

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Psicología



Protocolo para optar a Licenciatura de Psicología

Tema:

Afectaciones psicológicas y estilo de afrontamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus en el Hospital Nuevo Amanecer de la ciudad de Bilwi, Puerto Cabezas el año 2013.

Integrantes:

Yeimy Bordas Palmer.

Yunielka Fernández

Tutor: Dr. Alberto Berrios

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Berrios', written over a horizontal line.

Asesor metodológico: Lic. Ever Téllez

Martes 12 de mayo de 2015

“A la libertad por la Universidad”

Índice de contenido

Introducción-----	1
Antecedentes-----	3
Planteamiento del problema-----	9
Justificación-----	12
Objetivos-----	14
Marco Teórico-----	15
Materiales y Métodos-----	37
Resultados-----	44
Discusión de los resultados-----	50
Conclusiones-----	53
Recomendaciones-----	54
Referencia bibliográfica-----	56
Apéndice-----	59

Índice de tablas

Tabla 1. Epi info, Programa Estadístico para determinar muestra -----	38
Tabla 2. Posibles sesgos y su control-----	40
Tabla 3. Operacionalizacion de las variables de estudio-----	43
Tabla 4. Datos sociodemográficos de los pacientes diabéticos que asisten al Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi-----	44
Tabla 5. Nivel de estrés en pacientes diabéticos que asisten al Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi-----	45
Tabla 6. Representación de Depresión en pacientes diabéticos que asisten al Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi.-----	46
Tabla 7. Presencia de ansiedad en pacientes diabéticos que asisten al Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi.-----	47
Tabla 9. Estilo de afrontamiento utilizado por pacientes diabéticos que asisten al Hospital Nuevo Amanecer contra esta enfermedad.-----	48
Tabla 10. Relación entre el las afectaciones psicológicas y el estilo de afrontamiento en pacientes diabéticos que asisten al hospital nuevo amanecer de Bilwi-----	49

Dedicatoria

A Dios todo poderoso por darme sabiduría y fuerza necesaria para poder llegar a culminar esta etapa de mi vida con éxito.

A mis padres Caroline y Bladimir por brindarme su amor, comprensión y apoyo incondicional en los momentos más importantes de mi vida, gracias por confiar en mi e impulsarme a seguir adelante.

A mi abuela Elgreth Marley por tenerme siempre en sus oraciones y por el inmenso amor que me ha brindado en todo momento gracias por ser mi mayor motivo de superación.

De ultimo pero no menos importante, a mi tía Clementina, tía Glenda, y mi amiga Jazmín que estuvieron conmigo cuando decide emprender este reto, pero no están ya conmigo en el final de este camino, las llevo en mi alma, gracias por haber existido en mi vida.

Yeimy Carolina Bordas Palmer

Agradecimiento

Al dador de la vida por darme la fortaleza necesaria para cumplir mis metas en la vida.

A mis padres y familiares por estar siempre dispuestos a ofrecerme su ayuda, escucharme y aconsejarme en los momentos en que me sentí desvanecer, gracias por estar junto a mí en este peldaño gateado.

Inmenso agradecimiento hacia mis tutores Dr. Alberto Berríos y asesor metodológico Lic. Ever Téllez por obsequiarme su valioso tiempo, mil gracias por compartir sus sabios conocimientos con mi persona.

A mí prometido Farit Sayas y amigos por ofrecerme palabras de aliento para salir adelante y brindarme un abrazo o una sonrisa cuando me encontré sola en una ciudad que a la cual no pertenecía.

Weimy Carolina Bordas Palmer

Agradecimiento

Agradezco a Dios sobre toda las cosas por la salud, la vida y por permitirme el privilegio de contar con personas que siempre estuvieron apoyándome y colaborando para que culminara su realización.

A mis padres Juan Fernández y Alejandrina Duarte por ser ellos quienes están apoyándome siempre en todo.

A mis hermanos y demás familiares por estar siempre pendiente de mí.

A mis Docentes / Tutor por su tiempo brindado y su apoyo incondicional.

Al Hospital Puerto Cabeza por su apoyo al brindar la información necesaria y así poder llevar acabo su realización.

Yunielka Fernández Duarte

Dedicatoria

Agradezco a Dios sobre toda las cosas por este logro obtenido.

A mis padres Juan Fernández, Alejandrina Duarte por ser las personas que más amo y las que han estado conmigo siempre apoyándome en todo y cada momento.

A mis hermanos por su apoyo, por estar pendiente de mí.

A mi prometido Howard Enríquez y amigos por estar instándome a vencer cada obstáculo, demostrándome su cariño.

A mis tutores Dr. Alberto Berrios y asesor metodológico Lic. Ever Téllez por su apoyo incondicional.

Yunielka Fernández Duarte

Resumen

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad que incide en la población general, Se estima que 10 de cada 100 nicaragüenses padecen esta enfermedad que desde el 2009 se posiciona como la segunda causa de muerte en adultos en nuestro país, Según la OMS, esta problemática afecta alrededor de 130 millones de personas en el mundo, dicho problema está presente en la región Atlántica norte de Nicaragua, así encontramos que en el Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi, la situación emocional de los pacientes con DM en la ciudad de Bilwi, es actualmente desconocida, en este sentido hemos establecido comunicación con las autoridades del Hospital “Nuevo Amanecer de Bilwi”, es evidente que el diagnóstico y la primera comunicación de la noticia de la enfermedad genera una serie de eventos psicológicos y sociales importantes que hasta ahora no han sido debidamente estudiados. El objetivos General de nuestro estudio es “Determinar las principales afecciones psicológicas y los estilos de afrontamientos en pacientes diagnosticados con Diabetes en el Hospital Nuevo Amanecer de la Cuidad de Bilwi Puerto Cabezas en el año 2013”,entre los Especifico, Describir las características socio demográficas, Identificar las principales afectaciones psicológicas que padecen los pacientes, Detallar estilos de afrontamiento utilizados por pacientes, Establecer relación entre las afectaciones psicológicas y estilos de afrontamiento. Nuestro estudio es de Tipo Descriptivo, nuestra Área de estudio es el Hospital Nuevo Amanecer Bilwi y la Unidad de análisis son los Pacientes con DM del Hospital Nuevo Amanecer Bilwi Puerto Cabezas en el año 2013,

el Universo de estudio son 110 pacientes diagnosticados con DM de los cuales 81 son del sexo femenino y 29 restante son del sexo masculino, para obtener los resultados se utilizó el test de Beck que mide la depresión consta de 21 ítems, el test de ansiedad de Beck, para medir ansiedad, para la variable estrés, se utilizó la escala de trauma de Davidson la cual consta de 17 preguntas y la Escala de estrategias de afrontamiento "Échelle Toulousaine de Coping", con 36 preguntas, toda la batería se contestan en una escala Likert. Como resultados tenemos que el sexo prevalente es el femenino de las edades de 7 a 82 años habitantes de la zona rural, Se encontró una alta presencia de estrés con un 67.2 % de pacientes con sintomatologías de DM, el 75.9 % de los afectados presentan sintomatologías depresivas, Se encontró un elevado estado ansioso en los pacientes Diabéticos localizándose 79.3% de sujetos afectados con esta patología, la mayoría de los pacientes diabéticos con presencia de estrés post trauma utilizan estilos de afrontamiento negativo, mientras que las personas con ansiedad y depresión utilizan un estilo de afrontamiento positivo, Relacionando las afectaciones psicológicas y los estilos de afrontamientos, se encontró que las personas que sufren de estrés post trauma mayormente utilizan un estilo de afrontamiento negativo, mientras que los pacientes con ansiedad y depresión prevalecen los estilos de afrontamiento positivos.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, afectaciones psicológicas, afrontamiento, hospital, diagnostico, relación, enfermedad, comunicación, población.

I. **Introducción**

La diabetes mellitus es una de las enfermedades que más inciden en la población general, debido a que en su presentación intervienen múltiples factores de riesgos, destacándose entre ellos la herencia y el medio ambiente. Su presentación puede ser abrupta o progresiva afectando a la persona de cualquier edad, sexo, raza, religión, condición socioeconómica, región o país.

Estudios posteriores arrojan que esta enfermedad desencadena múltiples problemas de salud mental, encontrándose entre las más comunes la depresión, estrés post- trauma y ansiedad.

Se estima que 10 de cada 100 nicaragüenses padecen esta enfermedad que desde el 2009 se posiciona como la segunda causa de muerte en adultos en nuestro país (Memoria, VI congreso de diabetología, Managua 2010).

Cuando se trata de controlar adecuadamente la Diabetes Mellitus, se logra impedir la aparición de complicaciones o reducir las existentes, mejorando la calidad de vida del diabético y familia prolongando su expectativa de vida. La utilización de adecuados estilos de afrontamiento juega un papel de suma importancia en el desarrollo de esta enfermedad ya que reduce de manera significativa los efectos psicológicos que provoca el hecho de recibir este diagnóstico (Wortman J, y Silver V, 2001).

