedades del páncreas exocrino.

3. Endocrinopatías

Las enfermedades que cursan con un exceso de hormonas que antagonizan la acción de la insulina pueden representar diabetes, como por ejemplo: acromegalia, síndrome de Cushing, glucagonoma y feocromocitoma. Aunque en muchos de estos casos existe ya un defecto previo de la secreción de insulina, en general la hiperglucemia revierte al curar la enfermedad causante.

4. Fármacos y agentes químicos

Muchos fármacos pueden disminuir la secreción de insulina e inducir una diabetes si el individuo tiene resistencia a la insulina. El raticida Vacor y la pentamidina pueden destruir las células β y desarrollar diabetes permanentemente. Otras sustancias alteran la acción de la insulina como los glucocorticoides y el ácido nicotínico.

5. Infecciones víricas

Algunos virus pueden destruir las células de los islotes pancreáticos y producir diabetes. Se ha descrito en la rubéola congénita y en infecciones por el virus coxackie B, citomegalovirus, adenovirus y virus de la parotiditis.

6. Formas infrecuentes de diabetes relacionadas con inmunidad.

Entre ellas se encuentra el síndrome del “hombre rígido”, que es una alteración auto inmune del sistema nervioso central que cursa con gran rigidez muscular y espasmos dolorosos. La causa para la enfermedad parece residir en la presencia de anticuerpos anti-insulina que al bloquear la unión de ésta con sus receptores produce una situación de diabetes.

7. Síndromes genéticos asociados con diabetes

En estos síndromes la diabetes tiene diferentes mecanismos de producción y con un espectro evolutivo muy variable del trastorno hidrocarbonado, que puede variar entre intolerancia moderada hidrocarbonada a franca diabetes.

8. Diabetes gestacional

Se refiere a la intolerancia hidrocarbonada que se descubre durante el embarazo, independientemente de si se trata con insulina o sólo con dieta. Este tipo de diabetes tiene una prevalencia de 1 a 14% de los embarazos, según las poblaciones. Su diagnóstico es importante para evitar complicaciones maternas y del recién nacido. La diabetes gestacional supone un riesgo en desarrollar diabetes por lo que, a partir de los 6 meses del parto, deben realizarse evaluaciones periódicas de la tolerancia a la glucosa, que podrá ser normal, de intolerancia o de diabetes.

El conocimiento de la DM tiene gran importancia para el odontólogo tanto para poder detectar casos aún no diagnosticados como para poder prevenir y tratar las distintas complicaciones que pueden surgir. Además, el paciente diabético, tiene unas condiciones generales y locales que pueden variar la evolución normal de algunas enfermedades de la cavidad oral y/o respuestas a los tratamientos de las mismas

2.2.5.- TRASTORNOS INDUCIDOS POR LA DIABETES MELLITUS

La DM1 afecta principalmente a gente joven y acompaña al paciente durante el periodo de su vida donde se espera la más intensa actividad social, de tipo ocupacional, romántica o marital o ejerciendo el rol de padre (o madre). La manifestación de la DM1, en contraste con la DM2, usualmente es impetuosa y frecuentemente se asocia con hospitalización

en estado crítico. El diagnóstico inesperado es un trauma psicológico significativo para los jóvenes y la familia.

Sin embargo no indica que toda persona con diabetes tiene depresión. Las personas con diabetes se sienten tristes de vez en cuando, lo cual es natural si tomamos en cuenta las responsabilidades, restricciones y preocupaciones adicionales que enfrentan a diario.

La DM2, en general, son más demostrativos. Proporcionan evidencia de que el estrés crónico y las situaciones estresantes de la vida, producen un daño en la tolerancia de la glucosa y un incremento en la resistencia a la insulina, que son síntomas iniciales de la DM. **(Fuente: Grootenhuis, Bouter & Heine, 2000)**

Existen estudios que indican que la diabetes mellitus en este caso los dos tipos desequilibran muchas hormonas y sustancias químicas del cerebro y es posible que estos cambios repercutan y aumente la posibilidad de tener depresión (además del proceso de pérdida). Si hablamos de los cambios hormonales causados por la depresión y el estrés por ser diabéticos, se pueden afectar los niveles de otras hormonas que causan problemas con la resistencia de insulina.

2.2.6.- DIAGNÓSTICO

La diabetes mellitus se diagnostica midiendo la cantidad de glucosa en la sangre (Glucemia). “La forma ideal es medirla en la sangre venosa y con la persona en ayunas, a esta cifra se la denomina Glucemia Basal. Hay otras formas y circunstancias de medir la cantidad de glucosa en la sangre” la glucosa medida en sangre capilar (pinchando un dedo); o en las personas que no están en ayunas, estas cifras pueden ayudar o incluso orientar al diagnóstico, pero la que se debe emplear como fiable para el diagnóstico, es la glucosa en sangre venosa y con el sujeto en ayunas (Glucemia Basal en Plasma Venoso).

Existe una prueba llamada Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) que consiste en administrar una cantidad determinada de glucosa a la persona en ayunas y comprobar cómo se comporta la glucosa en la sangre a lo largo de un cierto tiempo. Eso nos permite saber si esa persona tiene alterados los mecanismos de metabolización de la glucosa.

2.2.7 TRATAMIENTO

El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad. En muchos pacientes con diabetes tipo 2 no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. Sin embargo, con frecuencia se necesita una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglucemiantes por vía oral.

2.2.8. COMPLICACIONES

Las complicaciones a largo plazo se han vuelto más comunes a medida que aumenta el promedio de vida de los diabéticos; pueden afectar su sistema orgánico y psicológico.

A nivel psicológico conllevan una elevada prevalencia de trastornos de la esfera psicológica y deterioro de la calidad de vida. 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.

Existe información empírica que señala el mayor riesgo de evolución a trastornos de ansiedad en pacientes con diabetes: el trastorno generalizado del desarrollo se diagnostica en el 14% de los casos y los

síntomas subclínicos de ansiedad se manifiestan hasta en el 40% de los pacientes con diabetes, en comparación con el 27% de la población general.

En los pacientes con diabetes 1, la aparición de trastornos de ansiedad se intensifica por la naturaleza frustrante y estresante de las situaciones de la vida diaria causadas por la enfermedad. La ansiedad se asocia con el descubrimiento de la naturaleza incurable y gravosa de la enfermedad, con sus consecuencias sociales desfavorables y con la necesidad de un cambio en el estilo de vida.

Con frecuencia, los síntomas de ansiedad se acompañan de déficit en el control glucémico y pueden ser interpretados de manera errónea como indicador de inestabilidad metabólica. El componente autonómico de la ansiedad es común, y el control glucémico deficiente dificulta el diagnóstico diferencial. De este modo, la inestabilidad emocional y metabólica se exacerba mutuamente. Se ha comprobado que en los pacientes con diabetes, la prevalencia de depresión es el doble que en la población general. Además, el riesgo es aún mayor en sujetos con control glucémico deficiente.

2.2.9.- IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS.