El presente estudio se realizará con el fin de determinar las principales afectaciones psicológicas que llegan a presentar las personas que reciben el diagnóstico de esta enfermedad y la forma en que las personas afectadas lo afrontan, de la misma manera se trata de que se tomen en cuenta los aspectos psicológicos que desencadena el hecho de padecer esta enfermedad y disponer de los recursos y conocimientos necesarios para enfrentarlo.

II- Antecedentes

Una investigación realizada por el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud: División del Programa de Control de la Diabetes, en estados unidos reportan que en el año 2010, 25.8 millones de personas de todas las edades: (8.3% de la población estadounidense) tenían diabetes; ese mismo año, 1.9 millones de casos nuevos de diabetes fueron diagnosticados en personas de 20 años o más (Duarte, 2007).

En relación a la diabetes y su efectos psicológicos, una investigación realizada por Duarte (2007), informa que la Diabetes impacta la vida del que la padece dando paso a la posibilidad de que se presente de forma simultánea a la enfermedad, un trastorno psiquiátrico como la depresión.

(Oblitas, 2006), refiere que muchos de los pacientes con enfermedad crónica presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales entre las que destacan la depresión y la ansiedad, las que obviamente demandan tratamiento psicoterapéutico paralelo al tratamiento médico.

Un estudio de (Pineda, Bermúdez y Cano 2004), señalan que los niveles de depresión de pacientes adultos con diabetes tipo 2 confirman la co-morbilidad entre la depresión y la diabetes mellitus tipo 2. Ellos plantean la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con diabetes.

(Rodríguez, 2003), han concluido que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, aumenta el doble las posibilidades de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad.

Otra investigación que se ocupó de la “Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina” teniendo como objetivos realizar un diagnóstico preliminar de la calidad de la atención que reciben las personas con Diabetes Mellitus, en centros tributarios de la red QUALIDIAB y analizar el potencial de esta información y la importancia de la expansión de la red en América Latina y el Caribe, reportan que la mayoría de las personas con Diabetes Mellitus 1 están en el estrato de 16–35 años, aquellas con Diabetes Mellitus 2 están en el de 36–45 años. En ambos grupos, la antigüedad de la diabetes es mayoritariamente inferior a 5 años. También se verifica que muy pocos de ellos tienen relación con alguna asociación o grupo de pacientes con Diabetes Mellitus (Gagliardino, de la Hera, y Siri, 2001).

La secretaria de salud de México, en el año (2000) realizó una Encuesta nacional sobre prevalencia nacional de diabetes en México que tenía como objetivo: Mostrar la prevalencia de la diabetes mellitus y los factores asociados con esta enfermedad en adultos a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud, la cual arrojó los siguientes resultados: La prevalencia nacional de Diabetes Mellitus en adultos de 20 y más años de edad fue de 7.5%. En las mujeres fue de 7.8% y en los hombres de 7.2%. La prevalencia aumentó en relación directa con la edad, 2.3% antes de los 40 años y 21.2% después de los 60.

En la población urbana la prevalencia fue de 8.1% y en la rural de 6.5%. Mediante modelos de regresión logística multivariada, estratificados por sexo, se identificaron como variables asociadas con la presencia de Diabetes Mellitus la edad, la baja escolaridad, el antecedente familiar de Diabetes Mellitus y la coexistencia de hipertensión arterial, enfermedad renal o hipercolesterolemia en ambos sexos. La obesidad abdominal se relacionó con Diabetes Mellitus sólo en las mujeres; la residencia en una zona urbana se vinculó con Diabetes Mellitus exclusivamente en los hombres. Las acciones más fuertes se observaron con la edad, el antecedente familiar de Diabetes Mellitus y el micro albuminuria.

Antes del (2000), se registraron en América Latina y el Caribe alrededor de 20 millones de casos de diabetes de los cuales 45.000 morían cada año. Estudios han mostrado que de los diabéticos que van a consulta psicológica cerca del 20% acude por causa de la depresión y un número similar acude por problemas de ansiedad, dato que refleja la dificultad en el afrontamiento ante dicha afección (Jiménez y Dávila, 2005).

En el campo Nicaragüense existen Diversos estudios realizados se han centrado en los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes sobre la Diabetes Mellitus o bien sobre la evolución clínica de pacientes hospitalizados con Diabetes Mellitus; así Estrada en el (2010) realiza su tesis para optar al título de especialista en medicina interna, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre diabetes tenían los comerciantes del mercado de Masaya, concluyendo que hay mucho desconocimiento de la enfermedad que los lleva a asumir actitudes y prácticas inadecuadas lo que probablemente favorece la aparición de las complicaciones típicas de la diabetes.

Por su parte, (Sarria 2004-2008) en su tesis para optar al título de especialista en medicina interna, hizo una revisión de casos del 2004 al 2008 para conocer la evolución de los pacientes con pie Diabético atendidos por el servicio de medicina interna del Hospital Antonio Lenin Fonseca; concluyendo que la población afectada fue la mayor de 50 años, el sexo femenino fue el más afectado; pero el sexo masculino tuvo mayor severidad del pie diabético, predominando el grado de lesión tipo III de Wagner y solamente un 47% conservó la integridad del miembro afectado.

En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, López (2006), en su tesis para optar el título de especialista en medicina interna, estudió la evolución clínica de pacientes diabéticos tipo I y II hospitalizados, encontrando que mayoritariamente el sexo femenino fue el más afectado, la mayoría procedían del área urbana y los mayores de cincuenta años los que predominaron, se determinó una prevalencia de sobrepeso del 42% y la complicación más frecuente fue la nefropatía diabética con un 7%. Los factores de riesgo predominantes fueron: sedentarismo en 84% y dislipidemia en 80% de los pacientes, concluyendo que la evolución clínica de esos pacientes estudiados fue similar con otros estudios nacionales e internacionales.

(Martínez y Narváez, 2001), en su tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía, realizaron un estudio sobre “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de pacientes Diabéticos ante su enfermedad, en el centro de salud Carlos Rugama en 2000”; destacando que el grupo etáreo más afectado fue entre 48 y 67 años, un déficit educacional marcado sobre todo respecto a los medicamentos antidiabéticos, que una cuarta parte de los pacientes habían presentado complicaciones agudas o crónicas, el sexo femenino fue el más afectado y presentó más complicaciones; y que el nivel académico modificaba el conocimiento lo que a su vez modificaba las prácticas de los pacientes.

Como es posible notar en los antecedentes encontrados, que existen estudios realizados sobre la Diabetes Mellitus pero con un enfoque meramente médico desde esta observación surge nuestro interés por investigar el tema ya que consideramos que el área psicológica juega un papel muy importante en las complicaciones que se presentan en esta enfermedad, además de que no existen investigaciones que hablen de los estilos de afrontamientos que utilizan los pacientes diabéticos para enfrentarse a esta enfermedad.

III. Planteamiento del problema

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos.

Según la OMS, esta problemática afecta alrededor de 130 millones de personas en el mundo y está considerada como un serio problema de salud, siendo las edades más afectadas desde los 40 en adelante (Gagliardino, 2000).

Particularmente dicho problema de salud pública está presente en la región Atlántica norte de Nicaragua, así encontramos que en el Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi, existe un reporte de 116 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus registrado en el programa de crónicos entre los en los meses de enero a diciembre del 2013 de las cuales; 85 son mujeres y 31 son varones y la mayoría tiene entre 40 años a más (comunicación oral).

Un reporte de la prevalencia de diabetes mellitus en las cabeceras departamentales de Nicaragua, estima que la prevalencia de Diabetes Mellitus fue de 9.5%; y 6.1% resultaron ser pre diabéticos. Hubo un predominio de Diabetes en el sexo masculino (Universitas, 2014)

Especialmente en la ciudad de Bilwi, departamento de la Región Atlántica norte, el Sistema Local de Salud, SILAIS, reporta una prevalencia de Diabetes Mellitus equivalente a 114 diabéticos por cada 100,000 habitantes (comunicación oral, SILAIS, 2014).

En el caso de la RAAN, se evidencia falta de aplicabilidad al modelo de atención por los aspectos propios de la región, particularmente la cosmovisión de la salud-enfermedad., ya que tiene una perspectiva muy especial. Así que mientras la literatura científica recoge con gran trascendencia el efecto psicológico de las personas que padecen dicha enfermedad, como aspectos a destacar (factor genético, estilos de vida y el maltrato alimenticio, estos factores tienen una estrecha relación con la presencia de esta enfermedad). Considerando lo antes expuesto, observamos que en los pobladores de Bilwi, la dinámica de vida en donde prevalece la vida sedentaria de estas personas, limitados a trabajar en la pesca, casa, tala, agricultura, y en el caso de las mujeres la mayoría permanecen en la casa encargada del que hacer doméstico, son factores muy especiales a tomar en cuenta para estudiar dicho impacto en dicha población con sus propias particularidades.