El impacto del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la diabetes mellitus provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente, que varían en grado e importancia, y que están relacionadas con determinadas variables personales y clínicas. Entre ellas, la ansiedad, la depresión, la falta de energía, las disfunciones sexuales, las dificultades laborales y los sentimientos de soledad forman parte de los problemas que los pacientes con diabetes refieren con mayor frecuencia.

El diagnóstico de un trastorno crónico implica, sin duda, un cambio importante en el estilo de vida y en los planes del futuro, a corto, medio y largo plazo del individuo, con las consiguientes implicaciones psicológicas y emocionales.

Inmediatamente después de comunicar el diagnóstico muchos profesionales de la salud empiezan a dar instrucciones en relación con lo que el paciente debe aprender (inyectarse insulina, ajustar las dosis, tratar la hipoglucemia, medir los hidratos de carbono, etc.) sin darle tan sólo la posibilidad de expresar su reacción emocional. Permitirla y gestionarla de manera apropiada es fundamental si se desea acompañar con éxito el proceso de adaptación del paciente.

Evolución psicológica en el paciente con diabetes mellitus.

Después de cualquier mala noticia, como el diagnóstico de diabetes, se distinguen clásicamente las siguientes fases:

Negación.- Es una de las reacciones más habituales en un principio y suele caracterizarse por la incredulidad de lo que está ocurriendo o por la búsqueda encadenada de profesionales que confirmen que eso no es verdad. Algunas de las expresiones que indicarían esta fase son: “esto no me puede estar pasando a mí”, “el laboratorio se ha equivocado”, etc.

Rebeldía.- Es la expresión de la rabia o agresividad ante lo que está ocurriendo. Esta fase suele estar teñida de la búsqueda de un culpable que pueda explicar la causa de la enfermedad. La rebeldía puede ir dirigida tanto al equipo sanitario, como al tratamiento, hacia algún miembro familiar o hacia uno mismo. Se buscan los responsables (acontecimiento personal, antecedente familiar, alimentación, etc.). Algunas de las frases que identifican esta etapa son: “¿por qué a mí?”, “¿cómo es posible si nadie en la familia es diabético?”, etc.

Disociación.- El paciente piensa que hasta el diagnóstico todo era posible, mientras que después sus planes del futuro se rompen. Surge temor al pensar que el trastorno impedirá cumplir sus expectativas de vida. Pueden aparecer quejas por no poder llevar a cabo metas que nunca se habían planteado. Una de las frases que representaría esta etapa sería: “no podré ser”.

Tristeza o depresión.- El pensamiento está centrado básicamente en lo que se ha perdido. En esta etapa es importante dar tiempo suficiente para superarla.

Negociación.- La persona comienza a aceptar el nuevo estado, pero establece condiciones respecto a las pautas del tratamiento. El paciente empieza a pactar y negociar nuevos elementos o cambios de tratamiento.

Adaptación.- La persona y la familia comienzan a darse cuenta de que se puede seguir viviendo con diabetes. El individuo se resitúa en la nueva posición. Estas fases pueden no producirse por igual en todos los casos, pueden variar de orden o secuencia e incluso alguna de ellas puede no darse.

Perfil psicológico del paciente diabético

Pacientes con comienzo de diabetes mellitus

El comienzo de la enfermedad puede constituir en la mayoría de los casos una etapa crítica. La persona se enfrenta sin esperarlo y por tanto sin estar preparada para ello a una enfermedad crónica que desajusta toda su vida y que impone un régimen riguroso de tratamiento, que debe cumplir diariamente y para lo cual no basta con tomar o inyectarse el medicamento en un momento del día, sino que debe reajustar toda la actividad diaria, a las nuevas demandas que la enfermedad le impone.

El diabético se preocupa y angustia por la forma como cree se va a desarrollar su vida a partir de ese momento. No sólo considera las verdaderas condiciones que le impone el médico para cumplir su tratamiento sino que le agrega nuevas limitantes sugeridas por otras personas o valoradas por él, que hacen que perciba la enfermedad como más invalidante de lo que realmente puede ser. Por estas razones aparecen con frecuencia en esta etapa síntomas ansiosos y/o depresivos que requieren tratamiento.

Vínculo entre depresión y diabetes mellitus

Las investigaciones demuestran que tener diabetes eleva al doble las posibilidades de padecer de depresión. Vivir con una enfermedad crónica como la diabetes, tener que lidiar con factores biológicos y hormonales, y necesitar controlar la afección pueden incrementar el riesgo de depresión, sumado a la posibilidad de sufrir complicaciones como daño a los ojos (retinopatía), a los nervios (neuropatía) y a los riñones (nefropatía).

A su vez, la depresión puede duplicar el riesgo de contraer diabetes mellitus tipo 2. Esto puede deberse a un nivel elevado de hormonas del estrés y a un aumento de peso, ya que las personas con depresión suelen ser inactivas.

El estrés que causa el hecho de tener que controlar la diabetes todos los días y los efectos que esta enfermedad tiene sobre el cerebro, pueden contribuir a la depresión. En Estados Unidos, las personas con diabetes tienen el doble de probabilidades que una persona promedio de padecer depresión.

2.2.10. SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

Las personas con diabetes deprimidas, además de ver disminuida su funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el auto cuidado y

la interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro y macro vasculares.

Con el pasar del tiempo, los niveles frecuentes de glucosa alta en la sangre aumentan su riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la diabetes. Los estudios han demostrado que la depresión puede, incluso, hacer que los dolores parezcan peores.

Sus manifestaciones son un profundo sentimiento de tristeza, acompañado a menudo del de soledad, disminución de la autoestima y auto desvalorización a nivel motriz, aparece un profundo estado de inhibición. En el plano afectivo tiene lugar un aislamiento de los contactos interpersonales. Se producen, asimismo, síntomas vegetativos como la anorexia y el insomnio, y un profundo deseo de morir, seguido muy a menudo de ideas suicidas.

A continuación se señalan algunos de los síntomas más comunes en pacientes con diabetes mellitus:

- Tristeza continúa
- Sentimientos de vacío o ansiedad.
- Desesperanza.
- Sentimientos de culpa, impotencia o inutilidad.
- Sentimientos de irritabilidad o intranquilidad.
- Pérdida de interés en actividades o pasatiempos que alguna vez se disfrutaban, incluyendo el sexo.
- Sentimiento de cansancio permanente.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones.
- Dificultad para dormirse o permanecer dormido, un trastorno denominado insomnio, o dormir todo el tiempo.
- Comer en exceso o pérdida del apetito.
- Pensamientos de muerte y suicidio, o intentos de suicidio.

- Dolores permanentes, dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos que no cesan con el tratamiento.

2.3.- Planteamiento de hipótesis

2.3.1.- Hipótesis general

Con una evaluación psicológica como se determinarán los impactos psicológicos en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

2.3.2.- Hipótesis específicas

- Los impactos psicológicos que sufren los pacientes con Diabetes Mellitus serán perjudiciales para su salud.
- La ayuda familiar contribuirá positivamente a tratamiento del paciente con diabetes mellitus.