Para contrarrestar los efectos de la diabetes los pobladores de la costa atlántica optan por utilizar la medicina tradicional. Su metodología parte de explicar el sentido holístico de la vida. Los agentes tradicionales de salud asumen su rol como un don divino y basan su intervención en la restitución del equilibrio con rituales y plantas medicinales.

Por los motivos antes mencionados se plantea la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuáles son las afectaciones psicológicas y los estilos de afrontamientos que tienen los pacientes diagnosticados con Diabetes en el hospital nuevo Amanecer de la Ciudad de Bilwi Puerto Cabezas en el año 2013?

IV. Justificación

En vista de que la diabetes mellitus es una enfermedad que afecta a una gran cantidad de personas y es muy común en nuestro medio social, se considera importante conocer la manera en que las personas diagnosticadas se ven afectadas psicológicamente y de igual forma indagar cómo logran manejar esta situación y las repercusiones emocionales que conlleva. Por ello nos proponemos realizar esta investigación para profundizar sobre este tema y aportar información sobre las afectaciones psicológicas más comunes y los estilos de afrontamientos que usan los pacientes Diabéticos para superar esta problemática.

La situación emocional de los pacientes con diabetes mellitus en la ciudad de Bilwi, es actualmente desconocida tanto en manifestación como su trascendencia, en este sentido hemos establecido comunicación con las autoridades del Hospital “Nuevo Amanecer de Bilwi”, Puerto Cabezas, particularmente es evidente que el diagnóstico y la primera comunicación de la noticia de la enfermedad genera una serie de eventos psicológicos y sociales importantes que hasta ahora no han sido debidamente estudiados.

Con la realización de esta investigación se pretende contribuir al enriquecimiento de la literatura sobre el tema, así como punto de partida para la creación de programas de intervención psicológica que beneficien a estos pacientes en la asimilación y manejo de la enfermedad, por parte de las autoridades del centro hospitalario, a quienes se les entregará una copia de la investigación realizada.

Esta investigación puede servir además, de base para estudios posteriores interesados en profundizar la temática en donde se puedan utilizar otro tipo de metodología como por ejemplo los estudios cualitativos. Se considera que la presente investigación es viable debido a que se cuenta con el consentimiento y apoyo de la dirección del centro hospitalario nuevo amanecer de la ciudad de Puerto Cabezas, además tenemos la ventaja de ser originarias del lugar de estudio, lo cual facilita la comunicación (idioma) con los y las participantes.

V. Objetivos

➤ **General:**

Determinar las principales afectaciones psicológicas y los estilos de afrontamientos en pacientes diagnosticados con Diabetes en el Hospital Nuevo Amanecer de la Ciudad de Bilwi Puerto Cabezas en el año 2013.

➤ **Específico:**

1. Describir las características socio demográficas.
2. Identificar las principales afectaciones psicológicas que padecen los pacientes.
3. Detallar estilos de afrontamiento utilizados por pacientes.
4. Establecer relación entre las afectaciones psicológicas y estilos de afrontamiento.

VI. Marco Teórico

1. Concepto de Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales. (Asociación Mexicana de Diabetes, 2011)

La diabetes, impactan la vida del que la padece y de su sistema familiar, dando paso a la posibilidad de que se presente aparte de la enfermedad, un trastorno psiquiátrico como la depresión (Duarte, 2007).

2. Historia de la Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus era ya conocida antes de la era cristiana. En el manuscrito descubierto por Ebers en Egipto, correspondiente al siglo XV antes de Cristo, se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes. Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego sifón, refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua

por el riñón, con lo cual quería expresar que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él. En el siglo II Galeno también se refirió a la diabetes. Éanting G (1921)

En los siglos posteriores no se encuentran en los escritos médicos referencias a esta enfermedad hasta que, en el siglo XI, Avicena habla con clara precisión de esta afección en su famoso Canon de la Medicina. Tras un largo intervalo fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel). En 1775 Dopson identificó la presencia de glucosa en la orina. Zúñiga G y Rangel R, I. (2003).

La primera observación necrópsica en un diabético fue realizada por Cawley y publicada en el “London Medical Journal” en 1788. Casi en la misma época el inglés Rollo consiguió mejorías notables con un régimen rico en proteínas y grasas y limitado en hidratos de carbono. Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió, en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares mediante pinchaduras. Zúñiga G y Rangel R, I. (2003).

En la segunda mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marcó las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo

valor calórico de la dieta. Los trabajos clínicos y anatomopatológicos adquirieron gran importancia a fines del siglo pasado, en manos de Frerichs, Cantani, Naunyn, Lanceraux, etc. y culminaron con las experiencias de pancreatectomía en el perro, realizadas por Mering y Minkowski en 1889.

La búsqueda de la presunta hormona producida por las células descritas en el páncreas, en 1869, por Langerhans, se inició de inmediato. Hedon, Gley, Laguesse y Sabolev estuvieron muy cerca del ansiado triunfo, pero éste correspondió, en 1921, a los jóvenes canadienses Banting y Best, quienes consiguieron aislar la insulina y demostrar su efecto hipoglucemiante. Este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas médicas del siglo actual, porque transformó el porvenir y la vida de los diabéticos y abrió amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos. Éanting G (1921)

3. Morbilidad de la Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus o diabetes, es una enfermedad crónico degenerativa que se presenta cuando el páncreas no produce insulina, o bien, la que se produce no es utilizada de manera eficiente por el organismo; ésta es la hormona responsable de que la glucosa de los alimentos sea absorbida por las células y dotar de energía al organismo.

Los factores de riesgo de esta enfermedad dependen del tipo de diabetes. En el caso de la tipo I, también conocida como diabetes juvenil, la causa una acción autoinmune del sistema

de defensa del cuerpo que ataca a las células que producen la insulina y se presenta en pacientes con antecedentes familiares directos. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía Aguas Calientes, 2013).

La tipo II, además del antecedente heredofamiliar, depende de estilos de vida como son el sobrepeso, dieta inadecuada, inactividad física, edad avanzada, hipertensión, etnicidad e intolerancia a la glucosa; además, en las mujeres se presenta en aquellas con antecedente de diabetes gestacional y alimentación deficiente durante el embarazo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía Aguas Calientes, 2013).

Uno de los principales factores de riesgo para que se desarrolle es el sobrepeso y la obesidad, afecciones que van en aumento en todo el mundo; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año fallecen al menos 2.8 millones de personas adultas por alguna de estas causas, y representan 44% de la carga de diabetes, 23% de las cardiopatías isquémicas, y entre 7% y 41% de algún cáncer atribuible a la misma (OMS, 2012b); por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS estiman que en Belice, México y Estados Unidos, aproximadamente 30% de su población tiene obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2012).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la población masculina de 20 años y más presenta más población con sobrepeso que obesidad, afecciones que pueden ser detonantes de diabetes (Duarte 2007), la mitad de la población masculina de entre 60 a 69 años presenta sobrepeso, seguidos de los de 50 a 59 años (49%) y los de 40 a 49 años (45.1%); cuando no hay un control adecuado el sobrepeso, éste se

convierte en obesidad (donde hay una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo); los hombres más obesos se concentran en los de 40 a 49 años (34.3%), seguidos de los de 30 a 39 años y de 50 a 59 años (31.1 y 28.7%, respectivamente); es decir, la población masculina entre los 30 a los 59 años se encuentra expuesta al riesgo de padecer diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2012).

4. Síntomas de la Diabetes Mellitus.

Entre los síntomas de una carencia de insulina definitiva o transitoria tenemos:

Como Síntomas agudos la Hipoglicemia (cifras menores de 60mg/dl), Hiperglicemia (cifras mayores de 110 mg/dl), Cetosis diabética, Glucosuría (eliminación de azúcar por el riñón), Coma diabético. Estos síntomas pueden aparecer por descompensación y mal control de la enfermedad. Las repercusiones afectan a todos los órganos y su gravedad y curso evolutivo dependen en buen porcentaje del propio paciente y del médico.

De la misma manera se encuentran Síntomas de comienzo en la diabetes infantil, tales como: Orinadera, sed, pérdida de peso, hambre, astenia, infecciones, falta de apetito, vómitos, problemas en la piel, acidosis, dolor abdominal, convulsiones, coma.

De una diabetes ligera puede pasar a una repentinamente grave, para ello se debe presentar un bajón en el nivel de Hipoglicemia (glicemia por debajo de 60 mg/dl). Causado

por error en dosis, disminución de la necesidad por insuficiencia renal, omisión de hidratos de carbono en la dieta, esfuerzos intensos, ingesta de alcohol.