2.4. Operacionalización de las hipótesis específicas

CUADRO N°1

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas / instrumentos
Variable Independiente: Diabetes Mellitus	Definición de diabetes mellitus	OMS	Encuestas a pacientes
	Clasificación de diabetes mellitus	Diabetes tipo I y Diabetes tipo II	
	Causas de la diabetes mellitus	Por un problema en la forma como el cuerpo produce o utiliza la insulina.	
	Consecuencias de la diabetes mellitus	Psicológicas, salud, emocional, físicas	
	Trastornos inducidos por la diabetes mellitus	La DM1, usualmente es impetuosa y frecuentemente se asocia con hospitalización en estado crítico La DM2 Proporcionan evidencia de que el estrés crónico y las situaciones estresantes de la vida,	
Tratamiento	El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación		

CUADRO N°2

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas / instrumentos
<p>Variable dependiente:</p> <p>Impactos psicológicos</p>	<p>Complicaciones</p> <p>Impacto psicológico en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus</p> <p>Síntomas de depresión en personas con diabetes mellitus</p>	<p>Pueden afectar su sistema orgánico y psicológico.</p> <p>El impacto del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la diabetes mellitus provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente,</p> <p>Las personas con diabetes deprimidas, además de ver disminuida su funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el auto cuidado y la interacción para atender su salud,</p>	<p>Encuestas a pacientes</p>

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1.- Tipo de investigación

La presente investigación corresponde a una investigación de tipo básica, de acuerdo a lo señalado por Sánchez y Reyes (2009), en la medida que se pretende recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento científico.

Investigación de campo: Esta investigación es de suma importancia ya que se utilizara las técnicas de la encuesta que se dirigen a pacientes y a médicos , las preguntas que se formularan en la encuesta se realizaran con la objetivo de conocer los factores que inciden en los impactos psicológicos de paciente con diabetes mellitus .Además con la aplicación de esta técnica se efectúa la recolección de datos, los mismos que son de gran ayuda para su tabulación análisis y posterior toma de decisiones para la puesta en marcha o no de la propuesta expuesta en esta investigación.

Investigación bibliográfica: Porque fue necesario leer muchos documentos para contextualizar el problema y fundamentar científicamente el marco teórico.

Investigación Descriptiva: Por cuanto a través de la información obtenida se clasifica elementos y estructuras para caracterizar la realidad.

Investigación Explicativa: Porque permite el análisis del fenómeno para su rectificación.

3.2.Universo y Muestra

La población está conformada por pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, de ambos sexos, atendidos en el área de Endocrinología del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, de la ciudad de Babahoyo.

Tamaño de la Población de pacientes con diabetes mellitus

Formula Estadística

N= universo

n= tamaño de la muestra

e= margen de error 5%

$$m = \frac{300}{e^2 (300-1) + 1}$$

$$m = \frac{300}{0.052 (300 - 1)+1}$$

$$m = \frac{300}{0.0025 (299)+1}$$

$$m = \frac{300}{0,74+1}$$

$$m = \frac{300}{1,74} = 172 \text{ pacientes}$$

3.3. Métodos y técnicas de recolección de información

Este trabajo se fundamentó en la utilización de técnicas psicológicas y métodos científicos encaminados a cumplir con las metas propuestas valorando la calidad de vida así como también la ansiedad y depresión en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. Se obtendrán interesantes resultados, a través de la Observación Clínica, la Historia Clínica, el Cuestionario sobre la Calidad de Vida: Satisfacción y Placer, mismo que permitirán evaluar la calidad de vida experimentada por el sujeto en distintas áreas del funcionamiento cotidiano. La escala de Ansiedad de Hamilton servirá para medir la ansiedad y el Inventario de Depresión de Beck para medir la depresión.

3.4. Procedimiento

La investigación será elaborada, procesada y sistematizada de la siguiente manera:

- ✓ Investigación bibliográfica.
- ✓ Construcción del marco contextual
- ✓ Elaboración del marco teórico
- ✓ Construcción del diseño metodológico.
- ✓ Redacción y presentación del borrador de lo anterior.
- ✓ Aplicación de instrumentos de investigación.
- ✓ Tabulación de datos.
- ✓ Procesamiento de datos.
- ✓ Redacción de la ejecución y propuesta de la tesis.
- ✓ Defensa y exposición

CAPITULO IV

4.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1.- Tabulación e interpretación de datos

ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.

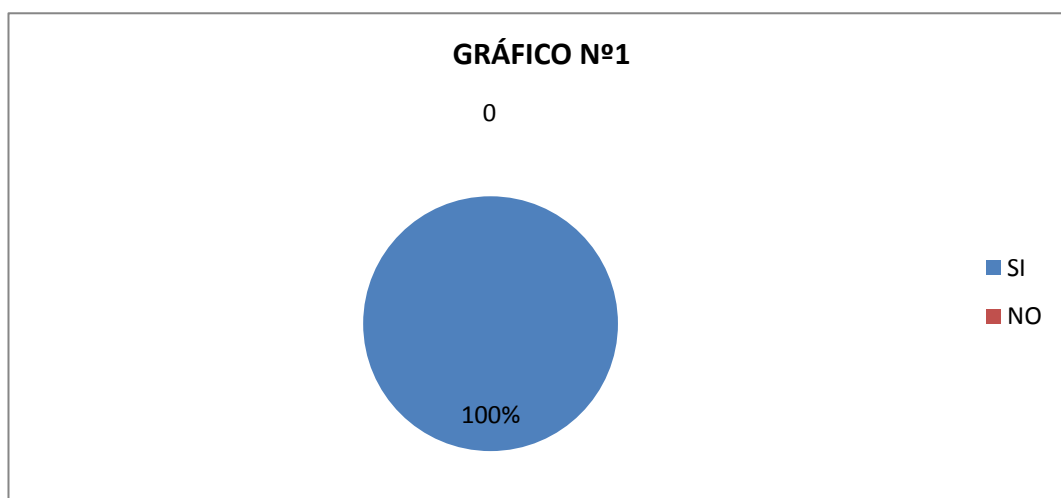
1.) ¿Usted padece de diabetes mellitus?

CUADRO N°3

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	172	100%
NO	0	0%
TOTAL	172	100%

Elaborado por: Laila Rachel Oviedo Castro

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus en el Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo



ANALISIS: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 100% que representa a los 172 pacientes encuestados, padecen de diabetes mellitus.

INTERPRETACION: La muestra nos indica que todos los pacientes encuestados padecen de diabetes mellitus, enfermedad que está afectando en su vida tanto en la salud, emocionalmente, psicológicamente y físicamente.

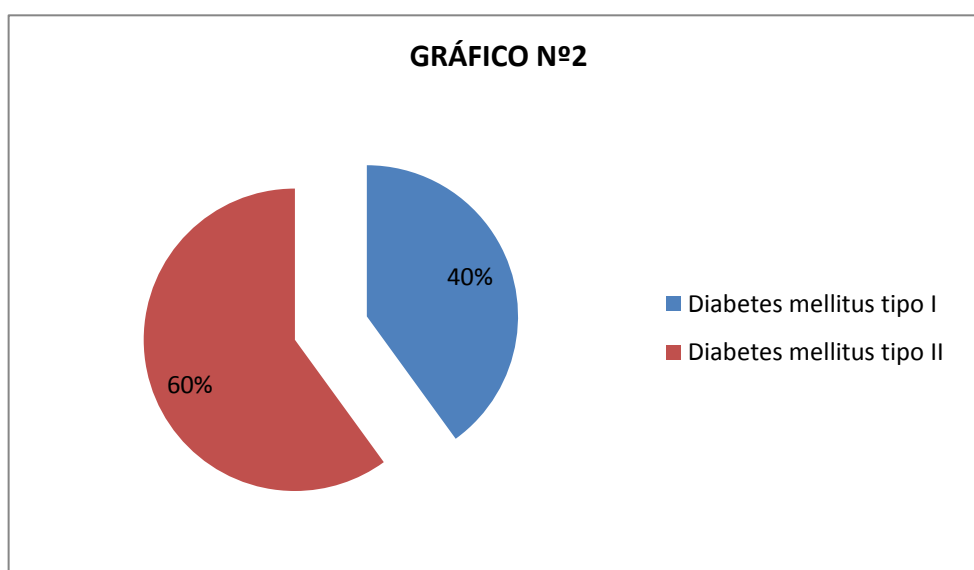
2.) ¿Qué tipo de diabetes mellitus padece usted?

CUADRO N°4

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diabetes mellitus tipo I	69	40%
Diabetes mellitus tipo II	103	60%
TOTAL	172	100%

Elaborado por: Laila Rachel Oviedo Castro

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus en el Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo



ANÁLISIS: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 40% que representa a los 69 pacientes encuestados, padecen de diabetes mellitus tipo I. El 60% que representa a los 103 pacientes encuestados manifiestan que padecen de diabetes mellitus tipo II.

INTERPRETACION: La muestra nos indica que un porcentaje considerable de los pacientes encuestados padecen la diabetes tipo I, pero casi la mayoría de los pacientes encuestados padecen la diabetes mellitus tipo II, es decir que en la mayoría de los caso los pacientes presenta más la DM2 caso que amerita mucho cuidado porque son pacientes que padecen de obesidad.

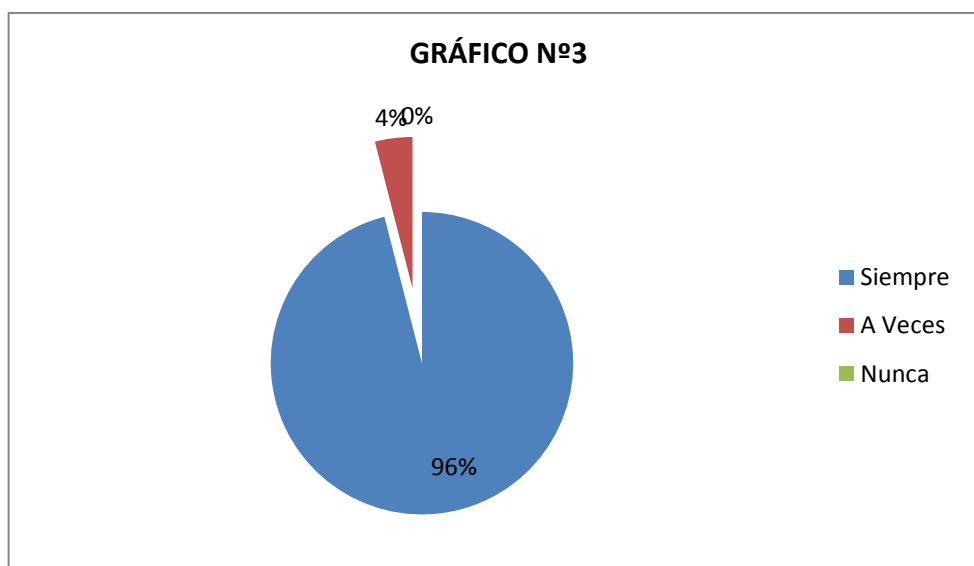
3.) ¿Con qué frecuencia se controla usted los valores de glucosa?

CUADRO N°5

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	165	96%
A veces	7	4%
Nunca	0	0%
TOTAL	172	100%

Elaborado por: Laila Rachel Oviedo Castro

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus en el Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo



ANÁLISIS: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 96% que representa a los 165 pacientes encuestados, manifiestan que siempre se controlan los valores de glucosa. El 4% que representa a los 7 pacientes encuestados manifiestan que a veces se controlan los valores de glucosa.

INTERPRETACION: La muestra nos indica que un porcentaje considerable de los pacientes encuestados se controlan los valores de glucosa, pero un porcentaje mínimo no controla sus valores de glucosa, lo que se deduce que en su mayoría los pacientes se preocupan por su salud, pero hay que tener cuidado con aquellos pacientes que no se preocupan por su bienestar.

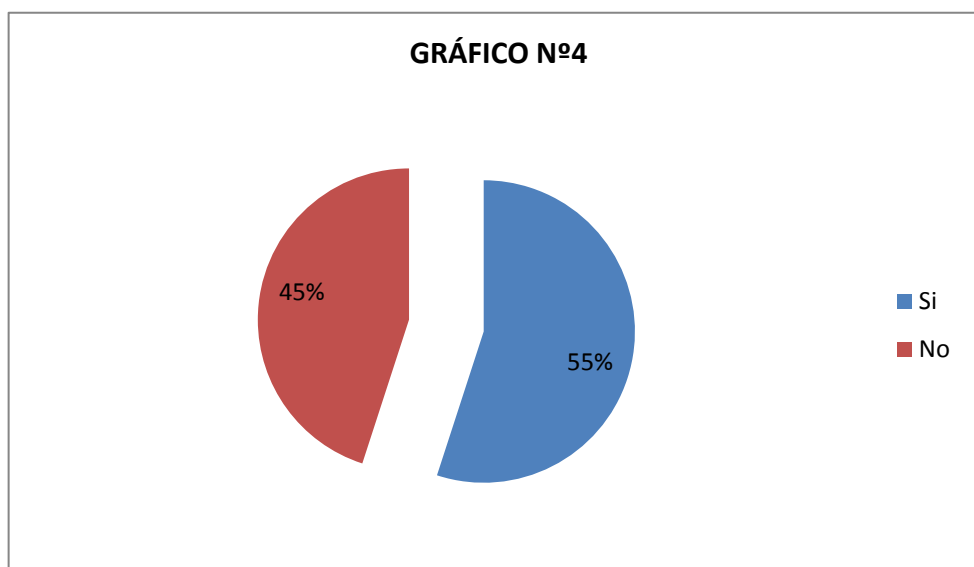
4.) Se chequea usted los valores de la glucosa solo en el Hospital del IESS de Babahoyo?

CUADRO N°6

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	95	55%
No	77	45%
TOTAL	172	100%

Elaborado por: Laila Rachel Oviedo Castro

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus en el Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo



ANÁLISIS: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 55% que representa a los 95 pacientes encuestados, manifiestan que solo se controlan los valores de glucosa en el IESS. El 45% que representa a los 77 pacientes encuestados manifiestan que no solo se controlan en el IESS.