Se consideran Síntomas leves de la Diabetes Mellitus al Temblor, visión borrosa, sueño, debilidad o cansancio, sudor ; de manera contraria son Síntomas crónicos de la diabetes mellitus la vejiga neurogénica, enteropatias, impotencia sexual, necrobrosis, eczemas, daño renal, enfermedad coronaria, enfermedad arteriosclerótica, accidentes vasculares cerebrales, pie diabético, abortos repetitivos, pérdida repentina de visión, cataratas, hemorragias, gastroparesia.

5. Tipos de Diabetes Mellitus

Existen cuatro tipos principales de diabetes:

a). Diabetes tipo 1:

La diabetes tipo 1 está causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensas del organismo ataca las células productoras de insulina del páncreas. Como resultado, el organismo deja de producir la insulina que necesita. La razón por la que esto sucede no se acaba de entender. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero suele aparecer en niños o jóvenes adultos. Las personas con esta forma de diabetes necesitan inyecciones de insulina a diario con el fin de controlar sus niveles de glucosa en sangre. Sin insulina, una persona con diabetes tipo 1 morirá.

La diabetes tipo 1 suele desarrollarse repentinamente y podrían presentarse síntomas como:

- Sed anormal y sequedad de boca
- Micción frecuente
- Cansancio extremo/falta de energía
- Apetito constante
- Pérdida de peso repentina
- Lentitud en la curación de heridas
- Infecciones recurrentes
- Visión borrosa

Las personas con diabetes tipo 1 pueden llevar una vida normal y saludable mediante una combinación de terapia diaria de insulina, estrecha monitorización, dieta sana y ejercicio físico habitual.

El número de personas que desarrollan diabetes tipo 1 aumenta cada año. Las razones para que esto suceda siguen sin estar claras, pero podría deberse a los cambios de los factores de riesgo medioambiental, a circunstancias durante el desarrollo en el útero, a la alimentación durante las primeras etapas de la vida o a infecciones virales.

b)- Diabetes tipo 2:

La diabetes tipo 2 es el tipo más común de diabetes. Suele aparecer en adultos, pero cada vez hay más casos de niños y adolescentes. En la diabetes tipo 2, el organismo puede

producir insulina pero, o bien no es suficiente, o el organismo no responde a sus efectos, provocando una acumulación de glucosa en la sangre.

Las personas con diabetes tipo 2 podrían pasar mucho tiempo sin saber de su enfermedad debido a que los síntomas podrían tardar años en aparecer o en reconocerse, tiempo durante el cual el organismo se va deteriorando debido al exceso de glucosa en sangre. A muchas personas se les diagnostica tan sólo cuando las complicaciones diabéticas se hacen patentes.

Aunque las razones para desarrollar diabetes tipo 2 aún no se conocen, hay varios factores de riesgo importantes. Éstos son:

- Obesidad
- Mala alimentación
- Falta de actividad física
- Edad avanzada
- Antecedentes familiares de diabetes
- Origen étnico
- Nutrición inadecuada durante el embarazo, que afecta al niño en desarrollo.

En contraste con las personas con diabetes tipo 1, la mayoría de quienes tienen diabetes tipo 2 no suelen necesitar dosis diarias de insulina para sobrevivir. Sin embargo, para

controlar la afección se podría recetar insulina unida a una medicación oral, una dieta sana y el aumento de la actividad física.

El número de personas con diabetes tipo 2 está en rápido aumento en todo el mundo. Este aumento va asociado al desarrollo económico, al envejecimiento de la población, al incremento de la urbanización, a los cambios de dieta, a la disminución de la actividad física y al cambio de otros patrones de estilo de vida.

c)- Diabetes mellitus gestacional:

Dice que una mujer tiene diabetes mellitus gestacional (DMG) cuando se le diagnostica diabetes por primera vez durante el embarazo. Cuando una mujer desarrolla diabetes durante el embarazo, suele presentarse en una etapa avanzada y surge debido a que el organismo no puede producir ni utilizar la suficiente insulina necesaria para la gestación.

Bellamy L, Casas P y Hingorani D (2009)

Ya que la diabetes gestacional suele desarrollarse en una etapa avanzada de la gestación, el bebé ya está bien formado, aunque siga creciendo. El riesgo para el bebé es, por lo tanto, menor que los de cuyas madres tienen diabetes tipo 1 o tipo 2 antes del embarazo. Sin embargo, las mujeres con DMG también deben controlar sus niveles de glucemia a fin de minimizar los riesgos para el bebé. Esto normalmente se puede hacer mediante una dieta sana, aunque también podría ser necesario utilizar insulina o medicación oral. Bellamy L y col, (2009).

La diabetes gestacional de la madre suele desaparecer tras el parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido DMG corren un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 con el paso del tiempo. Los bebés nacidos de madres con DMG también corren un mayor riesgo de obesidad y de desarrollar diabetes tipo 2 en la edad adulta.

d)- Otros tipos de diabetes:

Son el resultado de alteraciones genéticas específicas (como diabetes hereditaria juvenil de tipo 2 o MODY), cirugía, medicamentos, infecciones, enfermedades pancreáticas y otras enfermedades. Estos tipos de diabetes representan del 1 al 5% de todos los casos diagnosticados.

6. Tratamiento de la diabetes

Una dieta adecuada, usar insulina o tomar medicamentos orales para disminuir los niveles de glucosa en la sangre son las bases del tratamiento y control de la diabetes. La educación del paciente así como prácticas de auto cuidado son también aspectos importantes para el control de la enfermedad que ayudan a que las personas con diabetes lleven una vida normal.

Para sobrevivir, las personas con diabetes tipo 1 deben recibir insulina por medio de una inyección o de una bomba.

Muchas personas con diabetes tipo 2 pueden controlar su glucosa en la sangre siguiendo un plan de comidas saludables y un programa de ejercicio, perdiendo el exceso de peso y tomando medicamentos orales. Los medicamentos que toma una persona con diabetes a menudo cambiarán con el transcurso de la enfermedad. Algunas personas con diabetes tipo 2 pueden necesitar también insulina para controlar su glucosa en la sangre.

La educación o capacitación para el autocontrol de la diabetes es un paso clave para mejorar la salud y la calidad de vida. Se basa en hábitos de auto cuidado, como comer en forma saludable, mantenerse activo y revisarse el azúcar en la sangre.

Este es un proceso de colaboración en el cual los educadores en diabetes ayudan a las personas con o a riesgo de diabetes a adquirir el conocimiento y las destrezas necesarias para solucionar problemas y enfrentar situaciones con el fin de controlar su enfermedad y las afecciones relacionadas. Muchas personas con diabetes también necesitan tomar medicamentos para controlar el colesterol y la presión arterial.

7. Afectaciones psicológicas de pacientes Diabéticos

En el mundo emocional del paciente diabético se puede presentar situaciones tales como las que se estarán mencionando a continuación:

7.1. Estrés psicosocial

Se han identificado diferentes variables psicológicas que tienen impacto sobre los individuos que viven con diabetes y sobre su capacidad para manejar su enfermedad, de estos dos factores se han descrito la depresión y el estrés (Kelly 2006).

Los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importantes pues se les hace el diagnóstico, de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla, y por otro lado el riesgo que puedan tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía es muy alto además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicios, toma de medicamento y monitoreo de sus glucosas. Esto implica realizar cambios en su estilo de vida, es muy importante el entorno social, los familiares, amigos y el equipo de salud pueden ser fuentes importantes de apoyo (Kelly 2006).

Enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, el diagnóstico es el principal evento estresante, y en algunos casos inicia una respuesta adaptativa que nos lleva a una situación de salud- enfermedad el diagnóstico puede tener también un severo impacto sobre la familia y en el trabajo, esta situación puede ser modificada con el apoyo social dado principalmente con sus familiares y amigos y por las actitudes de la sociedad. En un estudio encontramos que el apoyo social es muy importante para mejorar la adherencia al

tratamiento, esto lleva a un mejor control metabólico y pudieran retardarse o no presentarse las complicaciones propias de la enfermedad además encontramos que a mayor adherencia al tratamiento había mejor control metabólico y menor gado de neuropatía (Garay y Col 2000).

Otras investigaciones mostraron que niveles elevados de estrés se han asociado con descontrol metabólico y este puede ser por dos mecanismos: un efecto psicológico por medio del cual el estrés interrumpe rutinas de conductas relacionadas al manejo de la enfermedad como son la dieta el ejercicio y la medicación; favoreciendo un control metabólico, por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un aumento de secreción de hormonas contra reguladoras principalmente catecolaminas, y cortisol lo cual incrementan los niveles sanguíneos de glucosas. Aunque otros estudios no apoyan esta asociación, esto se debe a que existen la influencia de varios factores como el tipo e intensidad del estrés y los rasgos de personalidad del paciente que puede explicar las diferentes repuestas del control glucémico a un estresor (Garay 2000).