INTERPRETACIÓN: La muestra nos indica que en su mayoría de los pacientes encuestados solo se controlan los valores de glucosa en el IESS, pero un porcentaje considerable no solo controla sus valores de glucosa en el IESS, lo que se deduce que se tiene que indicar a los pacientes que regularmente deben chequear sus valores de glucosa.

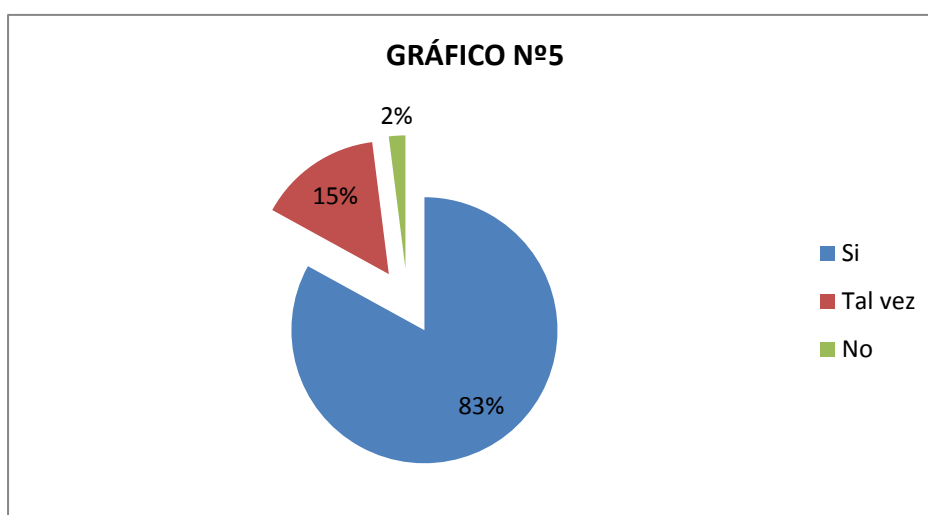
5.) ¿Antes de ser declarado paciente con diabetes mellitus usted se encontraba en un buen estado emocional?

CUADRO N°7

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	144	83%
Tal vez	25	15%
No	3	2%
TOTAL	172	100%

Elaborado por: Laila Rachel Oviedo Castro

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus en el Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo



ANÁLISIS: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 83% que representa a 144 pacientes encuestados, manifiestan que se encontraba en un buen estado emocional cuando fueron declarados pacientes con diabetes mellitus, el 15% que tal vez no se encontraban en un buen estado de ánimo, y el 2 % que no se encontraban en un buen estado de ánimo.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de los encuestados manifestaron que se encontraban con un buen estado de ánimo lo que se deduce que esta enfermedad afecto a su estado emocional.

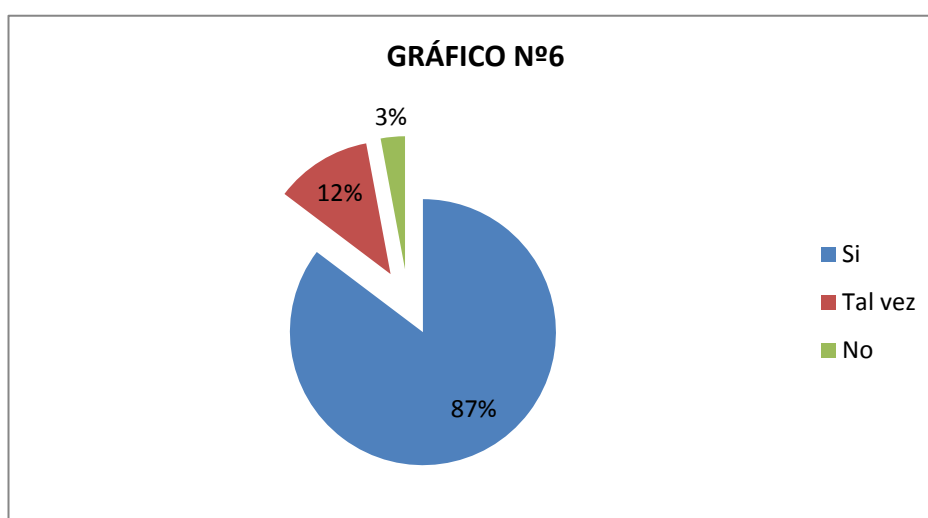
6.) ¿Cree usted que esta enfermedad le ha afectado psicológicamente?

CUADRO N°8

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	150	87%
Tal vez	20	12%
No	2	3%
TOTAL	172	100%

Elaborado por: Laila Rachel Oviedo Castro

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus en el Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo



ANALISIS: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 87% que representa a 150 pacientes encuestados, manifiestan que esta enfermedad si les ha afectado psicológicamente, el 12% que tal vez no se les ha afectado y el 3% que no les ha afectado psicológicamente.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de los encuestados manifestaron que al padecer esta enfermedad han tenido problemas psicológicos, lo que se deduce que esta enfermedad causa impactos psicológicos los cuales deben ser tratados con mucha relevancia e interés.

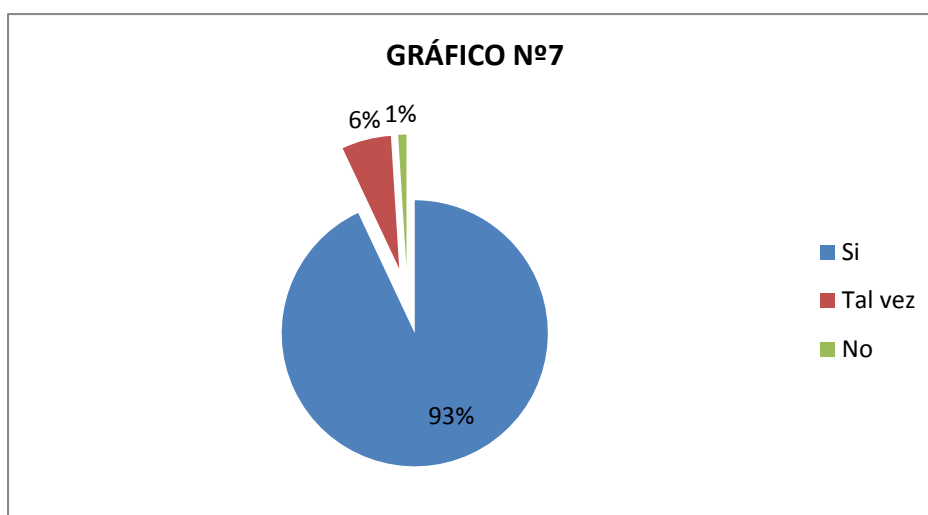
7.) ¿Piensa usted que la depresión es uno de los factores que padecen los pacientes con diabetes mellitus?

CUADRO N°9

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	160	93%
Tal vez	11	6%
No	1	1%
TOTAL	172	100%

Elaborado por: Laila Rachel Oviedo Castro

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus en el Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo



ANÁLISIS: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 93% que representa a 160 pacientes encuestados, manifiestan que la depresión es uno de los factores que padecen los pacientes con diabetes mellitus, el 6% que representa a 11 encuestados que tal vez la depresión es uno de los factores, el 1% que representa a una persona encuestada que no es uno de los factores.

INTERPRETACIÓN: Casi la mayoría de los encuestados manifestaron que la depresión es uno de los factores que padecen los pacientes DM, lo que deduce que un factor al que hay que tener mucho cuidado porque podría acelerar la enfermedad con mucha rapidez.

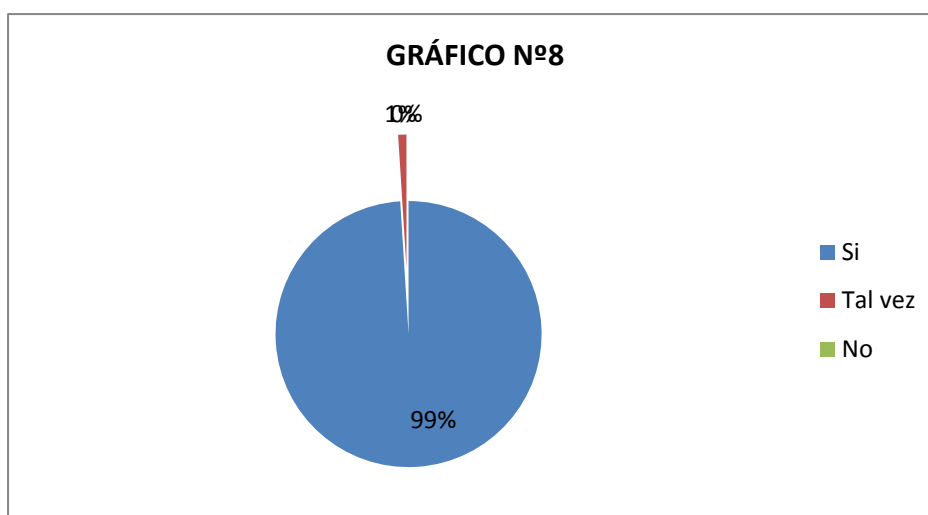
8.) ¿Cree usted que uno de los síntomas que más padecen los pacientes con diabetes mellitus es la ansiedad?

CUADRO N°10

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	170	99%
Tal vez	2	1%
No	0	0%
TOTAL	172	100%

Elaborado por: Laila Rachel Oviedo Castro

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus en el Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo



ANÁLISIS: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 99% que representa a 170 pacientes encuestados, manifiestan que se la ansiedad es uno de los síntomas que más padecen los pacientes con diabetes mellitus, el 1% que representa a 2 encuestados que tal vez la ansiedad es uno de los síntomas más frecuente.

INTERPRETACIÓN: Casi la mayoría de los encuestados manifestaron que la ansiedad es uno de los síntomas que más padecen los pacientes DM, lo que deduce que es uno de los síntomas que más prevalece en esta enfermedad.

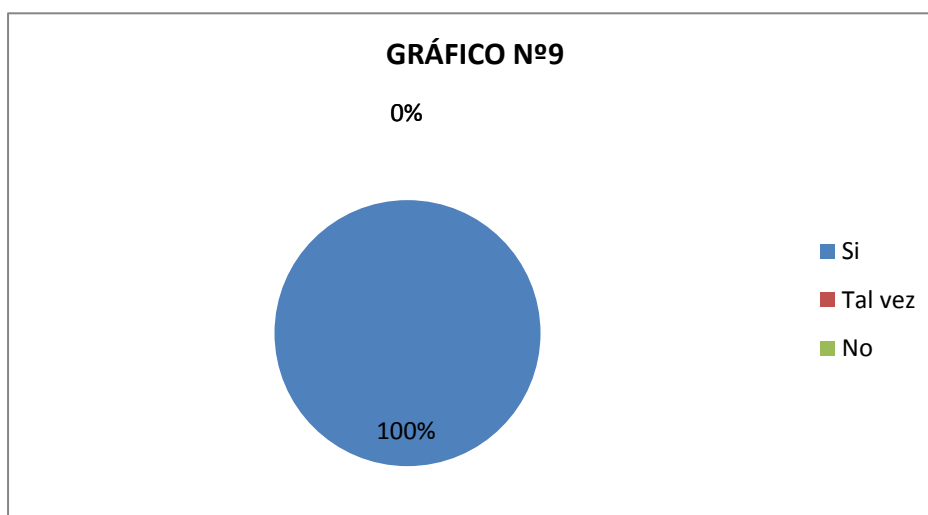
9.) ¿Usted al ser diagnosticado un paciente con diabetes mellitus tuvo el apoyo de sus familiares?

CUADRO N°11

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	172	100%
A veces	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	172	100%

Elaborado por: Laila Rachel Oviedo Castro

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus en el Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo



ANÁLISIS: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 100%, que representa a los 172 pacientes encuestados manifiestan que tuvieron el apoyo de sus familiares cuando le diagnosticaron la enfermedad.

INTERPRETACIÓN: Todos los pacientes con diabetes mellitus tuvieron el apoyo de sus familiares factor muy importante para que ayuden a la persona que padece esta enfermedad a llevarla con tranquilidad para que a su vez siga las instrucciones indicadas por su médico.

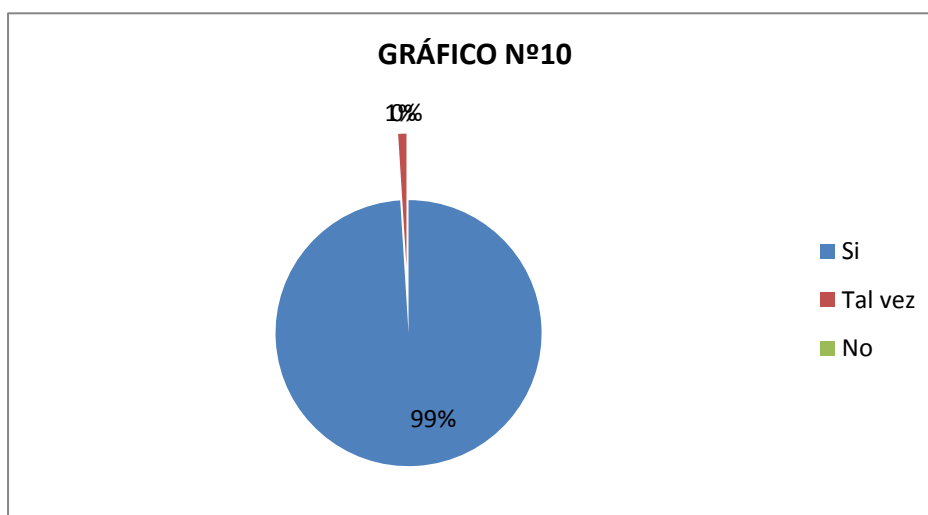
10. ¿Cree usted que el Hospital del IESS deba organizar campañas de salud comunitarias donde se ofrezcan charlas sobre la diabetes, los hábitos de vida que se deben llevar?