Por otra parte se puede iniciar una repuesta adaptativa que va a depender de tres factores psicológicos principalmente; el estrés de la vida diaria (divorcio, muerte de un familiar, accidente automovilístico etc.) La habilidad para enfrentarse con la enfermedad y el ambiente social (Wilson 2000).

El estrés que los pacientes reciben los afecta negativamente incapacidad para adherir su tratamiento médico. Aún más algunas investigaciones han sugerido la unión entre factores psicológicos y el inicio de la diabetes Wang (2013).

Un estudio realizado en México- Americanos reporto que la mayoría de las personas entrevistadas en ese estudio creían que in evento estresante (susto) fue la causa primaria de su diabetes (Carranza 2004).

La aceptación de la enfermedad y la adaptación al estrés pueden ocurrir durante la evolución de la enfermedad dependiendo de diferentes factores psicosociales (DiMatteo y Col 2004).

7.2. Estrés de la vida diaria:

Se ha reportado que las experiencias estresantes de la vida diaria pueden ser importantes factores etiológicos en la pato fisiología de enfermedades como la diabetes y la enfermedad vascular crónica. Otras investigaciones (Pierrot y Col 1992 y Garay y Col 2000) mostro que la percepción de mayor estrés se ha asociado de descontrol metabólico (aumento de la hemoglobina glucosilada) y este puede ser por dos mecanismos; un efecto psicológico por medio del cual el estrés trastorna la vida cotidiana, relacionad al manejo de la enfermedad como son la dieta, el ejercicio y la medicación; por otro lado el estrés por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un incremento de secreción de hormonas contra reguladoras, principalmente catecolaminas cortisol lo cual incrementan los niveles sanguíneos de glucosas. Por otro lado estos eventos estresante de la vida diaria tienen un efecto sobre el control metabólico de los adolescente con diabetes mellitus tipo 1 (Seiffge-Krenkey Col 2003).

7.3. Habilidad para enfrentarse con la enfermedad:

Se define como una conducta o esfuerzo cognitivo usado en un intento por tratar con un evento estresante y puede tener diferentes estilos dependiendo de la personalidad. Estilos positivos como el de afrontamiento, optimista y de apoyo se han asociado con mejor ajuste psicológico (Willoughby y Col 2000) y mejor control glucémico.

Los del tipo evasivo, emotivo se han asociado con problemas en el ajuste psicológico, régimen de no adherencia al tratamiento y pobre control glucémico (Grey y Col 2004) Lo y McLean (2004) reportaron que algunos pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 utilizan estrategias de afrontamientos como la evasiva, negación y fantasía mientras que otros utilizan técnicas más positivas encontraron mala calidad de vida en pacientes Diabéticos quienes usaban el estilo evasivo comparando con aquellos que utilizaban el estilo activo-confrontativo. En un estudio encontramos que los estilos del tipo evasivo y fatalista se asocian con mejor adherencia al tratamiento. Wang L. (2013)

La selección del tipo de enfrentamiento que el paciente seleccione va a depender de la intensidad y duración de la enfermedad y de la interacción de otros factores como el apoyo social y de su propia experiencia personal incluyendo factores emocionales y cognitivos (Coelho y Col 2003,(Willoughby y Col 2000).

7.4. Ambiente social:

Durante el curso de enfermedades crónicas como la Diabetes, interacciones adversas, pueden imponer una carga excesiva sobre la capacidad de adaptación de la familia. Esto puede tener un efecto sobre el curso de la enfermedad. Bajo tales circunstancias la función familiar puede cambiar a un control rígido que puede alterar su estabilidad. Se ha enfatizado que el sistema familiar juega un papel importante en la iniciación, selección de síntomas, curso clínico, uso de las facilidades clínicas y la adherencia al tratamiento en diversas enfermedades crónicas. Encontramos que el apoyo social es el principal determinante de la adherencia al tratamiento en los pacientes Diabéticos y a mayor adherencia al tratamiento había mejor control metabólico y menor grado de neuropatía (Garay y Col 1995) Ruggiero y Col 1990 encontraron que mayor adherencia a la administración de la insulina se asoció con mayores niveles de apoyo social. El ambiente social es muy importante por lo que las instituciones de salud y los médicos en las prácticas clínicas consideran estos factores asociados a la mejor adherencia al tratamiento y por lo tanto mejor control metabólico.

7.5. Negación de la enfermedad:

Algunos pacientes reaccionan ante el diagnóstico de diabetes con negación, enojo, hostilidad, o depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento (Zorrilla – Hernández 1998). La negación ha sido definida como un mecanismo de defensa o barrera mental establecida por el ego entre los impulsos instintivos y la realidad extrema. El diabético niega su enfermedad minimizando los síntomas o atribuyéndolos a otras causas.

Al inicio de la enfermedad el paciente sufre un impacto severo al darse cuenta de las perspectivas sombrías de una enfermedad incurable con consecuencia potenciales para la calidad de vida y su misma esperanza de vida. Esta situación induce repuestas adaptativas, como la negación de la enfermedad que tiene diversas manifestaciones.

La negación reduce la repuesta al estrés sin embargo tiene un efecto negativo sobre la adquisición de conocimientos, habilidades y disciplina para enfrentar la enfermedad. Con relación a esto encontramos que la negación de la enfermedad se asocia positivamente en el nivel de hemoglobina glucosilada. La consecuencia inmediata de la negación es la falta de adherencia al tratamiento que de paso aun control metabólico deficiente. Encontramos además que la negación aumenta con los años desde el diagnostico antes de los cinco años pero la asociación desaparecen en los años posteriores (Garay y Col 1999). Esto indica que la desaparición de los síntomas que ocurre después de la instalación de la enfermedad, permite la aparición de este mecanismo de defensa, pero a largo plazo, la primera evidencias de complicaciones, impiden sostener la negación.

7.6. Depresión y ansiedad:

Se ha observado que la depresión y la ansiedad juegan un papel muy importante y complejo en la adaptación a la diabetes juvenil (Dantzer y Col 2003). Otros estudios nos hablan que la diabetes de tipo 2 y depresión tienen un efecto sinérgico y que presiden mayor mortalidad, mayor incidencias de enfermedades tanto micro como macro vasculares (Black y Col 2003).

La depresión y la ansiedad también se han asociado con pobre control metabólico. Un estudio de seguimientos en adultos diabéticos mostro que con un mejor control glucémico los síntomas de depresión y ansiedad disminuían y con mal control los síntomas se incrementaban.

Aunque es difícil determinar si el incremento de la sintomatología depresiva causa deterioro de control glucémico o viceversa. Se ha encontrado que la depresión impacta significativamente a la adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2 y sugiere que una evaluación de depresión debe incluirse en el protocolo de tratamiento de esos pacientes (Kalsekar 2006).

En estudios previos hemos encontrado que las mujeres postmenopáusica presentan mayor sintomatología depresiva que las mujeres pre menopáusicas y más aún que los hombres además hemos encontrado que cuando el paciente recibe mayor apoyo de sus familiares y amigos los niveles de depresión son menores y que la ansiedad es menor a medida que el paciente va avanzando en su enfermedad, (Aguilera Peña y Col 2003). Sin embargo no encontramos diferencia significativa para depresión y ansiedad en los pacientes de recién diagnósticos y los de más de cinco años desde el diagnóstico y encontramos que los pacientes que percibían mayor depresión eran los que tenían menos apoyo de sus familiares y amigos y un menor ingreso y los pacientes que percibían mayor ansiedad eran los que tenían más años de haberse diagnosticado la enfermedad (Kalsekar 2006).

Es muy importante tomar en cuenta que el paciente con Diabetes es una persona con emociones propias que la enfermedad afecta por lo que al evaluarlo debemos examinar su entorno biopsicosocial (Kalsekar 2006).

8. Estilos de afrontamiento:

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo.

El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que Por ejemplo, a los 30 días de la muerte del esposo, un 88 % de las personas que enviudan se sienten tristes. Pero sólo un 35 % presenta una depresión diagnosticable con criterios operativos estrictos (Wortman y Silver, 1989). Otro ejemplo pertinente es el de la influyente teoría de Kubler Ross (1969) sobre las fases por las que pasaría una persona y cuando sabe que va a morir. Según Kubler Ross, las personas pasan por cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Pero las investigaciones realizadas al respecto han demostrado que hay mucha variación de persona a persona y que el apoyo empírico para la existencia de estas fases es muy endeble (Wortman y Silver, 2001).

La realidad del afrontamiento es de que la mayoría de la gente no muestra una depresión de intensidad clínica las reacciones de duelo no son necesarias y la gente que no Las manifiesta en su momento no desarrolla problemas en el futuro cuanto más se piense sobre las causas del suceso, o se intente buscar sentido a lo ocurrido, el malestar psicológico es más intenso y duradero, una sustancial minoría de personas parece que tienen una recuperación muy escasa o inexistente después de mucho tiempo para muchas personas, lo sucedido nunca va a ser aceptado como algo «real o «justo», especialmente para sucesos repentinos único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones . Aun asumiendo la validez de esta dicotomía general, investigaciones más recientes han puesto de manifiesto la existencia de una mayor variedad de modos de afrontamiento. Por ejemplo, la escala de Modos de Afrontamiento de Folkman y Lazarus (2001), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas) Folkman y Lazarus (2001):

1. Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.

4. Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

5. Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.

6. Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.

7. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido se han identificado diferentes variables psicológicas que tienen impacto sobre los individuos que viven.

9. Enfoque sistémico de la depresión en Diabéticos

Tanto los que han estudiado la depresión como los que han estudiado la enfermedad coinciden en que las situaciones críticas en la vida de un ser humano demandan disposición y capacidades específicas para sobrellevarlas, entre las cuales se destacan la de aceptación, afrontamiento, constancia, comunicación, la apertura a la búsqueda de apoyo y la actitud pro-activa, que pueden variar entre persona y persona o ser inexistentes en última instancia (Oblitas, 2006).

Las personas no nacen con estas capacidades o muchas veces no tienen esta disposición para enfrentar una situación de crisis. Por esto toma gran importancia la vinculación de esta persona a redes de apoyo, básicas y especializadas, que sean agentes de salud, que sean fuentes de información fidedigna, que faciliten o den acceso a atención médica o psicológica, que sean un soporte emocional fuerte, que propicien la inclusión del paciente en actividades nuevas o grupos que enriquezcan y mejoren su experiencia en el curso de la situación que vive (Oblitas, 2006).

La diabetes, impactan la vida del que la padece y de su sistema familiar, dando paso a la posibilidad de que se presente aparte de la enfermedad, un trastorno psiquiátrico como la depresión (Duarte, 2007).

Antes del 2000 se registraron en América Latina y el Caribe alrededor de 20 millones de casos de diabetes de los cuales 45.000 morían cada año. Estudios han mostrado que de los diabéticos que van a consulta psicológica cerca del 20% acude por causa de la depresión y un número similar acude por problemas de ansiedad, dato que refleja la dificultad en el afrontamiento ante dicha afección (Jiménez y Dávila 2001).

VII. Materiales y métodos

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

Hospital Nuevo Amanecer Bilwi Puerto Cabezas.

Unidad de análisis:

Pacientes diagnosticados con diabetes que ingresaron al Hospital Nuevo Amanecer Bilwi Puerto Cabezas en el año 2013

Universo de estudio:

116 pacientes diagnosticados con Diabetes de los cuales 81 son del sexo femenino y el 29 restante son del sexo masculino.

Muestra:

El cálculo se realizó en el programa estadístico Epi Info, a partir de una población de 116 pacientes diagnosticados con Diabetes, con un nivel de confianza de 95% proporción esperada del 50% y una precisión del 5%, por tal razón se determinó que la muestra será de 58 pacientes con Diabetes Mellitus (Epi info).

Tabla No.1 Epi Info

Tamaño de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional

Tamaño poblacional	114
Proporción esperada	50%
Nivel de confianza	95%

Precisión	Tamaño
1	12
2	24
3	58
4	91
5	110

Muestreo:

Se realizó un muestreo por conveniencia, ya que las personas objeto de estudio son de nuestro mismo lugar de origen pertenecientes a la Etnia Miskito y se nos facilitara la comunicación y trato con ellos y con ayuda del programa estadístico Epi Info se eligieron a 58 pacientes que son el total de la muestra utilizada, en referente a las personas que viven en las zonas rurales se eligieron las comunidades más cercanas al casco urbano.

Criterios de inclusión:

Se incluyó en nuestro estudio a las personas diagnosticadas con Diabetes en el Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi Puerto Cabezas en el año 2013.

De igual manera se incluyeron a los pacientes que son atendidos en dicho Hospital.

Personas que pertenezcan al municipio de Bilwi Puerto Cabezas.

Procedimiento de recolección de la información.

En primera instancia se procedió a solicitar una carta a la dirección de la escuela de psicología de la Unan-León, que fue entregado a los dirigentes del Hospital Nuevo Amanecer de la Ciudad de Bilwi Puerto Cabezas, para solicitar un permiso formal de llevar a cabo nuestra investigación en dicho centro Hospitalario. Después de haber obtenido el permiso de las autoridades se procedió a visitar casa por casa a los pacientes Diabéticos para concertar citas en el momento más adecuado para realizar la aplicación de los instrumentos, que nos facilitaron la muestra pertinente para la recopilación de información.

Los métodos que se utilizaron en este estudio para la recolección de datos fue una batería de test seleccionado con el debido cuidado para medir las variables de investigación “afectaciones psicológicas y estilos de afrontamiento”, y una serie de entrevistas, donde participaron los voluntarios que fueron parte de nuestra investigación, los instrumentos se aplicaron en el momento acordado con los pacientes en la cita previa y se estimó el tiempo de 40 min para cada paciente, una vez obtenida la información se procedió a realizar una base de dato en el programa SPSS versión 19, que nos permitió obtener la información necesaria para dar respuesta a los objetivos de investigación, con la información obtenida por medio de los instrumentos se procedió a la discusión de los resultados, para determinar las conclusiones del estudio.

Posibles sesgos y su control:

Para incrementar la confiabilidad y validez de la investigación se previó los siguientes sesgos y su control, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla No, 2: Sesgos y control de sesgos

Sesgos	Control de sesgos
Durante la entrevista con el paciente Que no sea sincero y simule la información Sesgo de memoria	Establecer un buen Rapport y empatía, generar confianza, reasegúrales que sus respuestas son anónimas y no se utilizaran para otros fines. procurar que responda todas las preguntas Ocupar el tiempo necesario para que nuestro entrevistado trate de recordar los sentimientos experimentados de la manera más exacta posible al recibir la noticia.
Del Entrevistador Involucrar sentimiento en la investigación o hacer contratransferencia. Condicionar las respuestas. Carecer de pericias necesarias para la recogida de información.	No perder el objetivo del estudio y realizar la aplicación de instrumentos de manera adecuada. Limitarse a plantear pregunta sin opinar, emitir juicios inducir a una determinada respuesta.

Instrumentos de recolección de información:

Se utilizó una batería de test para medir las afectaciones psicológicas (estrés, ansiedad y depresión), entre ellas, el test de Beck que mide la depresión: consta de 21 ítems con respuestas de escala liker, El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del 1 al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación, para medir la ansiedad se utilizó el test de ansiedad de Beck que cuenta con 21 ítems con respuestas de escala liker en donde el investigado Señalara la medida en la que se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana, para ello marcara una sola casilla para cada ítem. Para su corrección el clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

Para medir la variable estrés, se utilizó la escala de trauma de Davidson (DTS) la cual consta de 17 preguntas con respuestas de escalas liker en donde se pide que se indique la frecuencia y gravedad de síntomas provocados por el trauma.

De igual manera se trabajó con la Escala de estrategias de afrontamiento adaptada de la "Échelle Toulousaine de Coping", con 36 preguntas que se contestan en una escala Likert de cinco opciones, en donde se le presenta al testado, una lista de afirmaciones en la que se indicara la frecuencia con la que se identifica con las afirmaciones presentadas en la escala, este instrumento no cuenta con respuestas correctas o incorrectas.

Plan de análisis:

Se procedió a elaborar una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 19, en donde introducimos cada uno de los test aplicados en la base de datos para establecer los niveles de depresión, ansiedad y estrés así como el estilo de afrontamiento que llevan estas personas, se calculó distribución de frecuencia y porcentual que fueron presentados en tablas . Para establecer relación estadística significativa utilizamos la χ^2 de Person para determinar la relación entre las variables de investigación estrés post trauma, ansiedad, depresión y afrontamiento.

Consideraciones éticas.

En la investigación se pidió el consentimiento informado que implica que los sujetos que participan tienen el derecho a ser informados de que van a ser estudiados.

Se les explico que su participación es voluntaria, que pueden abandonar su participación en el momento que lo decidan.

Se respetó el anonimato de cada uno de los participantes.

La información obtenida es confidencial y utilizada solo para fines de investigación. Se respetarán las respuestas dadas por los participantes.

Operacionalizacion de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Valor
Datos socio demo gráficos	Características personales que definen a los pacientes Diabéticos	Edad Sexo Estado civil	Todas las edades Hombre-mujer Soltero- Casado
Afectaciones psicológicas	Alteraciones a nivel psíquico, que padecen los Diabéticos en el momento de recibir la noticia de su enfermedad.	Estrés Ansiedad Depresión	Alto, bajo e intermedio Alto, bajo e intermedio Alto, bajo e intermedio
Estilos de enfrentamiento	Maneras de enfrentarse a las situaciones difíciles de la vida.	1.Confrontación 2.Planificación 3.Distanciamiento 4.Autocontrol 5.Reevaluación positiva 6.Aceptación de responsabilidad 7.Escape-evitación	Adecuado, inadecuado

VIII. Resultados

Tabla 5. Datos sociodemográficos de los pacientes diabéticos que asisten al Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi, n=58.

Variables		Frecuencia
Edad	7-30 año	5
	31-50 años	24
	51-82 años	29
Sexo	Mujer	42
	Varón	16
Procedencia	Rural	46
	Urbano	12
Escolaridad	Primaria	18
	Secundaria	22
	Técnico	13
	Universidad	5

Fuente: entrevista abierta.

A nivel descriptivo en nuestra muestra de estudio prevalece el sexo femenino, las edades más afectadas van desde 51 a más, 46 pacientes proceden de la zona rural, académicamente han cursado la secundaria completa.

Tabla 2. Nivel de estrés post trauma en pacientes diabéticos que asisten al Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi, n=58.

Variable	Frecuencia	Porcentaje %
Ausencia de estrés post- trauma	19	32.8
Estrés post- trauma	39	67.2
Total	58	100.0

Fuente: Escala de trauma de Davidson

La tabla describe la presencia de estrés en pacientes diabéticos que asisten al hospital nuevo amanecer de Bilwi, los datos reflejan que 67.2 % de los personas fueron diagnosticados con estrés post trauma a diferencia del 32.8% de los mismos pacientes que no presentaron esta sintomatología.

Tabla 3. Representación de Depresión en pacientes diabéticos que asisten al Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi, n=58.

Variable	Frecuencia	Porcentaje %
Depresión Mínima	14	24.1
Depresión Leve	22	37.9
Depresión Moderada	18	31.0
Depresión Grave	4	6.9
Total	58	100.0

Fuente: Test de depresión de “Beck”.

La presente tabla describe la presencia de Depresión en pacientes diabéticos que asisten al hospital nuevo amanecer de Bilwi, los datos reflejan que 31% de los pacientes presentan una depresión moderada y el 6.9% restante padecen de una depresión grave.

Tabla 4. Presencia de ansiedad en pacientes diabéticos que asisten al Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi, n=58.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad moderada	12	20.7
Ansiedad grave	46	79.3
Total	58	100.0

Fuente: Inventario de Ansiedad de Beck

La tabla muestra la presencia de ansiedad en los pacientes diabéticos que asisten al hospital nuevo amanecer de Bilwi, de los cuales un 79.3 % padecen de una ansiedad grave, y 20.7% restante tienen una ansiedad moderada.

Tabla 5. Estilo de afrontamiento utilizado por pacientes diabéticos que asisten al Hospital Nuevo Amanecer contra esta enfermedad, n=58.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Afrontamiento positivo	31	53.4
Afrontamiento negativo	27	46.6
Total	58	100.0

Fuente: Escala de afrontamiento Échelle Toulousaine de Coping.

La tabla describe el tipo de afrontamiento que tienen los pacientes diabéticos que asisten al hospital nuevo amanecer de Bilwi, resultando que 53.4% de pacientes presentan un afrontamiento positivo y el 46.6% restante presentan un afrontamiento negativo.

Tabla 6. Relación entre el las afectaciones psicológicas y el estilo de afrontamiento en pacientes diabéticos que asisten al hospital nuevo amanecer de Bilwi, n=58.

Variable	Afrontamiento		Total	Valor de P
	Positivo	Negativo		
Estrés				
Ausencia de estrés post trauma	13 (41.9)	6 (22.2)	19 (32.8)	0.111
Presencia de estrés post trauma	18 (58.2)	21 (77.8)	39 (67.2)	
Total	31 (100)	27 (100)	58 (100)	
Ansiedad				
Ansiedad moderada	3 (9.7)	9 (33.3)	12 (20.7)	0.027
Ansiedad grave	28 (90.3)	18 (66.7)	46 (79.3)	
Total	31 (100)	27 (100)	58 (100)	
Depresión				
Depresión mínima	9 (29.0)	5 (18.5)	14 (24.1)	0.832
Depresión leve	11 (35.5)	11 (40.7)	22 (37.9)	
Depresión moderada	9 (29.9)	9 (33.3)	18 (31.0)	
Depresión grave	2 (6.5)	2 (7.4)	4 (6.9)	
Total	31(100)	27(100)	58(100)	

En la tabla se observa la relación existente entre las afectaciones psicológicas (estrés, ansiedad y depresión) con el estilo de afrontamiento utilizado, encontrando como resultado que el 77,8% los pacientes con presencia de estrés post trauma utilizan estilos de afrontamiento negativos, los pacientes que padecen de ansiedad grave y depresión utilizan mayormente estilos de afrontamientos.

IX. Discusión de los resultados

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación, la Diabetes Mellitus tiene una mayor prevalencia en el sexo femenino, los principales factores de riesgo son el sedentarismo, la obesidad y el factor genético, las edades más afectadas van desde los 40 años en adelante, y estos datos se asemejan con investigaciones anteriores, López, A. en el año 2006 realizó un estudio sobre la evolución clínica de pacientes diabéticos tipo I y II hospitalizados, obteniendo como resultado que mayoritariamente el sexo femenino fue el más afectado, la mayoría procedían del área urbana y los mayores de cincuenta años los que predominaron, se determinó una prevalencia de sobrepeso del 42% y la complicación más frecuente fue la nefropatía diabética con un 7%. Los factores de riesgo predominantes fueron: sedentarismo en 84% y dislipidemia en 80% de los pacientes.

En nuestro estudio se encontró un alto índice de estrés post trauma en los pacientes Diabéticos que son atendidos en el Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi, con un 67.2% de afectados con esta patología, similar a esto en el 2006 Kelly T, encuentra que los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importantes pues se les hace el diagnóstico, de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla, y por otro lado el riesgo que puedan tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía es muy alto además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud.

De la misma manera Garay en el año 2000, descubre que niveles elevados de estrés se han asociado con descontrol metabólico y este puede ser por dos mecanismos: un efecto psicológico por medio del cual el estrés interrumpe rutinas de conductas relacionadas al manejo de la enfermedad como son la dieta el ejercicio y la medicación; favoreciendo un control metabólico, por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un aumento de secreción de hormonas contra reguladoras principalmente catecolaminas, y cortisol lo cual incrementan los niveles sanguíneos de glucosas.

Los resultados de nuestra investigación arrojan una alta presencia de depresión y ansiedad en los pacientes diabéticos que reciben atención médica en el hospital Nuevo Amanecer de Bilwi Puerto Cabezas, esta situación ya se ha detectado con anterioridad, ya que Dantzer y Colaboradores en el año 2003 realizaron una investigación en donde obtuvieron resultados concordantes con los de nuestra investigación; ellos observaron que la depresión y la ansiedad están presentes en la vida de las personas con diabetes mellitus y juegan un papel muy importante y complejo en la adaptación a la diabetes. Estudios de Black y Colaboradores en el año 2003 nos hablan que la diabetes de tipo 2 y la depresión tienen un efecto sinérgico y que presiden mayor mortalidad, mayor incidencias de enfermedades tanto micro como macro vasculares, del mismo modo, Duarte encuentra que la diabetes, impacta la vida del que la padece y de su sistema familiar, dando paso a la posibilidad de que se presente aparte de la enfermedad, un trastorno psiquiátrico como la depresión.

En relación a al tipo de afrontamiento que presentan se observa que un poco más de la mitad de la población en estudio utilizo el afrontamiento positivo y el otro grupo correspondiente al menos de la mitad de la población usa estilos de afrontamientos negativos, en este sentido se puede notar que aunque el programa de pacientes crónicos no tienen el acompañamiento psicológico, dichos pacientes utilizan de forma empírica una actitud positiva ante la enfermedad, esto se corresponde a lo señalado por los clásicos del afrontamiento, en concreto nos referimos a Folkman y Lazarus (2001), quienes señalan que la realidad del afrontamiento tiene un sentido básico de sobrevivencia de forma que la tendencia de la mayoría de los seres humanos buscamos el equilibrio para asegurarnos el bienestar, y en nuestro caso se reafirma dicha hipótesis.

X. Conclusiones.

1. Se encontró una alta presencia de estrés post trauma en pacientes diabéticos que asisten al hospital nuevo amanecer de Bilwi, con un 67.2 % de pacientes con sintomatologías de dicha patología.
2. Con respecto a la Depresión en pacientes diabéticos que asisten al hospital nuevo amanecer de Bilwi, es una problemática con un alto índice ya que el 75.9 % de los entrevistados presentan sintomatologías depresivas consideradas clínicamente patológicas.
3. Se encontró una alta prevalencia de ansiedad en los pacientes Diabéticos del hospital Nuevo Amanecer de Bilwi, localizándose así, 79.3% de los sujetos a estudiados, con esta patología.
4. La mayoría d los pacientes diabéticos utilizan estilos de afrontamientos positivos.
5. Estudiando la forma en que las personas afectadas con Diabetes Mellitus optan para afrontarla, se descubrió que la mayoría de los pacientes diabéticos con presencia de estrés post trauma utilizan estilos de afrontamiento negativo, mientras que las personas con ansiedad y depresión utilizan un estilo de afrontamiento positivo para sobrellevar esta enfermedad.

XI. Recomendaciones

Al hospital nuevo amanecer:

Tomar en cuenta todas las esferas de la vida del paciente; ya que, no solo se observa la presencia de complicaciones médicas si no que se desencadena una serie de afectaciones a nivel psíquico que junto con la enfermedad medica provoca un gran desequilibrio en la calidad de vida de la persona que vive con Diabetes Mellitus.

En vista de mejorar esta problemática, instituir un área psicológica en el hospital nuevo amanecer que dé respuesta a las problemáticas de salud mental que presentan las personas que reciben esta noticia tan trágica.

Realizar actividades como charlas, repartición de volantes, con el fin de educar a la población sobre la verdadera cara de la Diabetes Mellitus.

A la población de estudio:

Buscar ayuda profesional para recibir un tratamiento idóneo hacia las afectaciones encontradas a nivel psíquico.

Se les insta a que busquen sostén en sus redes de apoyo más cercanas como: sus familiares, amigos, comunidad y religión.

Buscar información sobre el tema abocándose al personal de salud, con el fin de conocer posibles cambios y complicaciones a causa de la Diabetes Mellitus, para contar con maneras adecuadas de sobre llevarlo, de la misma manera se obtendrá una mejor calidad de vida.

Adoptar estilos de afrontamientos positivos que faciliten la convivencia con esta enfermedad.

XII. Referencias bibliográficas

Alpizar M (2001) manejo integral del paciente diabético.

Asociación Mexicana de Diabetes (2011). ¿Qué es la diabetes?

Atlas de Diabetes (2013) Factores de riesgo.

Bellamy L, Casas P y Hingorani D (2009) Diabetes mellitus tipo 2 después de la diabetes gestacional: una revisión sistemática y meta-análisis.

Black D, Dantzer U, Hucker A, (2003) Relación de la diabetes con depresión y ansiedad y sus efectos.

Carranza (2004) posibles causas de la diabetes

DiMatteo K (2004) estrés y afrontamiento

Duarte L (2007) Investigación sobre la Diabetes como enfermedad crónica

Éanting G (1921) historia de la Diabetes.

Folman C, Larazo H,(2001) Escala de modos de afrontamientos.

Gagliardino J. (2000) Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes

Gagliardino J (2001) “Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina” teniendo como objetivos realizar un diagnóstico preliminar de la calidad de la atención que reciben las personas con Diabetes Mellitus.

Gaviño A, (2003) Diabetes y embarazo.

Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). Diabetes Mellitus: la urgencia de reforzar las políticas públicas para su prevención y control.
<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>

Jiménez A y Dávila B (2005) prevalencia de Diabetes en América Latina y el Caribe

Kalsekar A, (2006) Control de protocolo de tratamiento en paciente Diabéticos.

Kelly T (2006). Depresión y el estrés en Diabéticos

Oblitas A. (2006) pacientes con enfermedades crónica como la Diabetes

Organización Mundial de la Salud (2013) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud en diabetes.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012).
Diabetes.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

Pineda, Bermúdez y Cano (2004) Los niveles de depresión de pacientes adultos con diabetes tipo 2.

Principios de Harrison de medicina interna 16a Edición (2006). Diabetes mellitus

Rodríguez M, (2003) impacto psicológico y emociones de una enfermedad crónica, universidad autónoma de México.

Secretaría de Salud de México (2000) Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Seiffg y krenkey (2003) estrés de la vida diaria y su influencia en las fisiopatologías de la enfermedad vascular c crónicas

Universidad nacional autónoma de Nicaragua, (2014) Prevalencia de Diabetes Mellitus y factores de riesgo en mayores de 20 años de las cabeceras departamentales de Nicaragua

Wang L. (2013) estrés en el inicio de la Diabetes.

Wilson (2000) repuestas adaptativas del estrés de la vida diaria.

Willoughby U, Visser J, Harold M (2000) habilidades para enfrentar la diabetes.

Wortman J, y Silver V, (2001) Uso de buenas medidas de afrontamiento.

Zúñiga G y Rangel R, I. (2003). Historia de la Diabetes Mellitus y el descubrimiento de la insulina. Diabetes hoy. Para el médico y el profesional de la salud.

VI congreso de Diabetologia, Managua (2010) congreso Nacional sobre la prevalencia de Diabetes en Nicaragua

Apéndice

TEST DE BECK “DEPRESION”

Rutina de aplicación

Diga al paciente: “Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY”.

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: “Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo”. Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: “Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMAN, incluyendo HOY”

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice “la primera afirmación”, puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
-

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mí mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

Inventario de Ansiedad de Beck

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas según el siguiente criterio (marque una sola casilla para cada ítem):

- 0. Absoluto
- 1. Levemente, no me molestó mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

		O	1	2	3	
1	Hormigueo o entumecimiento					
2	Sensación de calor					
3	Temblor en las piernas					
4	Incapacidad para relajarse					
5	Miedo a que suceda lo peor					
6	Mareos					
7	Palpitaciones o taquicardia					
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad física					
9	Terrores					
10	Nerviosismo					
11	Sensación de ahogo					
12	Temblor de manos					
13	Temblores generalizados o estremecimiento					
14	Miedo a perder el control					
15	Dificultad para respirar					
16	Miedo a morir					
17	Sobresaltos					
18	Molestias digestivas o abdominales					
19	Palidez					
20	Rubor facial					
21	Sudoración (no debida al calor)					

Se le pide al sujeto objeto de la evaluación que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas. Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

El clínico debe examinar además cada elemento específico para determinar si los síntomas aparecen mayoritariamente en el **ámbito subjetivo, neurofisiológico, autónomo o relacionado con el pánico** al objeto de determinar las **causas subyacentes de la ansiedad** y establecer así unas pautas de tratamiento adecuadas.

7.17. Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

Por favor, identifique el trauma que más le molesta _____

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.

Frecuencia	Gravedad
0. Nunca	0. Nada
1. A veces	1. Leve
2. 2-3 veces	2. Moderada
3. 4-6 veces	3. Marcada
4. A diario	4. Extrema

	Frecuencia	Gravedad
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo I
ESCALA DE AFRONTAMIENTO

Le presentamos a continuación una lista de afirmaciones. Usted debe indicar con qué frecuencia se identifica con dichas afirmaciones. Especifique su respuesta poniendo una cruz (X) en el cuadro que corresponda con la opción con la que usted más se identifique. No hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Acepto la situación pues es inevitable					
2. Deseo un milagro y ruego a Dios para que me ayude					
3. Rechazo la idea de que esta situación es grave					
4. Algunas veces no hago lo que ya había previsto hacer					
5. Analizo las circunstancias para saber qué hacer					
6. Bromeo y tomo las cosas a la ligera					
7. Busco actividades para pensar en otra cosa					
8. Busco información con personas que saben					
9. Consulto sobre el problema con profesionales					
10. Controlo en todo momento mis emociones					
11. Hablo con mi familia para compartir emociones					
12. Hago como si el peligro no existiera					
13. Hago frente directamente a la situación					
14. Hago modificaciones en mi entorno para evitar un desastre					
15. He establecido mi propio plan de prevención y lo pongo en marcha					
16. Me es difícil describir lo que siento frente a esta situación					
17. Me fijo objetivos y redoblo esfuerzos					
18. Me paseo para distraerme					
19. Participo más en actividades de prevención civil					
20. Reflexiono sobre las estrategias a utilizar					
21. Sigo lo que hacen los demás					
22. Tengo un plan preventivo y lo sigo					
23. Trato de cambiar mis hábitos de vida en función del problema					
24. Trato de no pensar en el problema					
25. Trato de no precipitarme y de reflexionar sobre los pasos a seguir					
26. Trato de no sentir nada					

Imágenes del proceso de recogida de información



Cronograma de actividades:

Mes \ Actividad	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Selección del tema	X								
Revisión de bibliografía	X								
Redacción de objetivos		X							
Planteamiento del problema		X							
Justificación		X							
Antecedentes		X							
Bosquejo de marco teórico			X						
Marco teórico				X					
Diseño metodológico				X					
Recolección de información					X				
Procesamiento de datos						X			
Redacción de discusión							X		
Introducción							X		
Conclusión								X	