CUADRO N°12

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	171	99%
Tal vez	1	1%
No	0	0%
TOTAL	172	100%

Elaborado por: Laila Rachel Oviedo Castro

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus en el Hospital del IESS de la ciudad de Babahoyo



ANALISIS: Los resultados obtenidos en el gráfico manifiestan que el 99% de los pacientes encuestados si están de acuerdo en que se debería impartir campañas de salud comunitaria donde se ofrezcan charlas sobre la diabetes, los hábitos de vida que deben llevar, pero el 1% manifiesta que quizás se debería impartir campañas de salud comunitaria

INTERPRETACIÓN: Casi la mayoría de los encuestados manifestaron que están de acuerdo que se realicen campañas de salud comunitaria donde se ofrezcan charlas sobre la diabetes, los hábitos de vida que deben llevar, aspecto que es muy importante ya que darían a conocer aspectos muy relevantes acerca de la enfermedad.

4.2.- COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DE HIPÓTESIS

Después de la investigación de campo se comprobó que:

La primera hipótesis: La cual que identificando la técnica más específica para determinar con una evaluación psicológica se determinen los impactos psicológicos en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. Resultó efectiva, ya que los profesionales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Babahoyo que atienden a pacientes diabéticos encuestados manifiestan que considera que el método para determinar la afectación Psicológica debe ser confiable.

En relación a la segunda hipótesis: Que la ayuda familiar contribuirá positivamente al tratamiento del paciente con diabetes mellitus.

4.3.- CONCLUSIONES

Del estudio de los impactos psicológicos en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Babahoyo se concluye que: La atención psicológica a pacientes con Diabetes Mellitus es eficaz en la modificación de la calidad de vida como también en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión.

La calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus que no asisten a una atención psicológica se caracteriza por: Estado de salud física grave, estado de ánimo (ansiedad moderada, depresión moderada a grave), falta de organización de su tiempo libre; y, mayor prevalencia en género femenino, en comparación con el grupo que recibe una asistencia psicológica los cuales tienen un menor impacto en las áreas antes mencionadas mejorando así su calidad de vida.

El diagnóstico que sobresale en los pacientes del grupo controles es el de una depresión moderada sin descartar los pacientes con sintomatología grave que también se presentaron en el estudio.

Mediante los resultados obtenidos luego de ser aplicada la escala de ansiedad de Hamilton para determinar el nivel de ansiedad se logró demostrar que los pacientes del grupo control presentan un 30% ansiedad grave.

Por lo expuesto anteriormente se diseñó un Modelo de Intervención Psicológico encaminado a la intervención individual y familiar pretendiendo dar al paciente y a la familia las herramientas necesarias para reconocerse a sí mismo, aceptarse, valorarse y adherirse al tratamiento; dando como resultado el mejoramiento en su calidad de vida, evitando complicaciones posteriores como la hipoglucemia, enfermedades coronarias entre otras; incluso previniendo discapacidades físicas (pie

diabético, pérdida de la visión, etc.) las cuales alteran la vida normal de las personas y la de sus familiares.

4.4.- RECOMENDACIONES

Dar la importancia a la creación de grupos de apoyo en las unidades de Salud de nuestro país, las mismas que permitirán el mejoramiento de forma global de la calidad de vida del paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Crear espacios físicos para la realización de las terapias psicoterapéuticas tanto grupal como individual que permitan al paciente sentirse cómodo al momento de la realización de las terapias.

Elaboración de un protocolo de intervención específico para el desarrollo integral de la persona con Diabetes Mellitus, apoyando proyectos locales de gestión comunitaria y socio-cultural para el desarrollo integral de la familia y la comunidad en general. Hablamos aquí de:

Talleres de crecimiento personal entre los principales serian:

- 1) Manejo del estrés en el paciente con Diabetes Mellitus.
- 2) Aprendiendo a convivir con la enfermedad.
- 3) Familia y Diabetes Mellitus.
- 4) Actividades comunitarias para la integración familiar y social.
- 5) Promoción en intervención primaria en Diabetes Mellitus para evitar altos índices de esta enfermedad en el futuro.

CAPÍTULO V

5.- PROPUESTA ALTERNATIVA

Implementar programas de capacitación y talleres permanentes a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Babahoyo.

5.1.- Presentación

La capacitación a pacientes con Diabetes Mellitus por parte del personal de psicólogos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Babahoyo es muy necesario e importante ya que se comparte sus saberes lo que motiva y fortalece al paciente y familiares, para prevenir, controlar o retardar las complicaciones de la enfermedad.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que cuando es diagnosticada es irreversible, lo más saludable es la prevención Secundaria y terciaria de acuerdo al proceso de cuidados que recibe el paciente tanto del personal de médicos como de parte de los familiares.

5.2.-OBJETIVOS

5.2.1.- Objetivo general

Realizar Programas de capacitación y talleres permanentes a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Babahoyo.

5.2.2.- Objetivos específicos

- ✓ Elevar el conocimiento sobre el proceso de atención por parte del personal de enfermería en pacientes con Diabetes y familiares.
- ✓ Contribuir a mejorar la calidad de vida en los pacientes.

5.3.-CONTENIDOS

El proceso de atención a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus permitirá prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados del paciente, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo tratamiento configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

Valoración: es la primera fase del proceso que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico médico: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: comparar las respuestas de las persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

La Diabetes Mellitus se caracteriza por el fracaso en la secreción de insulina por parte del páncreas. Constituye la misma un trastorno primario heterogéneo del metabolismo de los carbohidratos con múltiples factores etiológicos que suelen incluir una deficiente resistencia o ambos, absoluta

o relativa de los Islotes de Langerhans del páncreas conllevando a un estado de hiperglicemia. Este desequilibrio origina alteraciones en el metabolismo.

5.4.- DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA

Al plantearnos la propuesta de implementar programas de capacitación y talleres permanentes a pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Babahoyo. Consideramos los siguientes componentes.

- ✓ Presentación y aprobación de la propuesta.
- ✓ Coordinar acciones con los Directivos del hospital
- ✓ Coordinar acciones con el personal medico
- ✓ Elaboración y preparación del material didáctico
- ✓ Elaboración de cronogramas de charlas y talleres educativos.
- ✓ Ejecución de la propuesta.

5.5.- RECURSOS HUMANOS

- ✓ Personal de Psicólogos
- ✓ Pacientes con Diabetes Mellitus
- ✓ Familiares de los pacientes con diabetes Mellitus

5.6.- CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA

ACTIVIDAD	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Definición del tema	x	x																										
Elaboración de Objetivos			x	x																								
Encuestas a pacientes					x	x																						
Investigación de Información							x	x																				
Elaboración y presentación de la tesis									x	x			x	x														
Desarrollo de la tesis																	x	x	x	x								
Revisión de tesis																					x	x						
Entrega y sustentación de tesis																											x	x

CAPÍTULO VI

6.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Alemzadeh R, Ali O. (2011) Diabetes Mellitus Nelson textbook of pediatrics.Philadelphia. Editorial Elsevier 19th ed.
- 2.- American Diabetes Association. (2004) Reporte del diagnóstico y clasificación de la Diabetes Mellitus.Diabetes Care ;21(Suppl. 1):S5-S19.
- 3.- American Diabetes Association. (2011) Standards of medical care in Diabetes Diabetes care Suppl 34. Págs 11-61.
- 4.- CALVIÑO, Manuel. (2012): Orientación Psicológica, Esquema Referencial de alternativa múltiple, Guayaquil –Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas de la U.G.
- 5.- Grimaldo M. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Pensamiento Psicológico, 8 (15) ,17-38. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80115648003>
- 6.- Correa, J. (2008). Auto concepto de la Diabetes Mellitus en pacientes que asisten a la clínica de atención integral en el centro de salud Jorge Sinforoso Bravo. Municipio de Granada. Período octubre – diciembre 2008.
- 7.- Altamirano Z. (2008). Calidad de vida y satisfacción familiar en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Central FAP. Tesis para optar el grado de Magister. UNMSM. Lima.

8.- Ministerio de Salud Pública, La Diabetes es la segunda causa de muerte general en el país Martes, periódico Mi Salud, publicado el 11 de Octubre de 2011, Ecuador.

9.- El Comercio. Diabetes afecta a 800.00 personas en Ecuador, Organización Panamericana de la salud, lunes 14 de noviembre del 2011.

10.- Ingrid Arrieta, Neuropatía diabética diagnóstico, publicado en el 2012, <http://diabetesmedica.com/neuropatia-diabetica/neuropatia-diabetica-diagnostico/120>

CAPÍTULO VII

ANEXOS

ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD DE BABAHOYO.

1.) ¿Usted padece de diabetes mellitus?

Si () No ()

2.) ¿Qué tipo de diabetes mellitus padece usted?

Diabetes mellitus tipo I () Diabetes mellitus tipo II ()

3.) ¿Se controla usted los valores de glucosa con regularidad?

Siempre () A veces () Nunca ()

4.) ¿Se chequea usted los valores de la glucosa solo en el Hospital del IESS de Babahoyo?

Siempre () A veces () Nunca ()

5.) ¿Antes de ser declarado paciente con diabetes mellitus usted se encontraba en un buen estado emocional?

Si () Tal vez () No ()

6.) ¿Cree usted que esta enfermedad le ha afectado psicológicamente?

Si () Tal vez () No ()

7.) ¿Piensa usted que la depresión es uno de los factores que padecen los pacientes con diabetes mellitus?

Si () Tal vez () No ()

8.) ¿Cree usted que uno de los síntomas que más padecen los pacientes con diabetes mellitus es la ansiedad?

Si () Tal vez () No ()

9.) ¿Usted al ser diagnosticado un paciente con diabetes mellitus tuvo el apoyo de sus familiares?

Siempre () A veces () Nunca ()

10.) ¿Cree usted que el Hospital del IESS deba organizar campañas de salud comunitarias donde se ofrezcan charlas sobre la diabetes, los hábitos de vida que se deben llevar?

Si () Tal vez () No ()

Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre del paciente: _____

Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____

1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	

	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	

	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos generales (musculares)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovasculares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	

	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	

	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13 Síntomas autonómicos	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14 Conducta durante la entrevista	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

**TEST DE DEPRESION DE AARON T. BECK
HOJA DE RESPUESTA**

Señor Señora: Señorita:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Lea con atención cada una de ellas. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que hayas elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considera aplicable a su caso, marque la también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

Por favor, registre sus datos.

Nombre:

Edad:

Fecha:

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | 0 | No me siento triste. |
| | 1 | Me siento triste. |
| | 2 | Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. |
| | 3 | Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. |
| 2 | 0 | No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. |
| | 1 | Me siento desanimado de Cara al futuro. |
| | 2 | Siento que no hay nada por lo que luchar. |
| | 3 | El futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran. |
| 3 | 0 | No me siento como un fracasado. |
| | 1 | He fracasado más que la mayoría de las personas. |
| | 2 | Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro. |
| | 3 | Soy un fracaso total como persona. |
| 4 | 0 | Las cosas me satisfacen tanto como antes. |
| | 1 | No disfruto de las cosas tanto como antes. |
| | 2 | Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas. |
| | 3 | Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo. |
| 5 | 0 | No me siento especialmente culpable. |
| | 1 | Me siento culpable en bastantes ocasiones. |
| | 2 | Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. |
| | 3 | Me siento culpable constantemente. |
| 6 | 0 | No creo que este siendo castigado. |
| | 1 | Siento que quizás esté siendo castigado. |
| | 2 | Espero ser castigado. |
| | 3 | Siento que estoy siendo castigado. |
| 7 | 0 | No estoy descontento de mí mismo. |
| | 1 | Estoy descontento de mí mismo. |
| | 2 | Estoy a disgusto conmigo mismo. |
| | 3 | Me detesto. |

- 8 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2 Continuamente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9 0 No tengo ningún sentimiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme pero no lo hare.
2 Desearía poner fin a mi vida.
3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10 0 No lloro más de lo normal.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11 0 No estoy especialmente irritado.
1 Me molesto e irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado continuamente.
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12 0 No he perdido el interés por los demos.
1 Estoy menos interesado en los demos que antes.
2 He perdido gran parte del interés por los demos.
3 He perdido todo interés por los demos.
- 13 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Me es imposible tomar decisiones.
- 14 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16 0 Duermo tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17 0 No me siento más cansado de lo normal.

- 1 Me canso más que antes.
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18 0 Mi apetito no ha disminuido.
 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 3 He perdido completamente el apetito.
- 19 0 No he perdido peso Últimamente. Estoy tratando intencionalmente
 1 He perdido más de 2 kilos. de perder peso comiendo menos.
 2 He perdido más de 4 kilos. Si No.....
 3 He perdido más de 7 kilos.
- 20 0 No estoy preocupado por mi salud.
 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de
 2 estómago o catarros
 3 Me preocupan las enfermedades y resulta difícil pensar en otras
 cosas. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy
 incapaz de pensar en otras cosas.
- 21 0 No he observado ningún cambio en el interés por el sexo.
 1 La relación sexual me atrae menos que antes.
 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
 3 He perdido totalmente el interés sexual.

6-TOPOGRAFIA HABITACIONAL:

7-ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES:

8-HISTORIA EVOLUTIVA: ANAMNESIS

AFECTIVIDAD:

PARTO:

LACTANCIA:

MARCHA:

LENGUAJE:

CRISIS VITALES:

CRISIS EXISTENCIALES:

9-ESCOLARIDAD: (PRIMERA INFANCIA)

10-ADAPATACIÒN ESCOLAR:

11-RELACIONES INTERPERSONALES:

12-ADAPTACIÒN SOCIAL:

13-JUEGOS:

14-CONDUCTA SEXUAL:

15-ACTIVIDAD ONÌRICA:

16-HECHOS TRAUMATIZANTES:

17-ADOLESCENCIA Y MADUREZ:

18-APARICIÒN DE LOS CARACTÈRES SEXUALES:

19-CONDUCTA SEXUAL:

20-ACTIVIDAD ONÌRICA:

21-ADAPTACIÒN SOCIAL:

22-ADAPTACIÒN FAMILIAR:

23-RELACIONES INTRAFAMILIARES:

24-ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES:

25-PENSAMIENTO:

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

CURSO DEL PENSAMIENTO:

26-LENGUAJE:

DINÀMICO:

DIFERENCIAL:

ESTRUCTURAL:

29-PRONÒSTICO:





