



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica.

La Depresión en Personas con Diabetes Mellitus.

Teórica.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Miguel Angel Franco Esquivel

Director:

Mtra. Selene Domínguez Boer

Dictaminadores:

Lic. Ana Luz Martínez Lara

Doc. J. Jesús Becerra Ramírez

Esp. Brenda Iliana Jiménez Ramos

Mtra. Liliana Moreyra Jiménez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 03 de Junio de 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Índice	2
Resumen	4
Introducción.....	6
1. Depresión.....	8
1.1 Definición	8
1.2 Prevalencia de la depresión.	13
1.3 Clasificación de la depresión.....	16
1.4 Signos y síntomas.	20
1.4.1 Síntomas psicológicos.	20
1.4.2 Síntomas físicos.....	23
1.5 Causas y factores de riesgo de la depresión	26
1.5.1 Causas psicosociales:.....	31
1.5.2 Causas genéticas:.....	32
1.5.3 Causas biológicas:	32
1.6 Diagnóstico de la depresión.....	34
1.7 Tratamiento para la depresión	38
1.7.1 Psicoterapia:	38
1.7.2 Terapia cognitivo-conductual:.....	39
1.7.3 Terapia interpersonal:	40
1.7.4 Terapia de solución de problemas:	42
1.7.5 Tratamiento farmacológico.....	43
2. Diabetes	45
2.1 Definición	45
2.3 Prevalencia de la diabetes.....	51
2.4 Signos y síntomas de la diabetes	55
2.5 Diagnóstico de la diabetes	58
2.6 Tratamiento de la diabetes.....	63
2.6.1 Farmacológico:	63
2.6.2 Nutricional:	64
2.6.3 Físico:	65
2.7 Adherencia terapéutica de la diabetes	66
2.8 Factores de riesgo en la diabetes	69
2.9 Perspectiva de género en la diabetes	71

3. Propuesta de intervención.....	73
3.1 Objetivo general de la propuesta de intervención	76
3.2 Objetivos específicos de la propuesta de intervención	76
3.3 Intervención psicológica.....	77
3.4 Estrategias y técnicas de intervención	79
3.4.1 Métodos de autocontrol.	80
3.4.2 Técnicas de relajación.	81
3.4.3 Técnica de intención paradójica.	84
3.4.4 Técnica de Mindfulness.....	85
3.4.5 Técnicas operantes para el mantenimiento de conductas.	85
3.4.6 Técnicas operantes para adquisición de nuevas conductas.	87
3.4.7 Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas.	87
3.4.8 Economía de fichas.....	88
Conclusiones.....	90
Referencias.	93
Glosario.	104
Índice de abreviaturas.....	108

Resumen

El objetivo principal de este trabajo es conocer, a través de una revisión teórica, la relación que existe entre la depresión y la diabetes mellitus, así como la importancia de la terapia cognitivo conductual como intervención psicológica para atender tales padecimientos.

Así mismo, se describen datos relacionados a estas dos enfermedades como la prevalencia, la comorbilidad y una serie de definiciones que demuestran teóricamente la poca atención que existe a las personas que padecen estas dos enfermedades y que para conseguir una mejor calidad y esperanza de vida, se necesita de la intervención psicológica mediante la terapia cognitivo conductual.

Finalmente se presenta una propuesta de intervención psicológica basada en la terapia cognitivo conductual, se sugieren una serie de estrategias y técnicas que pueden ser elegidas para su aplicación dentro de las sesiones, así como, la entrevista y la aplicación de algunos instrumentos que se pueden aplicar con la finalidad de obtener información que nos permita diagnosticar de manera adecuada el nivel de depresión en el que se encuentra un paciente con diabetes, con la intención de saber si necesita tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

Palabras clave: depresión, diabetes, relación, terapia cognitivo conductual.

ABSTRACT

The main objective of this work is to know, through a theoretical review, the relationship between depression and diabetes mellitus, as well as the importance of cognitive behavioral therapy as a psychological intervention to treat such conditions.

Likewise, data related to these two diseases are described, such as prevalence, comorbidity and a series of definitions that theoretically demonstrate the little attention that exists for people who suffer from these two diseases and that in order to achieve a better quality and life expectancy, psychological intervention is needed through cognitive behavioral therapy.

Finally, a proposal for psychological intervention based on cognitive behavioral therapy is presented, a series of strategies and techniques are suggested that can be chosen for application within the sessions, as well as the interview and the application of some instruments that can be applied. In order to obtain information that allows us to adequately diagnose the level of depression in which a patient with diabetes is, with the intention of knowing if he needs psychological and/or psychiatric treatment.

Keywords: depression, diabetes, relationship, cognitive behavioral therapy.

Introducción

Este trabajo fue realizado con la intención de dar a conocer la relación que existe entre la depresión y la diabetes mellitus, dos enfermedades que por sí solas suelen traer muchas complicaciones de salud a las personas. Así mismo, se hace hincapié en la falta de la terapia cognitiva conductual que se debe de llevar a cabo en personas que son diagnosticadas con diabetes mellitus para que le permita una mejor calidad y esperanza de vida a cada uno de ellos. La principal función de la terapia cognitiva es tratar de cambiar los pensamientos negativos por medio de una serie de técnicas. Los pensamientos negativos de las personas alteran su química cerebral y como resultado la conducta del paciente. Una de las actividades a realizar dentro de la terapia cognitiva conductual consiste en invitar al paciente a que realice ciertas tareas específicas entre una sesión y otra, como por ejemplo, escribir en una hoja de papel los sentimientos y los pensamientos desordenados, con la finalidad de romper las distorsiones que le causan la depresión (Garza, 2004).

La depresión es una enfermedad cuyas principales características son la tristeza persistente, poco interés por actividades que solían disfrutar, así como, la incapacidad para llevar a cabo actividades cotidianas y en casos más graves pensamientos de autolesión o suicidio. No es un signo de debilidad y puede ser tratada mediante terapia cognitivo conductual, medicamentos o una combinación de ambos métodos (OPS, 2021).

Respecto a la diabetes mellitus Durán, et al. (2016) mencionan que es una enfermedad metabólica y crónica, no transmisible y de etiología multifactorial, se produce por defectos en la secreción o acción de la insulina. Entre los cuales el 90 y 95% de las personas que padecen esta patología presentan una Diabetes Mellitus tipo 2; al principio este tipo de

diabetes en un inicio es asintomática y generalmente se presenta en las personas mayores de 40 años, la epidemiología muestra que 20 a 40% de las personas diagnosticadas ya presenta alguna complicación.

Por otra parte, la relación que existe entre estas dos enfermedades es más común de lo que parece, las personas con diabetes y depresión mantienen un autocuidado y un control metabólico deficiente. Además, tienen un bajo cumplimiento terapéutico, no siguen una alimentación correcta y realizan poca actividad física. Desde el punto de vista de Gregory et al. (2016) tanto la diabetes como la depresión son parte de la morbilidad a nivel mundial. Para estos autores la diabetes y la depresión están comunicadas de diferentes formas y en ambos sentidos, y la morbilidad asociada a su relación es más compleja cuando se padecen ambas. La depresión en la diabetes conduce a un estado de alteraciones de la conducta y a un peor un buen control de la glucemia, lo que conduce a un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.

Finalmente, en este trabajo de investigación teórica encontraras una propuesta de intervención psicológica, la cual consiste fundamentalmente en la terapia conductual, así como, una serie de estrategias y técnicas de intervención que se pueden llevar a cabo dentro de las sesiones según sea el caso y situación de cada persona. Una vez más se reitera la importancia de la intervención psicológica en personas que sean diagnosticadas con diabetes mellitus, esto con la finalidad de lograr una mejor calidad de vida entre los pacientes con diabetes mellitus, y de la misma manera evitar complicaciones que a futuro sean irremediables y mortales para todos ellos. Recordando que estas dos enfermedades no respetan edad, género, estatus social, estatus económico, creencias, entornos y todos estamos expuestos a padecerlas en algún momento de nuestras vidas.

1. Depresión

1.1 Definición

Para la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2015) la depresión es un trastorno de salud mental común que afecta a más de 264 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concurra con cansancio y falta de concentración. La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Las causas de la depresión incluyen complejas interacciones de factores sociales, psicológicos y biológicos.

Como se menciona en el NIMH (National Institute of Mental Health, 2021) la depresión afecta a quien la padece en cómo se siente, piensa y coordina en su vida cotidiana, dentro de sus actividades comunes como dormir, comer o trabajar, y puede ocasionar síntomas graves. Además mencionan que es una enfermedad que sin importar la edad, la raza, los ingresos, la cultura o el nivel educativo, puede afectar a cualquier persona. También menciona que los factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos juegan un papel importante en la depresión, y que además de estos factores también se corre el riesgo de ocurrir conjuntamente con otros trastornos mentales y otras enfermedades como diabetes, cáncer, enfermedad cardíaca y dolor crónico. Por otro lado, comentan que los efectos secundarios que provocan algunos medicamentos para el control de estas enfermedades crónicas suelen contribuir a los síntomas de una depresión.

Navarro (1990), señala que la depresión interfiere en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y las actividades que antes se disfrutaban. Igualmente, la depresión, dificulta las relaciones con los demás. En las depresiones de cierta severidad algunas personas se aíslan, llegan a comportarse indiferentes por casi todo y los pensamientos de suicidio son muy comunes.

Lewinsohn, (1974 citado en Martell et al. 2013) definió a la depresión como el resultado de una falta, o un nivel bajo, de refuerzo positivo de respuesta contingente. Rojas (2006) comenta que las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas que pueden ser adquiridas o se pueden heredar, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo.

La OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2021) menciona que la depresión es un padecimiento que es común, pero que puede presentar síntomas graves, los cuales interfieren con la vida diaria, perjudicando las actividades como el trabajo, el dormir, comer y disfrutar de la vida. Así mismo, mencionan que la depresión puede ser adquirida por factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. También se dice que la depresión puede ser adquirida por herencia familiar, sin embargo, también ocurre sin antecedentes familiares. Por otro lado comentan, que cada persona muestra síntomas diferentes, así como la gravedad, frecuencia y duración de los síntomas también varían en cada persona y situación de la enfermedad.

Para Hornstein, (2006 citado en Bogaert García & Huberto, 2012) la depresión es un trastorno la cual tiene una causa, aún desconocida o directamente sin causa orgánica, que se mejora y se puede modificar con medicamentos. Para Navarro (1990) la depresión es un

conjunto de manifestaciones clínicas que se utilizan para designar una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales como lo pueden ser episódicas o periódicas, unipolares o bipolares, leves, moderadas o severas. A su vez comenta que en éstas alteraciones, el individuo ya no tiene acceso a reforzamientos sociales o bien, éstos dejan de ser congruentes a sus respuestas o pierden su efectividad. Por otro lado este autor menciona que dichas alteraciones van acompañadas por pensamientos automáticos depresivos, trastornos corporales y por la sensación de falta de energía y de pérdida de control sobre las situaciones. Además, como resultado final, se observa la disociación de las funciones cerebrales y la ausencia de comportamientos orientados al logro de objetivos.

Como afirma Bosqued (2005) la depresión es un factor que altera el estado de ánimo, es un trastorno afectivo-cognitivo que hace que las personas sean pesimistas ante cualquier aspecto de la vida y cambien sus actitudes y su comportamiento viendo de manera diferente al mundo y como consecuencia su actuar es distinto a cuando no estaba deprimido. Por otra parte García, et al. (2011) mencionan que la depresión es un conjunto muy amplio de problemas de salud mental que se caracterizan fundamentalmente por la poca o nula afectividad positiva (perder interés en cosas que anteriormente a padecerla se solían disfrutar de ellas y formaban parte de nuestra vida cotidiana), estado de ánimo bajo y una gran variedad de síntomas como suelen ser los emocionales, físicos, conductuales y cognitivos asociados.

Desde el punto de vista de Muriana et al. (2012), una depresión, hablando literalmente, es un terreno hondo o una disminución de la presión atmosférica, refiriéndose a algo que va cayendo estrepitosamente y esto hace que se tenga un estado más o menos equilibrado. Con respecto al sistema humano, hacen referencia a que indica la ruptura de un equilibrio y como

consecuencia el estado de ánimo de la persona decae, percibido como si desfalleciera o como si su energía se perdiera.

La depresión es una ruptura muda en donde el paciente adelgaza sin aparente razón, siente frío sea cual sea la temperatura ambiente donde se encuentre y su cuerpo sufre de todo tipo de dolores, se encuentra agotado, se siente desdichado, está angustiado, no puede conciliar el sueño y es muy complicado que acepte hablar. Al contrario de la ansiedad, el deprimido no habla, y si habla, su voz es pasiva y sin fuerza. (Gérard, 2012).

Skinner (1953, citado en Caballo, 2007) señala que cuando la conducta se debilita ello es resultado de una depresión, todo esto se debe a la interrupción de secuencias establecidas de la misma conducta que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente donde el individuo se desarrolla socialmente. Por otro lado, Ferster (1966, citado en Caballo, 2007) menciona una serie de factores de conductas que pueden ser causantes de una depresión, tales como:

- Cuando existen cambios ambientales repentinos que requieren que se establezcan nuevas fuentes de reforzamiento.
- Evitar la oportunidad del refuerzo positivo, mediante la negación de conductas aversivas o punitivas.
- La perspectiva equivocada del ambiente, que produce una conducta socialmente inapropiada y una baja frecuencia de refuerzo positivo.

Como mencionan Vieta et al. (2004), la depresión se caracteriza por la pérdida de interés por las actividades habituales, la falta de ilusiones y la gran dificultad para hacer cosas que, en otro momento, habrían sido fáciles o rutinarias. También hacen mención que en la depresión bipolar existen características como la pérdida de fuerza de voluntad y una gran apatía. Por otro lado mencionan que los pensamientos y los actos son más lentos y la persona siente inactividad, tristeza, lentitud, ideas de minusvalía y un gran sufrimiento. La persona que padece de depresión siente como si hubiera perdido toda su energía. Estos autores opinan que para las personas que conviven con una persona que padece depresión, en la fase depresiva pueden sentirse muy frustrados y agotados. Otra de las características aquí mencionadas es que el paciente acostumbra a recluirse en la cama o en su habitación, duerme mucho y se abandona físicamente, se siente indolente, inútil, frustrado, incluso se siente sin ánimo desde antes de empezar algo y las pequeñas obligaciones del día a día se convierten en obstáculos, con ideas negativas y en muchas ocasiones piensan que la muerte es la única solución.

1.2 Prevalencia de la depresión.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población en general, específicamente a un 5% de los adultos y a un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves ante los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares y en el peor de los casos, puede llevar al suicidio, donde cada año se suicidan más de 700 000 personas. Siendo la cuarta causa de muerte entre grupos de 15 a 29 años.

Se considera que en todo el mundo la depresión afecta a más de 450 millones de personas y que una de cuatro personas sufrirá depresión en algún momento de su vida, a cualquier edad o de cualquier condición social. La depresión es la causa principal de discapacidad a nivel mundial y es una de las causas de morbilidad en todo el mundo. Es muy importante la salud mental para tener un bienestar, ya que se estima que el 13% de las enfermedades tienen relación con trastornos de salud mental. Dentro de la prevalencia se observa que en Estados Unidos, Europa y Brasil es más elevada, ya que más del 15% de población ha padecido depresión mayor alguna vez en su vida y más del 6% durante el año anterior. Solo en Estados Unidos se estima que uno de cada cinco adultos mayores de 18 años presentó sintomatología asociada con el trastorno depresivo durante el 2019 (Corea, 2021).

Dentro de los trastornos depresivos, generalmente las recaídas existen con regularidad y que por ende aumenta la gravedad, y esto conlleva a complicaciones serias, como el suicidio. Entre un 40% y un 85% de las personas con depresión mayor, presentan alguna recaída durante la vida (González, Fernández, Rodríguez, Amigo, 2007). Por otro lado O'Connor (1999), hablando en términos monetarios y el costo que representa para la sociedad norteamericana la depresión, siendo la segunda enfermedad más cara. Se calcula en cuarenta y cuatro mil millones de dólares anuales el costo que conlleva el tratamiento, la atención médica, la pérdida de productividad y la falta de esperanza de vida, la única enfermedad que supera los costos de la depresión es el cáncer y está a la par de las enfermedades cardíacas y el sida. Así mismo, el autor confirma que el número de muertes por suicidio es aproximadamente el mismo que el de enfermos de SIDA. Sin embargo, cuando las personas son sometidas a tratamientos médicos inmediatos, el 90% se recupera.

De acuerdo con la Asociación de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association, 2013) la prevalencia en la depresión a los doce meses de haber sido diagnosticado es de aproximadamente del 7%, con variabilidad en el rango de edad, quedando de manifiesto que los individuos de entre 18 y 29 años de edad es más la prevalencia que en individuos de 60 años o más. La tasa de prevalencia en mujeres es mayor que en los hombres y se puede manifestar desde la adolescencia.

Frecuentemente los episodios de trastorno depresivo mayor inician posteriores a un estrés psicosocial grave, por ejemplo problemas con la pareja detonando el divorcio o la muerte de un ser querido. Estudios confirman que los momentos psicosociales llamados estresores, juegan un papel importante en desencadenar el primero o el segundo episodio del trastorno depresivo mayor y contrario al papel que juega cuando se desencadena el segundo episodio

el cual es mínimo. La dependencia de sustancias como el alcohol o la cocaína y las enfermedades crónicas contribuyen de manera importante a la exacerbación del trastorno depresivo mayor (APA, 1995).

De acuerdo con Piñar et al. (2020) la prevalencia de la depresión, es probablemente el trastorno mental más temido por su costo para la sociedad, en 2010 dentro de los Estados Unidos, el costo por año a consecuencia de la depresión incluyendo gastos médicos y de trabajo, excedió los 200 mil millones de dólares. Estos mismos autores mencionan que la depresión es altamente prevalente y con el pasar de los años sigue en incremento a nivel mundial, en países desarrollados, la prevalencia es de 18%, mientras que en países en vías de desarrollo es de 9,2%.

1.3 Clasificación de la depresión.

En la opinión de la NIMH (2021) existen dos tipos de depresión que son más frecuentes, los cuales son:

- Depresión mayor: su principal característica es que los síntomas están presentes el mayor tiempo o por lo menos se tienen dos semanas de padecerlos y a su vez estos síntomas interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar y comer.
- Trastorno depresivo persistente: también llamada distimia, tiene como principal característica síntomas menos graves pero que duran más tiempo.

Así mismo, mencionan otras formas de depresión las cuales incluyen las siguientes:

- Depresión perinatal: también llamada depresión posparto y esta ocurre durante el embarazo o después del parto.
- Trastorno afectivo estacional: su principal característica es que aparece y desaparece con las estaciones del año, comienza generalmente a finales del otoño o principios del invierno y desaparece en la primavera y el verano.
- Depresión con síntomas de psicosis: su principal característica son los síntomas de psicosis, en donde la persona deprimida presenta delirios como creencias falsas fijas y perturbadoras o alucinaciones como escuchar o ver cosas que otros no pueden oír o ver.

Por otro lado, Strange (1992) menciona que los trastornos del estado de ánimo tienen una gran variedad de formas que se presentan de diferentes formas clínicas. Para él, la depresión se clasifica en:

I. Depresión moderada. Las manifestaciones típicas reportadas por los pacientes son:

- Afecto deprimido: Muestran poco interés y poco placer en las actividades que antes disfrutaban, además de tristeza y preocupación.
- Pensamientos negativos y pesimistas: Del pasado, presente y futuro, sensación de minusvalía, fracaso, culpabilidad y falta de confianza.
- Cambios en la actividad motora: Lentitud en la función psicomotora, reducción de la frecuencia de los movimientos del cuerpo, hablar despacio y lentitud del pensamiento, agitación e incapacidad para relajarse.
- Ansiedad: manifestaciones psicológicas y somáticas de ansiedad.
- Manifestaciones fisiológicas (somáticas): Alteraciones del sueño, alteraciones del apetito y del peso corporal, puede existir estreñimiento, pérdida de la libido, fatiga y dolor muscular.

II. Depresión severa: Aquí los síntomas son los mismos pero más intensos, pueden presentarse algunas manifestaciones que son más típicas de la psicosis por lo cual algunos pacientes pierden contacto con la realidad y pueden presentar delirios como ideas falsas, su pensamiento es negativo con respecto del presente, pasado y futuro, así como también presentar alucinaciones.

III. Depresión leve: También se presentan las mismas manifestaciones pero con una intensidad más baja. Entre las cuales se encuentran, la ansiedad, los síntomas obsesivos y las fobias.

IV. Manía: Aquí las manifestaciones serían contrarias a las de la depresión. Por ejemplo los pensamientos rápidos, las ideas excesivamente optimistas, el incremento del apetito y la actividad sexual.

Bosqued (2005) menciona que la depresión se puede clasificar de acuerdo a dos criterios: atender la intensidad de los síntomas y las causas que la producen. Por otro lado, también comenta que el primer criterio, se centraliza en menor o mayor intensidad de su sintomatología, como lo son las depresiones leves, moderadas y graves. También comenta que otra tipología de los síntomas de la depresión se puede dividir, según la naturaleza de la causa que se cree los ha provocado, en reactivos y endógenos. La depresión reactiva tiene causas que se deben buscar en algún acontecimiento ocurrido como una ruptura afectiva o la pérdida de trabajo al que el sujeto responde de una manera desadaptativa, exagerada en intensidad y duración. Por otro lado las depresiones endógenas, no se originan por ningún acontecimiento vital que pueda explicar su aparición, más bien tiene relación con la neuroquímica del Sistema Nervioso Central.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) hace mención que los episodios depresivos se clasifican en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como en la afectación de cada persona, según sean sus síntomas. Así mismo, comentan que hay diferentes tipologías de trastornos del estado de ánimo, tales como:

- Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona experimenta un primer y único episodio.
- Trastorno depresivo recurrente: la persona ha padecido ya al menos dos episodios depresivos.
- Trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con períodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente.

1.4 Signos y síntomas.

Como mencionan San Molina & Arranz (2010), la depresión es una enfermedad del cuerpo y de la mente. Así mismo, comentan que en su mayoría las personas con depresión tienen síntomas físicos y psicológicos, aunque en cada caso son completamente distintos los síntomas y se presentan con diferente intensidad según sea el caso. Algunas personas pueden no referir ningún síntoma, pero su comportamiento manifiesta problemas de depresión.

A continuación se describen síntomas de la depresión tanto psicológicos como físicos, citados por San Molin & Arranz (2010).

1.4.1 Síntomas psicológicos.

- Tristeza: No necesariamente se observa tristeza en las personas aunque exista depresión, algunas personas demuestran nerviosismo, algunas otras no demuestran sus emociones abiertamente, y otras presentan cambios en su comportamiento o síntomas físicos inexplicables. La tristeza que aparece en un cuadro depresivo no tiene relación a la experimentada ante la que siente una persona por algún problema o situación difícil, la tristeza en la depresión es mucho más intensa. Se relaciona a sentir vacío, pérdida y miedo. Cuando una depresión es moderada o grave, la tristeza suele ser más intensa por la mañana y disminuir ligeramente durante el día, pero no desaparece aunque su intensidad sea variada.
- Anhedonia (Pérdida de interés en cosas con las que antes se solía disfrutar): La principal característica de este síntoma es la incapacidad para disfrutar de la vida, de las actividades habituales que se suelen realizar de manera normal, e incluso de las aficiones. Ninguna actividad produce placer.

- **Ansiedad:** El tener miedo e inseguridad y por ende sentirse amenazados, se libera a la sangre una hormona llamada adrenalina la cual coloca a la persona en un estado de activación y alerta que se manifiesta en los músculos y cerebro, preparándose para reaccionar rápido y huir de la situación de peligro. Esta sensación pasa en pocos minutos, si no sienten peligro y se considera el síntoma más importante que manifiesta una persona con depresión.
- **Vacío emocional:** Algunas personas deprimidas se sienten como si no tuvieran emociones. No pueden llorar.
- **Pensamiento depresivo:** Ver la vida de color gris o negro es otro síntoma en personas con depresión, se culpan a sí mismas de sucesos pasados y ese pasado los absorbe. Incluso si algo lo hacen bien no lo reconocen, y las cosas importantes y buenas que han logrado en el transcurso de su vida suelen pasar inadvertidas y se olvidan, cosa contraria con las malas que siempre están presentes en sus pensamientos. Se enfocan más en los sucesos negativos, y esto solo produce preocupación, ansiedad, falta de confianza y de autoestima y hace más grave la depresión.
- **Problemas de concentración y de memoria:** El pensamiento depresivo suele ser tan intenso que impide que la persona piense o se concentre en otras cosas. Estos problemas de concentración también causan indecisión y falta de atención. En personas mayores, estos síntomas pueden confundirse con la demencia.
- **Delirios:** Cuando se tiene una depresión grave, los pensamientos se distorsionan y el contacto con la realidad se puede perder, y al tener estas falsas creencias solo empeora

y aumenta la depresión. Existen diferentes tipos de delirios, pero todos ellos reflejan el estado de ánimo y el pensamiento depresivo.

- Alucinaciones: Los delirios son pensamientos y las alucinaciones son percepciones no reales, la mayoría de las veces son sonidos. Por ejemplo, las personas que sufren de alucinaciones por lo general escuchan voces cuando no hay nadie cerca y las voces pueden criticarlos, acusarlos o amenazarlos.
- Impulsos suicidas: Cuando se tiene depresión, el pasado es algo tormentoso y lleno de equivocaciones, el presente es incierto, gris, oscuro y se tiene miedo del futuro. En estas situaciones, algunas personas llegan a pensar que no vale la pena vivir, que solo estorban para los demás, que incomodan y estorban en la vida de los demás, sintiéndose menos. Por eso es que muchas personas deprimidas piensan en el suicidio, de manera pasajera y sobretodo en los momentos más graves de la depresión. Algunas otras se van a dormir deseando no volverse a despertar y así acabar con la tortura de vivir y cuando vuelven a despertar tienden a enojarse y de esa manera se agrava más el problema, pues es una cadena que no termina. Para esta situación existe tratamiento y es transitorio, aunque el paciente crea que terminar con su vida es la solución a todos los problemas que lo aquejan. La familia del paciente tiene el derecho y el deber de evitar, en la medida de lo posible, que el paciente lleve a cabo sus amenazas de suicidio aunque en la mayoría de la veces lo hacen en soledad y alejados de todos ellos.

1.4.2 Síntomas físicos.

La depresión enmascarada es algo con lo que se tiene que tener mucho cuidado cuando se tiene depresión pues muchos de los síntomas se pueden confundir con un verdadero problema de salud física y no relacionada a la depresión.

Los síntomas físicos más frecuentes de la depresión son:

- Problemas de sueño: Son tan frecuentes los problemas del sueño y son los culpables de que las personas con depresión sientan cansancio la mayoría del tiempo. Una persona con depresión moderada-grave puede despertarse de madrugada y no poder volver a conciliar el sueño, tener dificultad para dormir o despertar varias veces por la noche.
- Enlentecimiento mental y físico: Este problema hace que las personas con depresión se sientan cansados todo el tiempo y les complica realizar las tareas diarias de rutina, se le conoce como enlentecimiento psicomotor. Todas las actividades representan un gran esfuerzo. También se manifiesta en el tono de su voz pues parece que hablan más despacio de lo habitual y de forma más monótona. La mayoría de las veces las funciones corporales también se enlentece, por ejemplo, estreñimiento, boca seca y en mujeres durante su menstruación.
- Pérdida de apetito: Durante la depresión se puede perder bastante peso. La comida parece poco apetitosa e insípida y no se tiene hambre.

- Síntomas físicos diferentes: Contrarios a todo lo mencionado anteriormente con respecto a los síntomas que una persona con depresión presenta, también existen los síntomas físicos diferentes como por ejemplo: aumento de sueño, apetito y peso.
- Dolor: Principalmente afecta a la cabeza, espalda, tórax, brazos y piernas. Cuando se sufre de depresión muchas personas pueden confundir algunos de estos síntomas con ataques al corazón y asisten al médico de urgencia, pero al revisarlos no aparece nada en relación al corazón. En los niños, son típicos los dolores abdominales, es por eso que se debe tener mucho cuidado con los síntomas físicos ya que suelen confundir a las personas con afecciones más graves de lo que implica realmente.
- Problemas sexuales: El vacío emocional llevan a las personas a estar solas, a no relacionarse de manera afectiva con nadie y por ende mantienen menos relaciones sexuales. También existen problemas físicos en donde los hombres pueden notar dificultades en la erección, y las mujeres pueden notar dolor durante el acto sexual.

Rondón (2018) define a la depresión como un trastorno multifactorial, la cual contiene un conjunto de síntomas específicos, los cuales se describen a continuación:

- Entencimiento motor, verbalizaciones negativas y quejas conductuales o motoras, agitación, intentos de suicidio, inhibición general, llanto, lenguaje escaso, adicciones, signos faciales de desesperanza y tristeza, autoagresión y desarreglo personal.
- Cognoscitivos como conducta negativa de sí mismo, del entorno y del futuro.
- Sociales, dependencia de otras personas, rehúye a las relaciones y a la interacción social recreativa.

- Biológicos, cambios en su peso, ya sea aumento o disminución del mismo, insomnio o hipersomnia, cansancio, pérdida de energía y de apetito, alteración del funcionamiento sexual, molestias corporales difusas, astenia, dolores musculares y articulares y cansancio, llevándolo a perder el gusto y tener dificultades por las cosas que solía hacer cotidianamente.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2021) menciona que en un episodio depresivo, la persona experimenta síntomas tales como un estado de ánimo deprimido como lo puede ser tristeza, irritabilidad, sensación de vacío o pérdida del interés en actividades de las cuales se solía disfrutar. También comentan que estos episodios depresivos suelen sentirse la mayor parte del día, casi todos los días o durante al menos dos semanas. Además, se menciona de la presencia de otros síntomas, entre los que se encuentran la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía. Algunas personas también pueden presentar síntomas somáticos como por ejemplo, dolor, cansancio, astenia y no estar relacionados a problemas físicos. Otros síntomas comunes en la persona afectada son dificultades en su vida personal, familiar, social, educativa, ocupacional y en otros ámbitos importantes.

1.5 Causas y factores de riesgo de la depresión

La Organización Mundial de la Salud (2021) menciona que la causa de la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Las personas que han experimentado episodios complejos en su vida como desempleo, luto, eventos traumáticos, etc., tienen más probabilidades de sufrir depresión. Todo esto genera más estrés y disfunción, y como consecuencia la vida de la persona empeora y, por consiguiente, la propia depresión. También hacen mención que existe una relación entre la depresión y la salud física, como lo pueden ser las enfermedades cardiovasculares.

Como lo sugiere Gérard (2012) una de las consecuencias más graves de la depresión es el suicidio. Según estudios epidemiológicos internacionales estiman que del 40 al 80% de los suicidios se relacionan a trastornos del humor o a trastornos depresivos, lo que equivale a casi dos tercios de los 11.500 decesos anuales por suicidio observados en Francia. El autor también opina que la depresión es responsable indirectamente en los decesos, como por ejemplo cuando induce a conductas de riesgo como el alcoholismo patológico o cuando se diagnostica una enfermedad crónica o incurable en una persona. Menciona como ejemplo a una persona que ha sufrido una operación de cirugía cardíaca, si se deprime la tasa de supervivencia baja a la mitad, con relación a la tasa de supervivencia de los pacientes no deprimidos.

De acuerdo con Montoiro Rodríguez et al. (2019) la depresión es un trastorno mental con una alta morbilidad que afecta a más de 300 millones de personas, siendo la principal causa de discapacidad en el mundo. También opinan que es más frecuente en mujeres que en

hombres y una consecuencia grave es que puede terminar desencadenando en el suicidio. Así mismo mencionan que la depresión se trata de una patología multifactorial y por tal motivo los factores de riesgo pueden ser muy diversos, los cuales van desde factores personales-sociales, cognitivos, familiares o genéticos. También hacen mención a los factores biológicos, donde explican que existen múltiples investigaciones que relacionan al trastorno depresivo y diversos cambios cerebrales a nivel estructural y funcional con complicaciones por la depresión. Además, estructuralmente, la depresión puede afectar tres áreas cerebrales: hipocampo, amígdala y corteza cerebral, observándose una reducción del volumen de la primera de ellas, que desempeña un importante papel en el desarrollo depresivo.

Piñar et al. (2020) comentan que es difícil determinar factores independientes que causen complicaciones en la depresión debido a los múltiples factores y etiologías que se presentan, sin embargo, en múltiples estudios, resaltan varios factores de riesgo, los cuales se mencionan a continuación:

- Enfermedad médica concomitante
- Dolor crónico
- Medicamentos: glucocorticoides
- Enfermedad psiquiátrica concomitante
- Eventos de vida adversos
- Rasgos de personalidad
- Estatus económico bajo
- Estado civil: separado, viudo, divorciado
- Fumador o exfumador

- Antecedente de enfermedad mental
- Conflictos en la infancia con los cuidadores.

También estos mismos autores mencionan algunos factores protectores como son: creencias religiosas, soporte social, embarazo y tener hijos. Con respecto a las comorbilidades, comentan que la depresión se puede presentar junto con múltiples enfermedades, ya sean psiquiátricas o médicas, aunque también de manera individual o asilada. Así mismo, opinan que tanto los desórdenes psiquiátricos como la mayoría de los padecimientos médicos incapacitantes crónicos tienen un gran porcentaje de ir de la mano con la depresión. Varios trastornos médicos están asociados con la depresión algunos pueden deberse al proceso de la enfermedad como en hipotiroidismo o en hipercortisolismo, otros al deterioro del funcionamiento y la discapacidad que surge de algunas patologías médicas, de los cuales se mencionan los más importantes

Respecto a las causas de la depresión, Beck (1976), menciona que se debe a un desorden del pensamiento, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro; además supone la activación de signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos.

Hernández & Barrera (2021) comentan que algunas afecciones medicas pueden ser una causa para desarrollar depresión, principalmente afecciones graves como una reacción psicológica ante un evento, enfermedades como las oncológicas, en especial el cáncer de páncreas en fases iniciales. Por otro lado, también se ha relacionado con enfermedades respiratorias, cardiovasculares, neurológicas como demencias, epilepsia, esclerosis múltiple, enfermedad de párkinson, VIH-SIDA y endocrinológicas como el hipotiroidismo, la

enfermedad de Addison, Cushing e hipoglucemia, entre otras. Estos autores opinan que el uso de algunos medicamentos como los analgésicos también son un factor importante para desencadenar depresión, de los cuales se menciona la indometacina, antibióticos como el ácido nalidixico, la isoniazida, las sulfas, antihipertensivos como la clonidina, la metildopa, el propanolol, los bloqueadores de los canales de calcio, los digitalicos, los corticoesteroideos, los anticonceptivos, L- dopa y antipsicóticos especialmente los típicos.

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014) una causa de la depresión es que haya pasado algo en tu vida, que haya desencadenado la depresión, aunque existen muchos otros factores que la producen. A continuación se mencionan algunos de ellos.

- No existe una causa única que sea la culpable de la depresión, más bien podría ser el resultado de un conjunto de factores psicológicos, genéticos y bioquímicos.
- Factores que se relacionan a la personalidad o factores psicológicos son una causa importante para predisponer a la depresión.
- Circunstancias que pueden activar los sentimientos característicos de la depresión y actuar como desencadenantes.
- Cuando una persona está deprimida se refleja en cambios en diferentes zonas del cerebro, según algunos estudios. Así mismo, las sustancias químicas que utilizan las células del cerebro para comunicarse, los neurotransmisores, parecen no estar en equilibrio.

A continuación se mencionan diferentes circunstancias que pueden aumentar el riesgo de depresión son:

- Tener antecedentes de depresión en el pasado.
- Que existan antecedentes en la familia de personas deprimidas.
- Estrés o pérdidas de seres queridos (fallecimiento), desempleo, soledad, cambios en el estilo de vida o problemas para relacionarse con los demás.
- Conflictos generales en su ambiente, por ejemplo, en el trabajo, familia u otros contextos).
- Que en el pasado sufrieron traumas físicos o psicológicos.
- Una mala salud por enfermedades crónicas o graves.
- También algunos medicamentos para aliviar otras enfermedades pueden ser causantes de depresión.
- Alcoholismo y consumo de drogas.
- Existen mujeres que después de un parto pueden sentirse más vulnerables a la depresión. Cambios físicos y hormonales junto con la responsabilidad de cuidar de su bebe, pueden resultar especialmente difíciles de asumir.

Yapko, (2006) menciona que existen diversas causas que desencadenan la depresión. Comenta que establecer una relación causa-efecto es un poco difícil, pero menciona que puede ser por el inicio de un acontecimiento doloroso, como la muerte de un ser amado o la pérdida de un empleo, no es tan sencillo estar seguro de la causa. Así mismo, comenta que no necesariamente todos lo que pasan por acontecimiento así, sufrirán de depresión. También dice que la depresión tiene origen en tres áreas generales: biología, psicología y sociología.

1.5.1 Causas psicosociales:

Con respecto a las relaciones que pueden existir entre la cultura y la depresión, se encontraron mediante investigaciones hallazgos que explican que en todas las culturas existe la depresión y todas las personas se encuentran en riesgo de poder padecerla, mas sin embargo, la depresión puede variar de cultura a cultura (Chen, Rubin, y Li, 1995, citados por Comer, 2001). Comer (2001), señala que la depresión tiende a variar de subgrupo en subgrupo dentro de una misma sociedad o cultura, dejando en claro que es mucho más alta la prevalencia para mujeres que para hombres. Además este autor comenta que hay una explicación sociocultural que fundamenta que la mujer en la sociedad juega un rol muy complejo que arriesga de manera particular a padecer depresión. La explicación que fundamenta las explicaciones del autor es que las mujeres actualmente viven con más responsabilidades y menos calidad de vida que los hombres.

Por otra parte, hay una teoría que se conoce como interpersonal, en ella se explican un conjunto de pasos que son los causantes de originar una depresión. El primer paso implica en el individuo un fracaso ocurrido durante su infancia que no le permitió tener las habilidades necesarias para desarrollar relaciones íntimas satisfactorias. Cuando el individuo fracasa se genera una sensación de desesperación, aislamiento y depresión. Así mismo cuando ya la depresión exista en el individuo esta se mantendrá causado por sus habilidades sociales pobres y a la poca comunicación con los demás, generando un rechazo aún más fuerte y marcado por quienes lo rodean. Entonces la teoría interpersonal confirma que este círculo de depresión, falta de habilidades sociales y de interacción social es el verdadero causante de una depresión (Halgin y Krauss, 2005).

1.5.2 Causas genéticas:

Se ha comprobado que existe una tendencia a la enfermedad basada en causas genéticas, en gemelos. Los estudios de Kallman y Slater comentan que existe un gen dominante en gemelos idénticos. Se explica en estos descubrimientos que los miembros de una familia que se desarrollan en los mismos factores ambientales pueden determinar la depresión. De la misma forma, convivir con una persona deprimida puede ser un factor importante para originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados (Calderón, 1999)

En las depresiones psicóticas, los factores genéticos son de muy importantes (Calderón, 1999). En dichos estudios realizados con familias, se ha demostrado que los padres, hermanos e hijos de pacientes con depresión tienen un riesgo de padecerla de entre el 10 y 15%, en relación con el 1 al 2% en la población general (Gelder y cols, 1993).

1.5.3 Causas biológicas:

Gran cantidad de personas que han experimentado una depresión han reconocido que les ha sucedido algo de naturaleza bioquímica (O'Connor, 1999). Hoy en día, existen teorías desarrolladas que explican que la causa de la depresión está en un desequilibrio de los neurotransmisores. Se dice factores biológicos son causas importantes que participan en la depresión, los cuales causan disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina del sistema nervioso central, aunado a cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico (Jusset y cols., 2002)

Las neuronas son células de las cuales se conforma el cerebro. . La sinapsis es la zona de interacción de las neuronas y su funcionamiento es imprescindible para explicar todas las

acciones del cerebro, desde las más simples, como ordenar a los músculos que realicen un movimiento, hasta las más complejas como son las funciones que originan controlan y modulan las emociones (Segura, 2006).

1.6 Diagnóstico de la depresión

Como lo mencionan Hernández & Barrera (2021) es muy importante llevar a cabo una historia clínica que cuente con una base de datos en la cual se describen los factores desencadenantes, los antecedentes patológicos, farmacológicos, tóxicos, alérgicos, familiares, etc. También se debe llevar a cabo un examen mental completo y una exploración del estado cognitivo, que permita dar un diagnóstico completo y de manera acertada. Se requiere realizar una evaluación del riesgo suicida, para encontrar o descartar comportamientos como autolesiones o conductas pasivas como el abandono del tratamiento. Así mismo, opinan que las pruebas complementarias, deben solicitarse según la sospecha diagnóstica con el fin de descartar las patologías médicas más comunes, para descartar problemas de salud física y no confundir los síntomas, por la importancia del trabajo multidisciplinario para poder concluir con un diagnóstico más efectivo.

En la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia (2018) se menciona que el diagnóstico de los trastornos depresivos debe realizarse mediante entrevista clínica para obtener información relevante del paciente y no únicamente mediante la aplicación de cuestionarios, ya que estos por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual y llevando a cabo los dos se tendrá una información más completa que permita un mejor diagnóstico.

De acuerdo con la quinta revisión de la clasificación de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), para diagnosticar un episodio depresivo mayor, se debe establecer la presencia de al menos cinco de los nueve síntomas listados, siendo al menos uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de placer en las actividades. Así mismo, es necesario que los síntomas permanezcan durante

al menos dos semanas, con malestares clínicos importantes o conflictos sociales, laborales, familiares o de cualquier ambiente donde se desenvuelven las actividades de la persona.

A continuación un listado con los criterios diagnósticos DSM-5 (2013) para el diagnóstico de un episodio depresivo:

A. Presentar cinco o más síntomas durante un tiempo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, como lo pueden ser un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., sentirse triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o un plan específico para suicidarse o una tentativa de suicidio.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Como se menciona en la Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria (2011), para hacer un diagnóstico de depresión se requiere de la evaluación de la gravedad. La gravedad no está determinada por los síntomas individuales si no por los daños que producen en el funcionamiento de la persona.

De la misma manera se menciona como establecer un diagnóstico de acuerdo al nivel de depresión:

- Depresión menor (se diagnostica con menos de 5 síntomas).

- Depresión leve (por lo general no existen síntomas y si lo hay son pocos además de los 5 necesarios para hacer el diagnóstico y existe escasa repercusión funcional).
- Depresión moderada (deterioro funcional o síntomas entre leve y grave).
- Depresión grave (cuando los síntomas interfieren de manera notable en la conducta del individuo y los síntomas psicóticos suelen aparecer y generalmente se asocian a la depresión grave).

1.7 Tratamiento para la depresión

1.7.1 Psicoterapia:

Rojas (2006) menciona como tratamiento de la depresión a la psicoterapia, como una forma en la que se va consiguiendo que otra persona sea más madura y equilibrada, se centre más en su realidad y tenga la capacidad de tener un desarrollo íntegro. Cataloga a la psicoterapia como arte y como un oficio, una intuición y como una ciencia, que consiste en desdibujar primero y eliminar todo lo que es patológico, neurótico y enfermizo.

Por otro lado, la finalidad de este tratamiento es ayudar de manera integral al paciente y mejorar sus signos y síntomas. Su principal función es dirigirse a las experiencias previas tratando de entender los conflictos actuales, revisando el pasado del paciente para como lo concebía. Se remonta a las figuras de la infancia y la relación con ellas, así como su análisis, especialmente con los padres, tratando de resolver conflictos pasados, y más aún si son el motivo por el cual siguen perturbando el presente. Dicho tratamiento pretende superar los patrones de conducta destructivos (Garza, 2004).

En la psicoterapia, el paciente habla y su relación es completamente íntima con un profesional de la salud mental adiestrado. El terapeuta observa y escucha con mucha atención y empatía, contribuyendo, lenta y apropiadamente a que el paciente comprenda sentimientos, ideas, pensamientos y actos según patrones inconscientes que se quedan fijados en el pasado. La psicoterapia se adentra en lo más profundo del daño. Al reforzar su conciencia emocional e intelectual, de sí mismo, el individuo lograra liberarse de su pasado que le causa molestia y lo lastima y disponer de nuevos patrones más sanos y adaptables. De tal manera que la persona que es sometida a la terapia rechaza y se olvida de sus viejos modos de conducta para aprender otros nuevos (Gold, 1988).

1.7.2 Terapia cognitivo-conductual:

Para Beck, et al. (2010) la terapia cognitiva es el mejor tratamiento para la depresión, la cual tiene un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. Su uso principal es para tratar distintas alteraciones como la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc. Con las terapias cognitivas el paciente aprende a resolver problemas y situaciones las cuales consideraba difícil de superar, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El psicólogo ayuda al paciente a pensar y por ende a tener una mejor realidad de las cosas, a hacer en relación con sus problemas psicológicos, lo cual lo lleve a reducir y eliminar todos los síntomas que le conducen a la depresión.

Así mismo, Bosqued (2005) menciona como tratamiento de la depresión a las terapias cognitivas, las cuales están integradas por un conjunto de técnicas psicológicas y su principal objetivo es modificar los aspectos de nuestra conducta, a sabiendas de que dichos aspectos cognitivos son los principales responsables de que las personas presenten malestar psicológico.

Además, Hoberman y Lewinsohn (1985, citado en Caballo, 2007) comentan que existe un conjunto de elementos que se relacionan con los enfoques conductuales para el tratamiento de la depresión, así mismo, es indispensable que los pacientes cotidianamente observen sus actividades, pensamientos y estado de ánimo. Se propone que los pacientes alcancen objetivos con la finalidad de que experimenten sentimientos de satisfacción y continúen mediante refuerzos positivos para seguir logrando sus objetivos.

Dentro de la terapia cognitiva, el terapeuta intenta y motiva al paciente a que modifique sus opiniones acerca de los sucesos y también de él mismo. El terapeuta también le indica que escriba todo que siente interiormente, e identifique todos los pensamientos que cree que lo conducen a su depresión. Posteriormente se le enseña a revisar sus creencias negativas, a comprender cómo pueden bloquear su realidad e ideas positivas e interpretar de manera más clara los hechos adversos (Davison, Neale, 1983).

Así mismo, en la terapia cognitiva el tratamiento intenta enseñar al paciente a examinar, identificar, y cambiar sus pensamientos distorsionados por otros más realistas y así poder modificar las actitudes negativas que son las causantes de interpretar sus experiencias de un modo depresivo. Por otro lado, el terapeuta deja tareas para realizar en casa con la finalidad de que el paciente trabaje en lo que ha aprendido en terapia (Hernangómez, 2000).

Para García-Herrera, et al. (2011) las personas con depresión mayor moderada o grave se deben de tratar con intervenciones psicológicas de alta intensidad. Las intervenciones que los autores recomiendan son la terapia cognitiva conductual (TCC) o la terapia interpersonal (TIP), y en ocasiones la activación conductual y la terapia de pareja. Recomiendan la terapia cognitivo conductual al tener la evidencia más completa con respecto a la eficacia, por lo que es la terapia psicológica la primera elección. Así mismo, consideran a la terapia interpersonal como una alternativa adecuada a la terapia cognitivo conductual para la depresión mayor moderada.

1.7.3 Terapia interpersonal:

Los investigadores Gerald Klerman y Myrna Weissman, desarrollaron esta terapia en el año de 1980, la cual postula que cualquier área con problemas interpersonales puede derivar

en depresión, la cual debe ser tratada inmediatamente. Esta terapia interpersonal trabaja en áreas como lo son la disputa de roles interpersonales, pérdida interpersonal, transición de roles interpersonales y déficits interpersonales (Klerman y Weissman, 1992, Klerman et al, 1984, citado por Comer, 2001).

La propuesta en la que se basa la terapia interpersonal es en los acontecimientos vitales dolorosos que dañan el estado de ánimo y viceversa. El paciente puede mejorar su estado depresivo y mejorar su calidad de vida cuando comprende la relación entre el estado de ánimo depresivo y los problemas cotidianos (Markowitz, 2002). Esta terapia se aplica en casos como por ejemplo: cuando la depresión se debe a una situación cotidiana de vida, como la muerte de un ser querido. A esta terapia se le llama intervención en crisis y su principal característica es el estudio y solución de los problemas que pueda tener el paciente y su situación de vida. La ayuda del terapeuta consiste en restablecer el balance vital a través de modificaciones de la conducta del paciente (Garza, 2004).

Por otro lado, la terapia interpersonal fundamenta sus bases en pasos específicos de intervención, dejando de lado muchas veces determinadas técnicas. No trata de copiar o igualar el status de una escuela de terapia propia, centrada en sí misma. Las técnicas que utiliza la terapia interpersonal son agrupadas en siete grupos, de las cuales algunas serian uso de la relación terapéutica, modificación de la conducta, técnicas auxiliares como el contrato, técnicas exploratorias, propensión de los afectos, clasificación y análisis comunicacional (Diéguez y cols, 2001).

La depresión puede estar originada por diferentes factores, según la terapia interpersonal. Pero también los problemas interpersonales juegan un papel importante en la depresión,

algunos de los cuales podrían ser: cambios de residencia, la pérdida de una persona querida, cambios en el estado civil, dificultades para relacionarse con los demás, conflictos, cambios en el papel social, discusiones con los demás y cambios de trabajo entre otros (Hernangómez, 2000).

1.7.4 Terapia de solución de problemas:

Por otro lado, Mynors-Wallis, et al. (1995, citado por Vazquez, et al 2015) comentan otro tipo de terapia de solución de problemas elaborada por ellos, la cual ha demostrado ser muy eficaz en los tratamientos contra la depresión, este modelo fue desarrollado para ser aplicado por médicos y otros profesionales de atención primaria que no fuesen especialistas en salud mental. Su aplicación consta de 6 sesiones que son individuales, con una hora de duración la primera sesión y las otras cinco restantes de 30 minutos.

Este entrenamiento en solución de problemas consta de siete pasos los cuales son:

- Explicación del tratamiento y su fundamentación.
- Clarificación y definición de los problemas.
- Establecimiento de metas.
- Generación de soluciones alternativas.
- Selección de la solución preferida.
- Aclaración de los pasos necesarios para implementar la solución elegida.
- Evaluación de los progresos.

1.7.5 Tratamiento farmacológico

Además de las terapias mencionadas anteriormente, actualmente existen otras opciones para tratar una depresión, entre ellas encontramos el tratamiento con fármacos antidepresivos. Rodríguez y Sacristán (2002), mencionan que en los trastornos afectivos es muy importante la farmacología como tratamiento en personas con depresión. Garza (2004), comenta que los antidepresivos tienen un efecto más rápido en la persona con depresión que la psicoterapia. Para este autor, su administración es sencilla y solo le toma unos pocos segundos al paciente el tomarlos, no son adictivos y administrados por un especialista rara vez son peligrosos.

Von Meduna fue el primero en describir el primer tratamiento eficaz para la depresión. Menciona, que el cardiazol inyectado por vía intravenosa provocaba ataques epilépticos. Toda esta información proporcionada por Von Meduna ayudó especialmente a pacientes maníacos y deprimidos aunque fue benéfico también para los esquizofrénicos (Vallejo-Nágera, 2005). El mismo autor menciona, que a pesar de que este procedimiento tenía muchas ventajas y beneficios para los pacientes, eran sometidos de manera espantosa, ya que la conciencia no la perdían instantáneamente y el paciente sufría más. Por tal motivo, el paciente notaba las convulsiones, los movimientos violentos, el espasmo de las mandíbulas, la relajación de esfínteres, etcétera.

En la actualidad, la psiquiatría cuenta con más de treinta agentes antidepresivos eficaces, selectivos o mixtos que ayudan y le brindan esperanza de tener mejor calidad de vida a los pacientes deprimidos. El efecto de estos antidepresivos es serotoninérgico o catecolaminérgico, ya sea actuando a nivel presináptico o bien actuando como agonistas o antagonistas de los receptores (Heerlein, 2002).

Por otro lado, Gérard (2012) comenta que los medicamentos antidepresivos que se comercializan han resultado eficaces en pacientes que han sufrido un episodio de depresión-enfermedad diagnosticado y, algunos, han demostrado su utilidad en el tratamiento de trastornos ansiosos. Comenta también que producen efecto en síntomas a corto plazo y es de gran ayuda para personas deprimidas, puesto que les ayuda a superar una etapa de sufrimiento. En cuanto a episodios depresivos más graves, como en pacientes hospitalizados, los antidepresivos no son equivalentes. Se sugiere que los tratamientos deben tener una duración de seis meses para consolidar la mejoría de un episodio, y de dos años o más, para evitar recaídas y más si se tratan de depresiones graves.

Según la OMS (2021) el tratamiento se adecua a la intensidad y tipología de los episodios depresivos a lo largo del tiempo, los especialistas en la salud mental pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, en casos necesarios se utilizan medicamentos antidepresivos, como por ejemplo los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos. Los encargados en prescribir medicamentos a personas con depresión deben tener en cuenta los posibles efectos adversos de los antidepresivos, así como la posibilidad de alternar terapia y medicamento, según sea el caso de cada persona y los síntomas que presenta. Algunos tratamientos psicológicos que se pueden llevar a cabo son los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales y por terapeutas no especializados supervisados. Los antidepresivos nos son la primera opción como tratamiento, no deben ser utilizados en niños ni como tratamiento de primera elección en adolescentes, en quienes hay que utilizarlos con mucha precaución.

2. Diabetes

2.1 Definición

Como menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Por otro lado, según la International Diabetes Federation (2019) la diabetes mellitus es una afección grave y crónica que se desarrolla cuando las personas tienen los niveles altos de glucosa en la sangre, debido a que no produce insulina o la cantidad adecuada que el cuerpo necesita para su buen funcionamiento, o cuando esta no se utiliza por el organismo de manera adecuada. El páncreas es el órgano que produce la hormona de la insulina, misma que permite que la glucosa del torrente circulatorio ingrese en las células del cuerpo, y que posteriormente se convierta en energía. Siendo necesaria para el metabolismo de las proteínas y las grasas. Cuando el páncreas no produce suficiente insulina o las células no tienen capacidad de respuesta, esta deriva en altos niveles de glucosa en sangre, y a este proceso se le denomina hiperglucemia. Cuando no existe un control adecuado en los niveles de glucosa en la sangre, a largo plazo, muchos de los órganos del cuerpo pueden resultar dañados, lo que complica la salud y hace de esta enfermedad algo potencialmente mortal para las personas. Algunas de las complicaciones más comunes son las enfermedades cardiovasculares (ECV), lesión de los nervios (neuropatía), enfermedad renal (nefropatía) y afección ocular (causante de la retinopatía, la pérdida de visión e incluso la ceguera).

La diabetes mellitus está considerada como un grupo de alteraciones metabólicas, cuya principal característica es la hiperglucemia crónica, derivado de un defecto en la secreción de la insulina, complicando la acción de la misma en el cuerpo. Aparte de la hiperglucemia, también existen alteraciones en el metabolismo de las proteínas y de las grasas. Cuando la hiperglucemia se mantiene en niveles altos esta se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, específicamente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Rojas, et al. 2012).

Por otro lado, las manifestaciones clínicas de carácter físico (Pimentel-Nieto, Morales-Carmona, Sánchez Bravo y Meza-Rodríguez, 2013), pueden ser quejas somáticas, tales como ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica (Consuegra, 2010) y referencia multi sintomática de manera persistente, intensa y con mucha incomodidad, así como sentimiento de cansancio y agotamiento injustificados. Las personas con diabetes presentan niveles altos de azúcar en sangre, debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar desde la sangre hasta el músculo y a las células, para usarla o quemarla como energía. Esto sucede porque el páncreas no produce suficiente insulina, las células no responden de manera normal a la insulina, o ambas. La diabetes mellitus o tipo 2 es muy común, se presenta con mayor frecuencia en la edad adulta.

Pérez, et al. (2015) definen la diabetes mellitus como un síndrome variado de causas múltiples, teniendo a la hiperglucemia crónica como su principal característica, las personas que la padecen sufren cambios metabólicos los carbohidratos, grasas y proteínas y todo relacionado con la alteración en la producción de la insulina. Si no se trata de manera adecuada la enfermedad avanza y puede producir deshidratación, concentración alta de sal en la sangre conocida como hiperosmolaridad, exceso de ácidos en la sangre conocida como

la cetoacidosis, el coma o la muerte o hasta complicaciones crónicas como cardiopatías, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica, enfermedad renal, retinopatía y la neuropatía.

2.2 Clasificación de la Diabetes

Para la Organización Panamericana de la salud (OPS, 2016) la diabetes se clasifica en:

Diabetes de tipo 1:

También conocida como insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, tiene como característica principal una producción deficiente de insulina y es pertinente que se administre insulina diariamente en al diabético. No se conoce aún la causa que produce la diabetes de tipo 1 y de igual manera no se puede prevenir. Algunos de sus síntomas son exceso de orina (poliuria), mucha sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Se debe de tener cuidado con los niveles de glucosa ya que la mayoría de estos síntomas pueden aparecer de forma súbita y no son reversibles.

Diabetes de tipo 2:

Se caracteriza por ser no insulino dependiente y comienza en la edad adulta, su problema se debe a una utilización ineficaz de la insulina. La diabetes tipo 2 representa la mayoría de los casos en el mundo siendo la más común dentro de la población que vive con diabetes y se relaciona directamente a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 1, frecuentemente menos intensos. La diabetes tipo 2 suele diagnosticarse cuando la enfermedad ya está en evolución y han aparecido complicaciones. En la actualidad existen niños que están manifestando este tipo de diabetes que anteriormente se creía que solo se observaba en adultos.

Diabetes gestacional:

Su principal característica es la hiperglucemia, que es el aumento del azúcar en la sangre y aparece durante el embarazo y sus valores se manifiestan de manera alta, más de lo normal y a pesar de ello son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. El problema con este tipo de diabetes es el riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, así como correr el riesgo de padecer diabetes tipo 2 en un futuro tanto para la madre como para los hijos. Se diagnostica mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.

Por otro lado, el Atlas de la Diabetes de la FID (International Diabetes Federation, 2019) clasifica a la diabetes de la siguiente manera:

Diabetes tipo 1:

Se desarrolla principalmente cuando las células beta del páncreas que son las productoras de insulina son atacadas por una reacción del sistema inmunitario del organismo, su principal problema deriva en que el organismo no produce la suficiente insulina. Este tipo de diabetes suele aparecer a cualquier edad aunque su relación es más directa en la niñez y la adolescencia. Aunque la diabetes tipo 1 es más común en la infancia, también se diagnostican casos de diabetes tipo 2 relacionados a la obesidad y sobrepeso en los niños. Dentro de sus cuidados las personas con diabetes tipo 1 necesitan inyecciones de insulina para el nivel adecuado de sus niveles de glucosa en sangre.

Diabetes tipo 2:

Su característica principal es la resistencia a la insulina, en este proceso la hormona no es eficaz, derivando de un exceso de insulina producida por el cuerpo, llegando a una

producción de insulina inadecuada porque las células beta pancreáticas no cumplen con la demanda. Este tipo de diabetes es más común en personas adultas, sin dejar de ser un riesgo para niños y jóvenes por los niveles crecientes de obesidad, inactividad física y dieta inapropiada. Este tipo de diabetes es mucho menos drástica y es probable que ocurra sin síntomas, y una de sus grandes ventajas es que se puede prevenir o revertir con los cuidados adecuados.

Diabetes gestacional:

Los altos niveles de glucosa o hiperglucemia en el embarazo, es la característica principal de la diabetes mellitus gestacional (DMG) o también llamada diabetes en el embarazo (DE). Su diagnóstico se realiza durante el embarazo y suele ocurrir en cualquier etapa del mismo, teniendo una frecuencia de diagnóstico en la semana 24. Se calcula que la mayoría de los casos de hiperglucemia en el embarazo (75-90%) son DMG.

2.3 Prevalencia de la diabetes

Como señala el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) un análisis realizado por entidad federativa para 2018 indica que Campeche (14.01%), Hidalgo (12.83%) y Tamaulipas (12.77%) son los estados con las prevalencias más altas de población de 20 años en adelante y con diagnóstico médico previo de diabetes. Quintana Roo (7.41%), Querétaro (7.51%) y Aguascalientes (7.56%) registran las prevalencias más bajas.

Por otro lado la OMS (2021) menciona que en 2014, un 8,5% de los mayores de 18 años padecían diabetes. También menciona, que en 2019, esta afección fue la causa directa de 1,5 millones de defunciones y, de todas las muertes por diabetes, un 48% tuvo lugar antes de los 70 años de edad. Así mismo, menciona que entre 2000 y 2016, las tasas de mortalidad prematura (esto es, antes de los 70 años de edad) por diabetes aumentarán en un 5%. En cuanto se refiere a países de renta alta, esta tasa de mortalidad disminuyó entre 2000 y 2010, pero luego repuntó entre ese año y 2016. En relación a los países de renta baja o mediana, dicha tasa aumentó en ambos períodos. En cambio, entre 2000 y 2016, la probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años de edad por alguna de las cuatro principales enfermedades no transmisibles como lo son: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas o diabetes, se redujo en un 18% a escala mundial.

La Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación (SECTEI, 2016) menciona que en México, la diabetes desde el año 2000 se ha posicionado como la principal causa de mortalidad. México se ha convertido en el segundo país latinoamericano y el sexto en el mundo en relación a la prevalencia de esta enfermedad. Hoy en día el 73% de las personas mayores de 20 años en el país tiene sobrepeso, lo que significa no estar saludable, además, una tercera parte de la población escolar está en la misma condición y cuanto a las mujeres

adolescentes del país cuatro de cada 10 mujeres presentan sobrepeso u obesidad. La relación entre obesidad y diabetes, implica pérdida de años de vida saludable en la población, ya que la diabetes es causante de enfermedades graves y más aún si los niveles de glucosa no se controlan. El problema se agrava cuando hay una baja tasa de diagnóstico, problemas con seguir una adherencia a la prescripción médica, al tratamiento y control, pues en el país solo el 3.1% de la población se cuida de manera adecuada.

Gómez-Encino, et al. (2015) mencionan que la diabetes se ha convertido en un problema de salud pública, en los últimos años todos los estudios epidemiológicos realizados en relación a la diabetes arrojan como resultado un importante incremento a nivel mundial principalmente en las últimas décadas. Hoy en día, la diabetes se considera entre las primeras causas de muerte en México, todo es debido al envejecimiento de las personas y el aumento en la población. Cifras indican que en los países en vías de desarrollo la diabetes predomina entre los 40 y 60 años, mientras que en países desarrollados la edad prevalece entre los 60 años de edad. Factores de riesgo para la prevalencia son la urbanización asociada a un estilo de vida más sedentario, obesidad y la poca o nula actividad física.

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica, se encuentra ubicada dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles. Es una de las patologías que genera mayor discapacidad y muerte a nivel mundial y más aún cuando los pacientes que la padecen no tienen los cuidados que se requieren, además de ser un padecimiento que económicamente se refleja en los bolsillos de las personas, de ahí que también se le considere como un problema de salud pública. Según estimaciones de la OMS (2010), para el año 2030 esta cifra podría duplicarse. México llama particularmente la atención, actualmente se ubica en el número dos de padecimientos en obesidad a nivel mundial y al ser este un factor de riesgo,

la incidencia de diabetes es mayor. En México, la población con diabetes mellitus (DM) es de ocho millones con una prevalencia nacional de 14.4 por ciento (Villalpando et al., 2010). De este total, entre 90 y 95 por ciento de los afectados presentan DM y actualmente se registran casos en personas cada vez más jóvenes e inclusive menores de 24 años (Estenoz et al., 2006).

En promedio los hombres con diabetes mellitus mueren a una edad más temprana según se estima, 67 años contra 70 que viven las mujeres (OMS, 2016). Aunque es una enfermedad con múltiples causas donde interaccionan factores ambientales y genéticos, de acuerdo con algunos autores como López (2015), los principales factores de riesgo para su desarrollo son la historia familiar de diabetes, el aumento del grado de obesidad medido mediante el índice de masa corporal y un deterioro en la secreción de insulina. Sin embargo, se desconoce con exactitud la etiología de la diabetes en la actualidad, por lo que un plan de estilos de vida saludables, un modelo de dieta adecuado, la realización de ejercicio físico y el mantenimiento del peso ideal son los factores esenciales para su prevención.

Desde el punto de vista de Torres, et al. (2021), la diabetes mellitus a nivel mundial es considerada un gran problema de salud pública. También mencionan que según la OMS, desde 1995 a la actualidad los pacientes que son diagnosticados con diabetes aumentaron considerablemente, estimando al día de hoy la cantidad de 347 millones de pacientes afectados en todo el mundo. Por otro lado mencionan que de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (IDF), India, Brasil, China, Rusia, Estados Unidos y México, son los países que cuentan con el mayor número de pacientes diagnosticados con diabetes. Así mismo, hacen mención que la Federación Internacional de Diabetes (IDF) menciona, en la sexta edición de su atlas, que el 8,3% de la población mundial padece Diabetes Mellitus, y

se calcula que para dentro de 25 años esta cifra aumente al 55% alrededor de 592 millones de casos, teniendo en cuenta que se calcula que 175 millones de personas padecen de diabetes y no han sido diagnosticados.

Como se hace mención en el Atlas de la Diabetes de la FID (International Diabetes Federation, 2019) la diabetes se ha convertido en una seria amenaza para la salud mundial y ninguna persona, ningún estado socioeconómico o país se salva de esta enfermedad. Las personas que viven con diabetes tienden a tener complicaciones graves y potencialmente mortales si no tienen un adecuado cuidado en sus niveles de glucosa, que los lleva a tener una mala calidad de vida, atención médica de manera urgente y además esto genera un excesivo estrés para las familias. Cuando la diabetes y sus complicaciones no se tratan a tiempo y de manera adecuada, la economía se ve mermada y la muerte prematura es algo muy latente. En el mundo una de las diez principales causas de fallecimiento es precisamente la diabetes. Estos datos generan gran preocupación y miedo en las personas que la padecen, pero a pesar de ello hay un mensaje positivo: si se diagnostica a tiempo y se tiene los cuidados médicos adecuados, la diabetes se puede tratar y se pueden prevenir sus complicaciones. La diabetes tipo 2 tiene una ventaja que se puede prevenir, y existe evidencia contundente que sugiere que se puede revertir en algunos casos, incluso dejando medicamento.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016) la diabetes se ubica en el cuarto lugar de las causas de muerte por enfermedades no transmisibles. Para el 2016, la prevalencia encontrada fue 8,3 % (62 millones). En ese mismo año, se produjeron 342,603 muertes a causa de la diabetes en la región de las Américas, siendo la tasa de mortalidad de 33/100,000 habitantes, una de las más altas incluyendo países caribeños no latinos. Según estimaciones para el 2040, aproximadamente 110 millones de individuos tendrán diabetes.

2.4 Signos y síntomas de la diabetes

Ramírez & Rebolledo (2006) mencionan y clasifican los síntomas de la diabetes de acuerdo a sus características, sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente, los cuales son:

Diabetes tipo 1:

- Niveles altos de glucosa en la sangre al examinarlos.
- Niveles altos de glucosa en la orina al examinarlos.
- Sed poco común.
- Orinar frecuentemente.
- Hambre extrema pero al mismo tiempo pérdida de peso.
- Visión borrosa.
- Náusea y vómito.
- Cansancio y debilidad extrema.
- Irritabilidad y cambios en el estado de ánimo.

Diabetes tipo 2:

- Infecciones frecuentes que no se curan fácilmente.
- Niveles altos de azúcar en la sangre al examinarlos.
- Niveles altos de azúcar en la orina al examinarlos.
- Sed poco común.
- Orinar frecuentemente.
- Hambre extrema pero al mismo tiempo pérdida de peso.

- Visión borrosa.
- Náusea y vómito.
- Cansancio y debilidad extrema.
- Irritabilidad y cambios en el estado de ánimo.
- Piel reseca, con comezón.
- Hormigueo o pérdida de sensibilidad en las manos o en los pies.

Desafortunadamente algunas personas que padecen de diabetes de tipo 2 no presentan ningún síntoma, o presentan síntomas leves o casi imperceptibles, y estos a su vez pueden confundirse con síntomas de envejecimiento, lo que hace aún más complicado su tratamiento.

Diabetes gestacional:

En una persona que no ha sido diagnosticada con prediabetes, durante su embarazo puede presentar todos o algunos de los síntomas mencionados anteriormente, como los niveles de azúcar altos, no obstante todos estos síntomas de la diabetes desaparecen después del parto.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (2021) menciona los síntomas de acuerdo con la clasificación de la diabetes, los cuales son:

Diabetes tipo 1:

Entre los síntomas de esta diabetes se incluyen la excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

Diabetes tipo 2:

Los síntomas pueden parecerse a los de la diabetes de tipo 1, pero son a menudo menos intensos, por lo que puede ocurrir que la enfermedad sea diagnosticada varios años después de que se manifiesten los primeros síntomas, cuando ya han surgido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad se da cada vez con más frecuencia en niños.

Diabetes gestacional:

Surge durante el embarazo, su principal síntoma es la hiperglucemia que, pese a ser superiores a los niveles normales de glucosa en sangre, son inferiores a los establecidos para diagnosticar la diabetes. Este tipo de diabetes aumenta el riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto la madre como, posiblemente, sus hijos corren más riesgo de presentar diabetes de tipo 2 en el futuro.

2.5 Diagnóstico de la diabetes

Como afirman Pérez, et al. (2015) para el diagnóstico se utiliza el interrogatorio principalmente, mediante el proceso de exploración clínica se indagará sobre los antecedentes patológicos familiares y personales, factores de riesgo, la ingestión de sustancias diabetogénicas como hormonas que pueden retardar la entrada de glucosa en la sangre, además de síntomas clásicos como : poliuria (excesiva producción de orina), polidipsia (mucha sed), polifagia (tener mucha hambre), pérdida o aumento de peso y astenia (cansancio crónico). También se pueden presentar otros síntomas infecciones cutáneas, vulvovaginitis (hinchazón o infección de la vulva y la vagina), balanopostitis (hinchazón o infección del glande o prepucio), retraso en la cicatrización de las heridas, acroparestesias (Hormigueo en las partes distales de las extremidades.), somnolencia postprandial, estupor (falta de reacción excesivamente largo o profundo.) y coma.

Así mismo mencionan algunos parámetros a tomar en cuenta a la hora de realizar un examen físico:

- Mucosas: observar si hay enrojecimiento, que puede obedecer a procesos sépticos, erosiones y úlceras.
- Aparato cardiovascular: toma de la presión arterial y el pulso.
- Boca: caries, candidiasis, enfermedad periodontal, queilitis comisural, entre otras.
- Piel: palidez, lesiones, aumento o disminución de la temperatura.
- Uñas: micosis.
- Tejido celular subcutáneo: infiltración por edemas.
- Tiroides: aumento de la glándula.

- Sistema arterial periférico: pulsos pedios y tibial posteriores.
- Medidas antropométricas: talla en centímetros y peso en kilogramos, para calcular el índice de masa corporal.
- Sistema osteomioarticular: deformidades podálicas.

Examen neurológico: explorar la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa en las zonas más frecuentemente afectadas, como los miembros inferiores, también expresión de neuropatía periférica.

Exámenes complementarios:

- Glucemia en ayunas: 7 mmol/L o más (126 mg/dL).
- Glucemia postprandial: 11,1 mmol/L o más (200 mg/dL).
- Prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTG-O): en ayunas 7 mmol/L o más (126 mg/dL) y a las 2 horas es 11,1 mmol/L o más (200 mg/dL).

Para la American Diabetes Association (s/f) la diabetes se puede diagnosticar de diferentes formas, reiterando que no basta con un solo resultado, que lo mejor es siempre realizar una segunda prueba para confirmar el diagnóstico. También se menciona que las pruebas siempre deben ser realizadas por profesionales de la salud y en un entorno de atención médica como el consultorio de tu médico o un laboratorio. Si en tus resultados de primer examen tu nivel de glucosa es alto, seguramente tu médico te pedirá un segundo examen, si en este tus resultados salen de nueva cuenta altos en glucosa seguramente tu médico diagnosticará diabetes. Existen varias pruebas para poder diagnosticar una diabetes y según la American Diabetes Association, están serían las principales:

La prueba de A1c: la cual mide tu nivel de glucosa en sangre promedio durante los últimos dos o tres meses, también llamada hemoglobina glucosilada. Una de las ventajas de recibir un diagnóstico de esta manera es que no tienes que ayunar ni beber nada, y sus niveles se manejan de la siguiente forma:

La diabetes se diagnostica con una A1c mayor o igual al 6,5 %.	
Normal	menos de 5.7 %
Prediabetes	5.7 % a 6.4 %
Diabetes	6.5 % o más

Glucosa plasmática en ayunas (FPG): consiste en medir tus niveles de glucosa en sangre en ayunas, lo cual quiere decir que no debes de comer ni beber nada durante al menos 8 horas antes de la prueba. Esta prueba generalmente se realiza con la toma de sangre a primera hora de la mañana.

La diabetes se diagnostica cuando el nivel de glucosa en sangre en ayunas es superior o igual a 126 mg/dl.

Normal	menor que 100 mg/dl
Prediabetes	100 mg/dl a 125 mg/dl
Diabetes	126 mg/dl o más

La prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT, por sus siglas en inglés) en el consultorio de atención médica o al laboratorio, beberás una solución de glucosa en jarabe que contiene 1,8 onzas (50 gramos) de azúcar. Deberás permanecer en el consultorio o en el laboratorio del proveedor de atención médica mientras esperas que se determine tu nivel de glucosa sanguínea. No puedes comer ni beber nada, excepto agua, en este momento. Una hora después, te tomarán una muestra de sangre de una vena del brazo. Esta muestra de sangre se utilizará para medir el nivel de glucosa en la sangre.

La diabetes se diagnostica cuando el nivel de glucosa (azúcar) en sangre es superior o igual a 200 mg/dl a las 2 horas

Normal	menor que 140 mg/dl
Prediabetes	140 mg/dl a 190 mg/dl
Diabetes	200 mg/dl o más

Prueba aleatoria (también llamada casual) de glucosa plasmática: esta prueba es un análisis de sangre que se hace en cualquier momento del día en que tengas síntomas graves de diabetes. La diabetes se diagnostica cuando el nivel de glucosa en sangre es superior o igual a 200 mg/dl.

2.6 Tratamiento de la diabetes

2.6.1 Farmacológico:

Como lo sugieren Mellado-Orellana, et al. (2019) el tratamiento farmacológico para la diabetes puede tener efectos adversos, especialmente los que incluyen insulina y algunos de los agentes hipoglucemiantes, incrementan el riesgo de hipoglucemia, así como aumento de peso. Estos autores también menciona que existen medicamentos asociados con pérdida de peso como las biguanidas, donde la metformina es la más popular o bien, inhibidores de alfa-glucosilasa, inhibidores del cotransportador 2 sodio glucosa, agonista del péptido parecido a glucagón tipo 1 y miméticos de amilina. Por otro lado hacen también mencionan los medicamentos que tienen relación al aumento de peso como lo son, secretagogos, tiazolidinedionas y la insulina.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2018) en su guía Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención, hace mención de algunos conceptos médicos para el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus, como los son:

- Biguanidas: este medicamento aumenta la unión de la insulina en el músculo y el tejido adiposo de modo que la glucosa pueda absorberse y reduce la absorción de glucosa desde el intestino.
- Inhibidores de la alfa-glucosidasa: disminuye la absorción de carbohidratos desde el tracto digestivo, reduciendo así los picos en los niveles de glucosa después de las comidas, recomendado en pacientes con diabetes tipo 1 y 2.

- Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 ó DDP-4: actúan sobre la enzima DPP-4, anulando la acción inhibitoria que ésta tiene sobre las hormonas llamadas incretinas.
- Sulfonilureas: su función es aumentar la liberación de insulina de las células beta del páncreas.
- Tiazolidinedionas: mejoran la sensibilidad de los tejidos blancos a la insulina por actuar como agonistas selectivos de receptores de la insulina localizados en el núcleo celular.
- Insulina NPH: es de acción intermedia, su efecto metabólico comienza entre 2 y 4 h, alcanza su pico máximo de acción entre 8-14 h y tiene una duración máxima de 20-24 h. Se recomiendan 2 dosis por día, de preferencia por la mañana y por la noche.
- Insulina de acción intermedia: entra flujo sanguíneo y actúa después de dos a cuatro horas tiene su máximo efecto de cuatro a doce horas después de la inyección y es eficaz durante aproximadamente doce a dieciocho horas.
- Insulina de acción prolongada: actúa en la sangre varias horas después de la inyección y tiende a mantener bajo el nivel de glucosa durante un periodo de 24 horas.
- Insulina regular o de acción breve: llega al flujo sanguíneo 30 minutos y tiene su máximo efecto de dos a tres horas después de la inyección y es eficaz durante aproximadamente tres a seis horas.

2.6.2 Nutricional:

Por otro lado, en el aspecto nutricional Durán Agüero, et al. (2012) sugieren que la alimentación es uno de los pilares en el tratamiento de la diabetes. Hacen mención que sin

una buena alimentación es difícil lograr un control metabólico adecuado aun y se tomen medicamentos hipoglucemiantes. Comentan que el plan de alimentación depende de la edad, género, estado nutricional, actividad física, estados fisiológicos y patológicos de cada persona. En una alimentación sana hacen relación a los hidratos de carbono (CHO) que son fundamentales en el control de la glucemia, ya que determinan hasta un 50% la variabilidad en la respuesta glicémica y así poder mantener un control en los niveles de glucosa adecuados. Haciendo hincapié en los CHO son los encargados en modificar los índices glicémicos en las personas con diabetes y la cantidad como el tipo de CHO determinan el 90% de la respuesta glicémica postprandial (niveles de glucosa en ayunas).

2.6.3 Físico:

Nieto-Martínez & Ramfís (2010) comentan que la práctica de la actividad física es fundamental y esencial en el tratamiento de la diabetes mellitus (DM), desafortunadamente la mayoría de las personas con diabetes no realizan actividad física. Así mismo, mencionan que estudios previos han establecido que realizar actividad física con regularidad mejora el control de la glucemia y principalmente prevenirla. Los dos tipos de ejercicios que han demostrado ser muy benefactores son el aeróbico y el ejercicio de resistencia. Cuando se realiza ejercicio cotidianamente se ha demostrado mejorar el control glucémico, reducir los factores de riesgo cardiovasculares, pérdida de peso y aumenta la sensación de bienestar del paciente. La prevención es muy importante y como sugieren estos autores la actividad física regular tanto aeróbica como anaeróbica puede prevenir la DM. Si ya se tiene el diagnóstico realizar ejercicio regularmente previene complicaciones micro y macrovasculares, disminuir la progresión o evitar la aparición de neuropatía periférica, mejorar la función endotelial, y

aumentar la producción de insulina de acuerdo a la cantidad de células beta funcionantes remanentes en el páncreas.

Como lo sugiere la Organización Mundial de la Salud (2021) un exitoso tratamiento para el control de la diabetes consiste en seguir una dieta saludable y la práctica diaria de actividad física, además de reducir la glucemia y otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. También se menciona que el tabaco es un factor que empeora la salud de una persona con diabetes por lo cual se recomienda abandonar el hábito. Así mismo, recomienda las siguientes intervenciones que son a la vez económicas y factibles en países de renta baja y de renta mediana cabe destacar las siguientes.

- Control de la glucemia, particularmente en las personas con diabetes de tipo 1, que deben inyectarse insulina para controlar sus niveles. La diabetes de tipo 2 puede tratarse con medicamentos orales, aunque en algunos casos es necesaria la insulina.
- Medir y controlar la tensión arterial.
- Mantener una buena higiene de los pies, utilizar calzado adecuado y acudir a profesionales de la salud para tratar las úlceras como angiólogos y examinar periódicamente los pies con un podólogo.

2.7 Adherencia terapéutica de la diabetes

Como comentan Ramírez et al. (2019) al no tener una adherencia al tratamiento adecuado de la diabetes, está desencadena en los pacientes que la padecen mucho sufrimiento, y genera un costo excesivo para el sistema de salud y para el paciente mismo, en relación a las complicaciones. También mencionan estos autores que el estudio CODE-2 (por sus siglas en inglés, Costo de la Diabetes en Europa: tipo 2) dio como resultado que, solo 28% de los

tratados por diabetes logra un buen control glucémico. Opinan que un buen control de la diabetes requiere algo más que tomar medicamentos, así mismo, se requiere de otros aspectos del autocuidado, como el auto monitoreo de la glucemia, las restricciones alimentarias, el cuidado de los pies y los exámenes oftálmicos regulares, los cuales le permitirán al paciente reducir de manera importante la incidencia y la progresión de las complicaciones diabéticas. Por otro lado hacen mención que una adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo, provoca que los medicamentos no funcionen correctamente, siendo este un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud.

Si hablamos de llevar un control de la diabetes el término adherencia terapéutica (AT) incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes. Mas sin embargo hablando de diabetes la adherencia terapéutica no se observa en la mayoría de los casos y debido a esto el porcentaje de enfermos ha aumentado, así como la presencia y complicación de otros padecimientos a causa de esta enfermedad. Rodríguez y García (2011) señalan que la dieta es el punto clave del tratamiento, ya que con ella se puede lograr un adecuado control metabólico de la enfermedad, disminuir el número de medicamentos y reducir los niveles de sobrepeso que frecuentemente presentan las personas con diabetes y que son causa de muchas de sus complicaciones. Sin embargo, se ha encontrado que un gran número de diabéticos no se adhiere de forma efectiva a la dieta prescrita. En este ámbito la psicología tiene mucho por hacer, ya que el origen de una falta de adherencia a los tratamientos radica en cuestiones básicamente conductuales. Peyrot y Rubin (2007) llevaron a cabo una revisión de las principales intervenciones conductuales y

psicosociales vinculadas con la diabetes y comentan que se han dividido en dos principales dominios:

- Intervenciones de autocuidado: las cuales incluyen temas como la aceptación del régimen y la adherencia a éste.
- Intervenciones emocionales: donde se aborda la relación que existe entre la diabetes y el estrés; y la diabetes y la depresión.

Por otro lado Rodríguez y García (2011) mencionan que cuando la diabetes está presente, ya sea en una fase inicial o en fases posteriores, lo pertinente, como se ha hecho desde otras aproximaciones psicológicas, es lograr que el paciente tenga adherencia terapéutica y ahí, como se comentó, la clave de la intervención es el apego a la dieta. La adherencia a la dieta, a pesar de ubicarse en la fase de resultados del modelo, debe tratarse considerando también el establecimiento de competencias específicas de cuidado de la salud, así como la alteración de conductas instrumentales de riesgo y preventivas.

Según este autor se entiende por adherencia al tratamiento en diabetes, la adquisición y mantenimiento de una vida saludable que se caracteriza por la administración de medicamentos orales o insulina, que un especialista receta con horarios y cantidad adecuada, monitorear los niveles de glucosa en sangre y la práctica de ejercicio físico, además de control emocional en situaciones estresantes, acudir con frecuencia a revisiones médicas regulares y a llevar una dieta proporcionada por un nutriólogo de acuerdo a cada paciente. Con la finalidad de contribuir al logro de un buen control glicémico, a las complicaciones y a una mejor calidad de vida en la personas con diabetes (Rondón, 2018).

2.8 Factores de riesgo en la diabetes

Los Factores de riesgo para la DM pueden ser modificables tales como: dieta rica en grasas saturadas, sedentarismo y estrés; y no modificables como edad, sexo, e historia familiar de DM. Los factores de riesgo controlables están asociados con la presencia de ciertas características bioquímicas o fisiológicas, de acuerdo con Del Valle (2009) en esta categoría se incluyen alteración de glucemia en ayunas (AGA), Intolerancia a la glucosa (ITG) y obesidad. Esta última siendo una de las causas en las que más se debe poner atención ya que la magnitud del riesgo de desarrollar diabetes atribuido a la obesidad es mucho mayor que el atribuido a la inactividad física (López, 2015).

Como mencionan Uyaguari-Matute et al. (2021) existen factores de riesgo que se relacionan y pueden desarrollar diabetes mellitus como lo pueden ser genéticos, ambientales y metabólicos. Así mismo, mencionan que los antecedentes familiares de diabetes mellitus, la edad, la obesidad y la inactividad física son factores de mayor riesgo. Estos autores hacen mención que en las poblaciones minoritarias también corren un mayor riesgo, y su principal factor de riesgo es por los hábitos alimenticios y falta de ejercicio. Otro grupo vulnerable, comentan los autores, son las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional, así como sus hijos, tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus de tipo 2. Por otro lado, la resistencia a la insulina es otro factor de riesgo para que una persona desarrolle una intolerancia a la glucosa y una diabetes de tipo 2, entre ellos se encuentran la hiperinsulinemia, la dislipidemia aterogénica, la intolerancia a la glucosa, la hipertensión, el estado protrombótico, la hiperuricemia y el síndrome de ovario poliquístico.

Uno de los riesgos más importantes en el desarrollo de DM es el exceso de peso; ya que se depositan en el cuerpo cantidades elevadas de lípidos, debido a una ingesta calórica más

alta que el gasto de energía (OMS, 2016), la acumulación de ácidos grasos en ciertos tejidos afecta su función (Sears y Perry, 2015). En el caso del hígado, órgano que mantiene estable la concentración de glucosa mediante la formación de glucógeno (glucogénesis), y procesa los carbohidratos y las grasas ingeridas a triglicéridos, cuando se acumulan depósitos de grasas en él, debido a una dieta alta en grasas, alteran el proceso de transformación de los ácidos grasos a triglicéridos incrementando la formación de diacilglicéridos, compuestos que alteran la señalización de la insulina, iniciando resistencia crónica a la insulina en el órgano y disminuye la capacidad de la misma para suprimir la producción de glucosa del órgano (Sears y Perry, 2015).

2.9 Perspectiva de género en la diabetes

El género como categoría de análisis nos brinda una perspectiva diferente de las implicaciones de este padecimiento, no sólo desde los factores biológicos sino principalmente desde el contexto social donde existe una marcada diferencia entre el papel que desempeña una mujer y un hombre y que influye en la manera como enfrentan un padecimiento como la diabetes. Estudios como los de Compeán et al. (2008: 1) Y Trujillo et al., (2008: 231) coinciden en que las desigualdades de género, entre otras, son las que ponen en desventaja a las mujeres para acceder a servicios de salud pública cuando padecen DM; sin embargo, ellas tienden a un amplio conocimiento sobre la enfermedad, porque este saber es empleado para desarrollar su papel de cuidadoras o de servicio a los demás.

En este mismo tenor, las investigaciones muestran evidencia de cómo hombres y mujeres viven el padecimiento y sus manifestaciones de manera diferente. López y Rodríguez (2006) en un estudio que realizaron con pacientes mexicanos utilizando el instrumento de calidad de vida Diabetes 39, señalan que las mujeres de su muestra presentaron más problemas en cuanto a la energía y movilidad; los mismos investigadores consideran que esto puede ser debido a que las mujeres presentaron problemas de obesidad mayores al del género masculino. El estudio que realizaron Nazar y Salvatierra (2010) con base en estadísticas en Chiapas confirma que la muerte en los hombres diabéticos ocurre a edades más tempranas que en las mujeres diabéticas (mediana de 65 y 67 años para hombres y mujeres, respectivamente).

La menor esperanza de vida en los hombres ha sido documentada ampliamente en todo el mundo, lo cual se debe en buena medida a los patrones específicos de riesgo en

distintos grupos de edad que incrementan, por ejemplo, la probabilidad de muerte en varones jóvenes. Sin embargo, al situar la comparación de la esperanza de vida por sexo, respecto a enfermedades específicas, como la diabetes mellitus, la explicación es menos clara, esta enfermedad tiene una prevalencia más elevada en las mujeres, pero las enfermas son más longevas (Nazar y Salvatierra, 2010). En este mismo estudio sin embargo también señalan que la diabetes mellitus tiene un mayor impacto negativo en los hombres (particularmente en los de mayor edad) en lo que se refiere a su proyecto de vida; “ los hombres diabéticos de 65 años o más tienen una frecuencia significativamente más alta de frustración que las mujeres diabéticas del mismo grupo de edad, la disrupción del proyecto de vida en los hombres se relaciona principalmente con la capacidad para trabajar, estudiar para mejorar sus ingresos y mejorar su vivienda” (Nazar y Salvatierra, 2010, p. 14).

3. Propuesta de intervención

La mayoría de las personas que padecen de diabetes mellitus pueden tener depresión y en no saber que la padecen, al confundir sus síntomas cognitivos con síntomas fisiológicos que se relacionan con la enfermedad misma, tales como dolores físicos, cansancio extremo, tristeza, etc., todo esto a su vez, hace que descuiden su tratamiento dejando de la lado una alimentación adecuada, adherencia a su tratamiento farmacológico y llevando una vida sedentaria y como resultado de todo ellos muchas complicaciones en su salud. Es por eso que en esta propuesta de intervención se sugiere que todas las personas que padecen diabetes mellitus sean canalizados de manera automática al área psicológica en el momento de ser diagnosticados en cualquier institución de salud, con la intención de permitirles una mejor calidad de vida y seguimiento de su salud mental y física.

Lozano et al. (2020) opinan que la depresión como la diabetes son negativas para la salud, incrementando los riesgos de mortalidad y especificando que cuando un paciente diabético tiene depresión tienen menor tiempo de vida, derivada principalmente de las complicaciones. Según estos autores la mortalidad relacionada con la diabetes mellitus y la depresión se ha estimado un mayor riesgo de muerte entre los hombres que en las mujeres. Comentan que en México, tanto la depresión como la diabetes son dos de los principales problemas de salud pública entre los adultos mayores, y que en 2018, se estimó que la prevalencia de la diabetes era del 18.8% entre personas de 60 y más años de edad y se calculó que cerca del 25.0% de los adultos mayores tendría depresión estimando de manera general que entre adultos mexicanos la presencia de diabetes incrementa hasta en 79.0% la probabilidad de presentar depresión.

Respecto a las implicaciones de carácter psicológico, se deben considerar las dificultades que se presentan en la vida diaria y que involucran la interacción e interrelación de pareja, familiar y social, de manera que, en este ámbito, se han informado cambios en patrones del comportamiento sexual, alimentación, ciclo sueño-vigilia y de la incapacidad de mantener la atención, como indicadores de malestar psicológico. (Pimentel-Nieto et al., 2013). En cuanto a los recursos psicológicos personales, indican que la rigidez de carácter, las características de una personalidad pasiva, dependiente y evasiva son de riesgo para la resolución de las demandas de la enfermedad y los tratamientos necesarios hacia la diabetes mellitus (Pimentel-Nieto et al., 2013). Por otro lado, los mismos autores expresan que las creencias y la información sobre la Diabetes y el cambio de hábitos que éste representa en el estilo de vida afectan emocionalmente a la persona más que la propia enfermedad.

Como señalan Riveros, et al. (2005) las enfermedades crónicas afectan el bienestar de las personas, así como su calidad de vida y de los mismos familiares que están con ellos. Solo el diagnóstico representa una decaída conductual importante que afecta su estado de salud, y lo complicado que es comenzar un nuevo estilo de vida con cuidados que le permitan un mejor control de salud supervisado por un equipo de salud. En el caso de un diabético son seis veces mayores los niveles de depresión que presentan.

Por otro lado, autores como Antúnez y Bettiol (2016) comentan que hacer un diagnóstico de depresión en personas que padecen diabetes es un poco complejo ya que las manifestaciones físicas como fatiga, hiporexia (pérdida del apetito) y las alteraciones de la memoria causadas por la depresión, también son síntomas de la diabetes descontrolada y se pueden confundir. Estos autores sugieren que siempre se realice una segunda valoración psicológica cuando los niveles de glucosa se encuentran dentro de los parámetros permitidos

para una persona con diabetes y así poder establecer el diagnóstico de depresión con mayor facilidad. Resulta preocupante no diagnosticar de manera correcta una depresión a una persona con diabetes, ya que impide comenzar con un tratamiento adecuado para estas enfermedades que ocurren durante el mismo periodo y da hincapié a que los pacientes tengan frustración y como consecuencia de ello contribuir a los pobres resultados clínicos. Por otra parte, se sabe que la depresión aumenta la inflamación, y disminuyen la sensibilidad a la insulina, y todo provoca que los niveles de glucosa no tengan un control adecuado en las personas, recalcando el riesgo de complicaciones como retinopatía, enteropatía, dermatopatía, pie diabético y neuropatía. También hacen mención estos autores a que las personas con diabetes que padecen depresión complican las recomendaciones y el autocuidado de la diabetes, y por la misma condición tienen más probabilidades de seguir estilos de vida sedentarios, fumar y consumir dietas altas en grasas, descontrolando el metabolismo de la enfermedad de manera peligrosa. En general para estos autores la diabetes y la depresión se han convertido en una pandemia a lo largo de los años, pero al padecer diabetes y tener un control adecuado de su glucemia, comienzan a presentar síntomas depresivos como comorbilidad, lo que los lleva a incumplir con el tratamiento y todo desemboca en la descompensación metabólica de la diabetes.

En la opinión de Escobar y Escobar (2016) las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 en comparación con la población sana, tienen dos veces más riesgo de desarrollar depresión. Comentan estos autores que las personas con diabetes tienen mayor riesgo de desarrollar depresión y las personas con depresión tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes, aunque no se sabe con exactitud la relación entre ambas y pero existen varias hipótesis que unen a las dos enfermedades como por ejemplo, la carga psicológica de una

enfermedad crónica, los cambios hormonales relacionados con el estrés y los efectos de la inflamación, entre otros. Así mismo, comentan que la depresión genera algunas alteraciones a nivel del cortisol, lo cual puede elevar de manera importante los niveles de glucosa en las personas. Además, mencionan otros factores que pueden desencadenar diabetes en pacientes con depresión como lo son los efectos metabólicos de los psicofármacos, los cambios en la dieta, en el peso y la inactividad física y a pesar de no siempre tener claridad de la relación causal entre estas dos entidades, su efecto negativo que tiene la una sobre la otra es de suma importancia y se debe de controlar de manera conjunta.

3.1 Objetivo general de la propuesta de intervención

Eliminar la depresión en pacientes diagnosticados con diabetes, mediante la intervención psicoterapéutica, que potencialice su bienestar tanto fisiológico como cognitivo.

3.2 Objetivos específicos de la propuesta de intervención

- Aplicar terapia psicológica a toda persona que sea diagnosticada con diabetes.
- Descartar mediante estudios médicos problemas de salud fisiológicos que puedan ser confundidos con sintomatología de la depresión, y así, poder seguir con la terapia psicológica.
- Realizar las pruebas necesarias para medir los niveles de depresión que presenta la persona con diabetes con la intención de saber si necesita ayuda psiquiátrica.
- Potencializar mediante terapias psicológicas y apoyo psiquiátrico en caso de ser necesario, su bienestar fisiológico, emocional y cognitivo.

- Contribuir mediante la terapia psicológica para que el paciente con diabetes tenga una adherencia a su tratamiento.
- Llevar un seguimiento obligatorio multidisciplinario que le permita al paciente diabético tener una mejor calidad de vida.

3.3 Intervención psicológica

Como intervención, la terapia cognitivo conductual es fundamental, la cual le permita al paciente fortalecer su lado cognitivo, ya que en una persona diagnosticada con diabetes no se trabaja esa parte, y eso provoca un gran descontrol en su salud. Así mismo, el manejo en su salud con un equipo multidisciplinario le permitirá una mejor calidad de vida tanto emocional, cognitiva y fisiológica. Como lo menciona Beck (2010) la terapia cognitivo conductual se sitúa en el marco del modelo cognitivo en psicopatología, y su principal función es identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que hacen que estas cogniciones estén presentes. Con la terapia cognitivo conductual el paciente se enseña a resolver problemas y situaciones que anteriormente consideraba difíciles de realizar, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. También hace mención, que el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a tener pensamientos más acordes con la realidad y de la misma manera actuar y a adaptarse a sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. Por otro lado, comenta que la terapia cognitiva cuenta con una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales y cuyo objetivo es determinar y poner a prueba las falsas creencias, que le permitan actuar y razonar de manera más realista ante la situación que lo aqueja.

Dentro de la primera sesión se sugiere aplicar una entrevista que sea el encuentro donde se conforme una relación interpersonal entre el psicólogo y el paciente, donde se inicie una comunicación, una relación, en la que se pone en marcha un determinado proceso terapéutico, con la intención de recabar la mayor posible información que permita determinar con precisión un diagnóstico acertado. Como lo sugieren Torruco-García et al. (2013) la entrevista es una técnica de gran utilidad dentro de la investigación psicológica que le permite al especialista recabar datos. Es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial, además de que es más eficaz que el cuestionario ya que con la entrevista se obtiene información más completa y profunda, además presenta la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso, asegurando respuestas más útiles y concretas. Según estos autores existen tres tipos de entrevistas:

- Entrevistas estructuradas o enfocadas: contienen un orden, categorías y el paciente elige la opción que quiera. Su ventaja es la sistematización, la cual facilita la clasificación y análisis presentando una alta objetividad y confiabilidad. Su desventaja es no tener flexibilidad lo que produce una menor profundidad en el análisis.
- Entrevistas semiestructuradas: mayor flexibilidad que las estructuradas, al tener preguntas planeadas, las cuales se pueden adaptar al entrevistado.
- Entrevistas no estructuradas: son más flexibles e informales y el entrevistado puede indagar en sus repuestas más allá de lo que desee, sin embargo, puede presentar lagunas de la información necesaria en la investigación, ya que el sujeto puede alejarse un poco de lo que realmente se quiere o pretende saber.

Así mismo, se sugiere durante la misma sesión aplicar el inventario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad de Beck, que le permitirán al psicólogo determinar mediante la interpretación de resultados si el paciente requiere de ser canalizado al área de psiquiatría con la finalidad de ser medicado:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II): creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad.
- Inventario de ansiedad de Beck: conocido por sus siglas en inglés BAI, es un cuestionario de autoinforme creado por el psicólogo Aaron T. Beck, el cual consiste en 21 preguntas con modalidad de opción múltiple y permite medir el grado de ansiedad tanto en niños como adultos.

En esa misma sesión se recomienda aplicar el inventario de calidad de vida y salud (InCaVISa) el cual está diseñado para medir la calidad de vida de pacientes, en una escala lo suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier condición de salud crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones.

3.4 Estrategias y técnicas de intervención

Durante las siguientes sesiones con el paciente se sugiere aplicar cualquiera de las técnicas sugeridas a continuación con la finalidad de lograr en el mismo disminuir los síntomas

depresivos que le permitan llevar un mejor control de salud. Las técnicas y procedimientos psicológicos que se utilizan en una terapia permiten que aprendas tanto el manejo adecuado de las emociones, conductas y pensamientos, como la destreza en tus habilidades para resolver los problemas y afrontarlos con éxito. En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas en los pensamientos negativos y automáticos.

3.4.1 Métodos de autocontrol.

Como lo menciona Rehm (1998) los métodos de autocontrol de una serie de modelos teóricos los cuales se pueden aplicar de dos formas, como técnicas auxiliares o como componentes de muchas formas de psicoterapia de autocontrol, estos procedimientos tienen como principal objetivo enseñar a la persona estrategias que le permitan controlar o modificar su propia conducta ante cualquier situación que se le presente, con la intención de alcanzar metas a largo plazo. Este mismo autor sugiere un programa de autocontrol para la depresión con doce sesiones, las cuales se clasifican de la siguiente manera:

- Sesiones I y II, autoregistros: se utiliza para la evaluación de la conducta, así como, antecedentes situacionales, consecuencias, el afecto que la acompaña o las relaciones entre todas estas variables.
- Sesiones III, efectos sobre la conducta: consiste en examinar las cualidades positivas y negativas del paciente en sus diferentes actividades.

- Sesiones IV y V, las atribuciones: saber las principales causas que generan la conducta.
- Sesiones VI y VII, establecimiento de objetivos: conseguir metas a mediano y corto plazo.
- Sesiones VIII y IX. autoreforzamiento: consiste en motivar la persistencia del esfuerzo.
- Sesiones X, XI y XII, continuación y mantenimiento: reforzamiento de cada objetivo planteado anteriormente, su principal finalidad es alentar al paciente a continuar con sus objetivos.

3.4.2 Técnicas de relajación.

En la opinión de Vera & Vila (1998) las técnicas de relajación representan una serie de procedimientos de intervención, que son útiles, no sólo en la psicología clínica y de la salud, sino en general, en la aplicación psicológica. También mencionan que la relajación es un estado y que sus principales características son las fisiológicas, subjetivas y conductuales. La utilización de estas técnicas está dirigida a la parte cognitiva o física con la finalidad de alcanzar un estado de relajación físico, mental y emocional. Para estos autores la relación entre psicólogo y paciente es muy importante por lo que sugieren los siguientes consejos para lograr un éxito en estas técnicas:

- Reconocer y relajar la tensión muscular.
- Practicar diariamente en casa.

- Aplicar la relajación en su vida cotidiana y ante situaciones estresantes específicas.
- Convertirla en un hábito.

1. Técnica de relajación progresiva.

Se dirige principalmente a conseguir niveles profundos de relajación muscular, enseñándole al paciente a que pueda identificar el nivel de tensión muscular en distintas partes de su cuerpo, desarrollando habilidades para lograr relajación muscular profunda y la reducción de la tensión fisiológica, incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad. Los principales requisitos son:

- Habitación silenciosa, en penumbra, temperatura agradable.
- Sillón reclinable y acolchado, puede también hacerse en un diván, sofá o en una silla cómoda.
- Ropa cómoda y suelta, sin gafas, zapatos o relojes.
- Evitar interrupciones de cualquier tipo, al máximo posible. Castro & Macías (2010).

2. Técnica de relajación pasiva.

En esta técnica no se utilizan ejercicios de tensar, sino sólo de relajar grupos musculares, la cual tiene ventajas sobre la técnica de relajación progresiva en los siguientes casos:

- Con personas que encuentran difícil relajarse después de haber tensado los músculos.

- Con personas en las que no esté aconsejado tensar ciertos músculos debido a problemas orgánicos o tensionales.
- Como ayuda inicial para personas que encuentren difícil relajarse en casa. Para ello, se van dando al sujeto varias instrucciones que puede seguir en el consultorio o pueden ser grabadas para que las siga en casa, se intercalan frases propias de este tipo de relajación con frases de la relajación autógena que se mencionan más adelante, frases que hacen referencia a sensaciones de peso y calor y breves indicaciones focalizadas en la respiración.

3. Técnica de relajación autógena.

Como lo menciona Cruz Pérez et al. (2005) la terapia de relajación autógena permite alcanzar un estado de reposo similar al sueño. Es un método con el cual se consigue el dominio de la mente y el cuerpo de manera progresiva y ordenada. Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones sobre:

- Sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades.
- Regulación de los latidos de su corazón.
- Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo.
- Concentración pasiva en su respiración.

El ejercicio se puede hacer en diferentes posturas: acostado, sentado en un sillón con alto respaldo que permita apoyar los brazos y en postura de cochero, en condiciones ambientales similares a las de cualquier otro tipo de relajación. Castro & Macías (2010).

3.4.3 Técnica de intención paradójica.

De acuerdo con Ruiz et al. (2012) la técnica de intención paradójica es la Intervención cognitiva empleada para vencer la resistencia al cambio en ciertos pacientes. Tienen como principal objetivo provocar cambios en las actitudes y reacciones del paciente ante situaciones estresantes o desagradables tratando de romper el círculo vicioso al exponerlo ante aquello que más teme. Así mismo, estos autores comentan que en el ámbito clínico, tiene una reconocida eficacia aun cuando sus mecanismos de acción no están claramente establecidos. También mencionan que mediante esta técnica se les pide a los pacientes que eviten tratar de evadir o controlar sus síntomas a la vez que se les indica que los hagan aparecer deliberadamente, deseándolos o exagerándolos. Y según lo comentan estos autores esta técnica tiene el siguiente procedimiento o secuencia:

- Evaluación del problema.
- Redefinir conducta problema en función de la fase anterior.
- Indicar los cambios paradójicos en función del patrón de queja.
- Conceptualizar los cambios a partir de la intervención paradójica.
- Programación de recaídas.
- Finalización y seguimiento.

3.4.4 Técnica de Mindfulness.

De acuerdo con Vázquez & Edgar (2016), Mindfulness es el común denominador que se centra en las diferentes corrientes de meditación derivadas de la tradición budista y que actualmente se han incorporado a diversos modelos de tratamiento en terapia. Así mismo comentan, que es la focalización de la atención en el momento presente, es un método para conseguir la atención plena, centrándonos en lo que está sucediendo aquí y ahora, aceptándolo sin más, sin intentar cambiar, ni juzgar nada. Su significado es plena consciencia, se debe concentrar en lo que sucede en nosotros y en nuestro alrededor y saber renunciar al ruido y a las distracciones. Algunos pasos para llevar a cabo esta técnica son:

- Buscar un espacio tranquilo (consultorio o en casa).
- Sentarse con la espalda recta.
- Realizar respiración controlada y profunda.
- Centrarse en lo que pasa en tu cuerpo.
- Ampliar el foco de atención de los estímulos corporales a las experiencias vitales de un carácter más abstracto.

3.4.5 Técnicas operantes para el mantenimiento de conductas.

1. Reforzamiento positivo:

- Primarios: No requieren de una experiencia de aprendizaje para su funcionamiento.
- Secundarios: Entran en función cuando se asocian con otros reforzadores primarios o secundarios.

- Generalizados: Reforzadores condicionados asociados con reforzadores primarios o secundarios.
- Naturales: Son aquellos que se usan habitualmente para reforzar una conducta.
- Artificiales: No se usan habitualmente en el medio de la persona.

2. Reforzamiento negativo: son estímulos cuya retirada o prevención a una conducta da lugar al mantenimiento o aumento de ésta, existen dos tipos, de escape y evitación:

- Escape: Se reduce o se retira un estímulo contingente a una conducta para incrementarla o mantenerla.
- Evitación: Se presenta un estímulo aversivo o se retira un estímulo positivo a la no ejecución de una conducta.

3. Programa de reforzamiento: Reglas que describen cómo fomentar, incrementar y mantener una conducta en función de la aplicación de los reforzadores una vez emitida la conducta (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Existen dos tipos de programas de reforzamiento:

- Reforzamiento continuo: Se aplica el reforzador siempre que se realice la conducta objetivo. Este tipo de reforzamiento se recomienda para incrementar la frecuencia de respuestas débiles o inestables o bien si se pretende instaurar una nueva conducta en el repertorio del individuo. Por ejemplo, si queremos instaurar la conducta de lavarse los dientes, al principio convendrá reforzar cada día que el niño lo haga.
- Reforzamiento intermitente: Se aplica el reforzador a la realización de una conducta, pero no en todas las ocasiones que ésta se lleve a cabo. Siguiendo con el ejemplo

anterior, una vez instaurado el hábito de lavarse los dientes, podemos reforzarlo sólo de vez en cuando.

3.4.6 Técnicas operantes para adquisición de nuevas conductas.

- **Moldeamiento:** se refiere al reforzamiento de los pequeños pasos o aproximaciones que conducen hacia una conducta meta. El reforzamiento inicial de las aproximaciones sucesivas se lleva a cabo tanto con las conductas respuestas o conductas que son componentes de la respuesta final como con respuestas que se asemejan a alguno de sus componente, así a través del reforzamiento de las aproximaciones sucesiva se va alcanzando gradualmente la conducta meta final, y a medida que se van reforzando y afianzando las aproximaciones más parecidas a la conducta final, se va dejando de reforzar las que menos se parecen.
- **Encadenamiento.** Las conductas se componen por una secuencia de varias respuestas que siguen un orden, las respuestas concretas componen una cadena que representa las respuestas individuales que ya existían en el sujeto, por tanto en encadenamiento es la forma de conectar los distinto eslabones de una cadena que pueden estar compuestos por conductas simples o conductas o actividades complejas.

3.4.7 Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas.

1. **Extinción:** la persona realiza una conducta que antes fue reforzada pero ahora se le han retirado los reforzadores contingentes a la misma. Por ej. Dejar de dar un dulce a un niño cuando está haciendo una rabieta.

2. Saciedad del estímulo: presentar un estímulo positivo tan frecuentemente hasta que este estímulo se vuelva aversivo. Por ej. Una persona que fuma, se le pide que fume rápidamente centrándose en lo desagradable hasta llegar a un control clínico.

3. Castigo: En esta técnica existen dos tipos de castigos positivos y dos negativos:

- Positivos: Se presenta un estímulo punitivo a una conducta para así reducirla.
- Sobrecorrección: La persona realiza conductas adecuadas relacionadas directamente para reducir las conductas negativas.
- Negativos:
- Coste de respuesta: Se retira un supuesto reforzador positivo a una conducta. Por ej. Reducir tiempo de juego.
- Tiempo fuera: Aislamiento, tiempo fuera con o sin exclusión.

3.4.8 Economía de fichas.

Según Kazdin (1985, citado en Patterson, 1998) la economía de fichas es un reforzamiento en el que se utilizan fichas como instrumento, que posteriormente serán intercambiadas o respaldadas por refuerzos más valiosos. El objetivo primordial consiste en fomentar, entrenar e instaurar una serie de conductas deseables y positivas, como por ejemplo: la motivación y el interés hacia ciertas asignaturas y/o actividades que no resultan atractivas o motivantes para el niño. El procedimiento consiste en entregar un estímulo (fichas, vales, puntos, estrellas, vales canjeables) que actúa de reforzador simbólico, inmediatamente después de la conducta deseada o que queremos reforzar, el estímulo se cambia más tarde por un refuerzo

(premio previamente pactado). La técnica permite trabajar diferentes conductas a la vez pero necesita de elevada programación por parte de los padres o los profesionales encargados de dirigir la intervención.

Conclusiones

En virtud de lo argumentado, podemos concluir que la depresión en personas que padecen diabetes es más común de lo que se pueda creer, de ahí, que la necesidad de llevar un tratamiento de manera conjunta tanto para la diabetes como para la depresión es vital e importante para poder lograr una mejor calidad de vida. La diabetes es una enfermedad crónica e incurable, pero es reversible y para lograrlo se necesita llevar un control adecuado en los niveles de glucosa, más sin embargo es muy importante identificar a tiempo los síntomas que esta conlleva y descartar que no sean confundidos con los síntomas que puede provocar una depresión, es ahí donde la intervención psicológica es fundamental para poder llegar a un bienestar tanto fisiológico, como cognitivo y emocional.

De acuerdo con los objetivos planteados se puntualiza de manera concreta que la intervención psicológica por medio de la terapia cognitivo conductual es una herramienta que fortalece en las personas su lado cognitivo y de manera conjunta se pueda llevar un control adecuado de la diabetes. Como se menciona en la teoría, una enfermedad crónica como lo es la diabetes, requiere de intervención psicológica inmediata que le permita al paciente tratar estos padecimientos.

Por otro lado, y de acuerdo a lo descrito en la teoría tanto la depresión como la diabetes con enfermedades que a nivel mundial se consideran dentro de las más comunes y que además su prevalencia va en aumento cada vez más, por eso se enfatiza ese trabajo multidisciplinario que se necesita para lograr que todas esas estadísticas que se manejan hoy en día, tengan una disminución cada vez más considerable. Se necesita mayor atención por parte de los institutos de salud de cada región o país, para que en verdad esas cifras

disminuyan y no solo sean estadísticas para exponer cada vez más el crecimiento de estos dos padecimientos crónicos.

De esta manera se expone en este trabajo la necesidad de la intervención psicológica en las personas que padecen diabetes y las que son diagnosticadas día con día. De acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2022) las personas que son diagnosticadas con diabetes, mantienen entre 2 y 3 veces más posibilidad de presentar depresión que las personas sin diabetes. Pero solo el 25 y el 50 % de las personas con diabetes que tienen depresión reciben el diagnóstico y tratamiento. Según la CDC (2022) el tratamiento con terapia, medicamentos o ambos es muy eficaz, y contrariamente sin tratamiento, la depresión suele empeorar, no mejorar.

Para finalizar esta conclusión se deja de manifiesto que no importa la edad, el estatus social o económico ni cualquier ambiente donde se desarrolle la persona, todos estamos expuestos a padecer en algún momento de nuestras vidas depresión o desencadenar diabetes. Cabe destacar que cada persona tiene síntomas diferentes, que la diabetes se clasifica en diferentes tipos y que es un enfermedad que afecta a niños, adolescentes y adultos de igual manera, con sintomatología diferente según sea el tipo de diabetes pero que no deja de ser un riesgo de salud para cualquier persona. Como lo menciona Aquino (2019), un manejo adecuado de la depresión en las personas con diabetes se debe enfocar en mejorar la salud psicológica y física, de la misma forma, una mejora en el bienestar psicológico lleva a la retención de los síntomas depresivos, lo que indica una mejoría en el funcionamiento físico, así mismo este mismo autor sugiere que las personas con diabetes deben ser monitoreadas regularmente en busca de síntomas o signos de depresión.

De igual manera se hizo hincapié a los síntomas de la depresión, ya que este padecimiento puede poner en riesgo la vida de la persona cuando se tiene pensamientos suicidas. Se debe de realizar dentro de la primera sesión la aplicación de tests que le permitan al especialista de la salud diagnosticar de manera adecuada la depresión, ya que de ser necesario se debe de canalizar al área de psiquiatría para un control con medicamentos, y de la mano de la terapia cognitiva conductual lograr en el paciente diabético una adecuada calidad de vida así como una esperanza de vida.

Referencias.

- American Diabetes Association (sf). Diagnóstico de la diabetes. Recuperado de:
<https://www.diabetes.org/diagnostico>
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Barcelona: Masson; 1995
- Antúñez, M & Bettioli, A. (2016). Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna. Acta Medica Colombiana, vol. 41, núm. 2, pp. 102-110. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/journal/1631/163147315005/html/>
- Aquino, V. (2019). Depresión y Diabetes. Rev. Salud pública Parag. Vol. 9 N° 2. Editorial Article. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v9n2/2307-3349-rspp-9-02-7.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. 19ª edición. Editorial desclée de brower, S.A.
- Beck, A., Steer, R., GK, Brown. (2006). Inventario de Depresión de Beck. Argentina: Paidós.
- Bogaert García, Huberto (2012). LA DEPRESIÓN: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO. Ciencia y Sociedad, XXXVII (2) ,183-197. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87024179002>
- Bosqued, M. (2005). VENCER LA DEPRESIÓN. Técnicas psicológicas que te ayudarán. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

- Caballo, V. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos.
- Calderón, G. (1999). Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general: México. Ed. Trillas.
- Castro, A. & Macías, C. (2010). Actualización bibliográfica sobre técnicas de relajación. Revista Información Científica, 65 (1).
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, (2021). La diabetes y la Salud Mental. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/mental-health.html>
- Consuegra, N. (2010). Diccionario de Psicología. Recuperado de https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/05/diccionario_psicologia.pdf
- Comer, J. (2001). Fundamentals of Abnormal Psychology: New York. Ed. Worth Publishers.
- Compean Ortiz, Lidia Guadalupe y Gallegos Guadalupe (2008). Función cognitiva y autocuidado en adultos con diabetes tipo 2. Tu Revista Digital, vol. 3 núm. 1, Revista Digital de la Universidad Autónoma de Tabasco, México
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Hondur, Vol. 89, Supl No.1 pp. 1-68. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Cruz Pérez, Ramón, & Rodríguez Rodríguez, Teresa, & García Rodríguez, Clara Marta (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. MediSur, 3(3) ,55-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180019787003>
- Davison, G., Neale, J. (1983). Psicología de la conducta anormal. Enfoque clínico experimental: México. Ed. Limusa.

- Diéguez, M, Rodríguez, B., Fernández, A. (2001). Psicoterapia en atención primaria: consejo interpersonal para la depresión. Medifam. Vol. 11. No. 3.Pp. 156-162.
- Del Valle M. (2009). Epidemiología de la Diabetes. Conferencia dictada en el XIX. Congreso de Patología Clínica como parte de los eventos auspiciados por la Asociación Latinoamericana de Patología Clínica ALAPAC. Bahía Blanca, Argentina. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2009/pt092k.pdf>
- Durán Agüero, S., Carrasco Piña, E., & Araya Pérez, M. (2012). Alimentación y diabetes. Nutrición Hospitalaria, 27(4), 1031-1036. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5859>
- Escobar, J. & Escobar, M. (2016). Diabetes y depresión. Acta Medica Colombiana, vol. 41, núm. 2, pp. 96-97. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/1631/163147315002/html/>
- Estenoz Carrasco , González Norma, Vera Nuñez, Rosalba, Tinoco García, Alicia (2006), La familia como vía de intervención para el control y prevención de la diabetes, Cuadernos para el Desarrollo Social del Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza del Estado de México. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2006.v48n3/200-211>
- García, B., Nogueras M., Muñoz, F., Morales, A.. (2011). Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”
- Garza, F. (2004) Depresión, angustia y bipolaridad. Guía para pacientes familiares. México. Ed. Trillas.
- Gerard, A. (2012). Depresión. La enfermedad del siglo. Ediciones Mensajero, S.A.U.

- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. (1993). *Psiquiatría: México*. Ed. McGraw Hill Interamericana.
- Gold, M. (1988). *Buenas noticias sobre la depresión: México*. Ed. Javier Vergara editor.
- Gómez-Encino, Guadalupe del Carmen, & Cruz-León, Aralucy, & Zapata-Vázquez, Rosario, & Morales- Ramón, Fabiola (2015). Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. *Salud en Tabasco*, 21(1), 17-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48742127004>
- González, S., Fernández C., Rodríguez J., Amigo, I. (2007). Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión: España. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol. 7, Nº 1, pp. 13-26.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). *La depresión. Información para pacientes, familiares y allegados*. Editan: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t.
- Gregory JM, Rosenblat JD, McIntyre RS. (2016). Deconstructing Diabetes and Depression: Clinical Context, Treatment Strategies, and New Directions. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2016; 14(2): 184-193. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6519653/>
- Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia (2018). Actualización. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t.
- Halgin, R., Krauss, S. (2005). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos: México*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana.

- Hernández, Juliana Vergel, & Barrera Robledo, María Eugenia. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? Revista Médica de Risaralda, 27(1), 85-91. Epub May 23, 2021. <https://doi.org/10.22517/25395203.24637>
- Hernangómez, L. (2000). ¿Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la depresión: Málaga. Ed. Aljibe.
- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. Rev. chil. Neuro-psiquiatr., Vol.40.No.1. Pp. 63-76.
- Huerta Gonzalez, M. (1999). Psicoterapia y depresión: Barcelona. Ed. Masson.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2018). Guía Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Editor general. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf
- International Diabetes Federation (2019). Atlas de la Diabetes de la FID. Novena edición. Recuperado de: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- Jusset, T. Navial, G. y Roseta, E. (2002). Tratamiento farmacológico de la depresión mayor: Cuba. Revista Cubana Médica General. Vol.18. No. 3. Pp. 2-5.
- López, C. Juan y Rodríguez Raymundo (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Salud

pública de México. vol.48, no.3. Recuperado de;
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/2006.v48n3/200-211>

López, J. (2015). La diabetes. Nutrición y salud. Mediterráneo Económico. (27). pp. 239-254

Recuperado de: <http://www.publicacionescajamar.es/pdf/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/27/27-733.pdf>

Lozano Keymolen, Daniel, Gaxiola Robles Linares & Sergio Cuauhtémoc. (2020). Efectos de la depresión y la diabetes en el riesgo de mortalidad de adultos mayores mexicanos.

Horizonte sanitario, 19(2), 241-253. Epub. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n2.3631>

Mackinnon, R., Michels, R. (1971). Psiquiatría clínica y aplicada: México. Ed. Nueva Editorial Interamericana.

Markowitz, J. (2002). Aprendizaje de nuevas psicoterapias: Barcelona. Ed. Ars Médica.

Martell, R. Christopher, Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2013). Activación conductual para la depresión. Una guía clínica. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. pág., 28.

Mellado-Orellana R, Salinas-Lezama E, Sánchez-Herrera D, Guajardo-Lozano J y col. (2019). Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 dirigido a pacientes con sobrepeso y obesidad. Med Int Méx. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v35n4/0186-4866-mim-35-04-525.pdf>

Monteiro Rodríguez, Rebeca, Martínez-Santos, Alba-Elena, & Rodríguez-González, Raquel. (2019). Depresión como factor de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer: evidencias y papel de enfermería. Enfermería Global, 18(55), 612-642. Epub 21 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.346711>

Muriana, E., Pettenó, L & Verbitz, T. (2012). Las caras de la depresión. Herder Editorial, S. L.

National Institute of Mental Health (2021). Depresión. Disponible en:

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>

Navarro, R. (1990). Psicoterapia antidepresiva. Humanismo conductual para recuperar la alegría de vivir. México. Ed. Trillas.

Nazar, A. y Salvatierra B. (2010), Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. Papeles de población. No. 64 CIEAP/UAEM. Colegio de la frontera Sur. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n64/v16n64a4.pdf>

Nieto-Martínez, Ramfis. (2010). Actividad física en la prevención y tratamiento de la diabetes. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, 8(2), 40-45. Recuperado

de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169031102010000200003&lng=es&tlng=es.

O'Connor, R. (1999). Superar la depresión: España. Ed. Urano.

Organización Mundial de la Salud (2015). Depresión. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/depression#tab=tab_3

Organización Mundial de la Salud (2021). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (2021). Diabetes. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Panamericana de la Salud (2016). Acerca de la diabetes. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6717:2012-about-diabetes&Itemid=39447&lang=es

- Organización Panamericana de la Salud (2021). Depresión. Recuperado de:
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Pérez Rodríguez, Arnoldo, & Berenguer Gouarnaluses, Maritza (2015). Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus y su control en el nivel primario de salud. MEDISAN, 19(3), 374-389. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445173011>
- Pimentel-Nieto, D., Morales-Carmona, F., Sánchez-Bravo, C. y Meza-Rodríguez, P. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus. Scielo, 27(2). Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000200005
- Piñar Sancho, G., Suárez Brenes, G., & De La Cruz Villalobos, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Revista Médica Sinergia, 5(12), e610.
<https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>
- Ramírez García, María Cristina, Anlehu Tello, Alejandra, & Rodríguez León, Alfonso. (2019). Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Horizonte sanitario, 18(3), 383-392. Epub 17 de enero de 2020. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2888>
- Ramírez, J. & Rebolledo F. (2006). Diabetes mellitus y sus complicaciones. La epidemiología, las manifestaciones clínicas de la diabetes tipo 1 y 2. Diabetes gestacional. Parte 1. Vol. 5 Núm. 2. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2006/prn062e.pdf>
- Rehm, L. (1998). Métodos de autocontrol. En: Caballo, V. (Comp.) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España: Siglo XXI. Cap. 27

- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. & Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 5 num. 005, pp. 445- 462.
- Rodríguez, María y García Juan (2011). El modelo psicológico de la salud la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (2), 2011 Recuperado de www.revistas.unam.mx/index.php/rep
- Rodríguez, T., Sacristán, R. (2002). Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Información terapéutica del sistema nacional de salud*. Vol. 26–No 1. 2-5.
- Rojas de P., Elizabeth, & Molina, Rusty, & Rodríguez, Cruz (2012). DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10(1) ,7-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375540232003>
- Rojas, E. (2006). Adiós, depresión. En *busca de la felicidad razonable: España*. Ed. Temas de hoy.
- Rondón, J. (2018). *Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: modelos explicativos (Tesis doctoral)*. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Ruiz, M. Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer, Bilbao PP. 572-576.
- San Molina, L & Arranz, B. (2010). *El médico en casa. Comprender la depresión*. Editorial Amat, S.L.
- Sears, B., y Perry, M. (2015). The role of fatty acids in insulin resistance. *Lipids and Health and Disease*, 14(121).

- Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación (2016). México, segundo país en América latina con prevalencia de diabetes. Recuperado de: <https://sectei.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/mexico-segundo-pais-en-america-latina-con-prevalencia-de-diabetes>
- Segura, R. (2006). Reseña de “De neuronas, emociones y motivaciones” De Herminia Pasantes. Universidad de Guanajuato. Acta universitaria. Vol. 16. No. Suplemento. Pp. 31-34
- Strange, P. (1992). Brain biochemistry and brain disorders: London. Ed. Oxford
- Torres, Eymard, Arévalo, Helbert, Suarez, Idania, & Vega, Narelcy. (2021). Perfil clínico de pacientes atendidos con diabetes mellitus tipo 2 en un programa de reversión. Revista de la Facultad de Medicina Humana, 21(1), 145-150. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3432>
- Torruco-García, Uri, & Martínez-Hernández, Mildred, & Díaz-Bravo, Laura, & Varela-Ruiz, Margarita (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica, 2(7) ,162-167. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
- Trujillo Laura Elena, Nazar-Beutelspacher, A., Zapata Emma y Estrada Erin (2008). Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir. Papeles de Población, vol. 14, núm. 58, Universidad Autónoma del Estado de México, México
- Uyaguari-Matute, Gabriela Margoth, Mesa-Cano, Isabel Cristina, Ramírez-Coronel, Andrés Alexis, & Martínez-Suárez, Pedro Carlos. (2021). Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus II. Vive Revista de Salud, 4(10), 96-106. Epub 30 de abril de 2021. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v4i10.79>
- Vallejo-Nágera, J. (2005). Ante la depresión: Barcelona. Ed. Planeta

- Vásquez-Dextre, Edgar R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1) ,42-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372044762006>
- Vázquez, F., P. Otero., V. Blanco & Á. Torres, (2015). *Terapia de solución de problemas para la depresión. Una breve guía de práctica en grupo*. Alianza Editorial, S. A. Madrid.
- Vera, M.N. y Vila, J. (1998). Técnicas de relajación. En: Caballo, V. (Comp.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España: Siglo XXI. Cap. 9
- Vieta, E., Colom, F. & Martínez-Arán, A. (2004) *El trastorno bipolar. La enfermedad de las emociones*. Psiquiatría Editores, S.L.
- Villalpando Salvador, Rojas Rosalba, Shamah-Levy Teresa, Ávila Marco Antonio Gaona Berenice, De la Cruz Berenice, Rebollar Rosario y Hernández Lucía, 2010, Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population: a probabilistic survey. *Salud Pública de México*, 52(Supl. 1).
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión. No tienes por qué sufrir para vivir*. Editorial Pax México.
- World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL, 1995). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, N° 10, pp. 1.403-1.409.

Glosario.

A

- Acido nalidixico
Medicamento para tratar las infecciones en vías urinarias., 28
- Acroparestesias
Hormigueo en partes distales de las extremidades., 59
- Agonista del péptido
Medicamento para estimular la secreción de insulina., 64
- Angiólogo
Especialista en el aparato circulatorio., 68
- Anhedonia
Pérdida de interés en cosas con las que antes se solía disfrutar., 19
- Antidepresivos tricíclicos
Medicamentos antidepresivos que reciben su nombre de su estructura química, que incluye una cadena de tres anillos., 45
- Astenia
Cansancio crónico, 59
Debilidad o fatiga., 24

B

- Balanopostitis
Hinchazón o infección del glande o prepucio., 59
- Biguanidas
medicamentos que le ordenan al hígado disminuir su producción de glucosa, lo cual baja los niveles de ésta en el torrente sanguíneo., 64
- Bloqueadores de los canales de calcio
Medicamentos para reducir la presión arterial., 29

C

- Cardiazol
Fármaco de acción estimulante del sistema nervioso central., 43
- Catecolaminérgico
Neuronas productoras de catecolaminas., 44
- Cetoacidosis
Exceso de ácidos en la sangre., 48
- Clonidina
edicamento para tratar la presión arterial alta., 28
- Comorbilidades
Dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona., 27
- Concomitante
Que ocurre durante el mismo período de tiempo., 26
- Corticoesteroideos
Medicamento para tratar la artritis reumatoide, , asma, alergias, etc., 29

D

- Deformidades podálicas
Deformidad en los pies., 60
- Diacilglicéridos
Es un lípido sencillo implicado en numerosas funciones celulares como la síntesis de lípidos complejos o la señalización celular., 72
- Digitalicos
Medicamento para tratar afecciones cardíacas., 29
- Dislipidemia aterogénica
Es una alteración lipídica y lipoproteica asociada a un riesgo cardiovascular., 71
- Dopamina

Neurotransmisor relacionado con la expresión de las emociones., 32

E

- Efecto serotoninérgico
Sobre estimulación de receptores de serotonina, centrales y periféricos., 44
- Endógenos
Que se origina por causas internas., 17
- Endotelio
Órgano dinámico con importantes funciones autocrinas y paracrinas., 67
- Epilepsia
Trastorno en el que se interrumpe la actividad de las células nerviosas del cerebro, lo que provoca convulsiones., 28
- Episodio hipomaniáco
período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y elevado., 36
- Episodio maniáco
Humor muy elevado o alborotado asociado a la bipolaridad., 36
- Esclerosis múltiple
Enfermedad que degrada la cubierta protectora de los nervios., 28
- Esquizofrenia
Trastorno que afecta la capacidad de una persona para pensar, sentir y comportarse., 36
- Estado protrombótico
Síndrome metabólico caracterizado por un aumento en los niveles plasmáticos., 71
- Estupor
Falta de reacción excesivamente largo o profundo., 59

G

- Glucemia
Es un examen que mide la cantidad de glucosa en la sangre., 78

Glucemia postprandial
concentración de glucosa plasmática después de las comidas., 61

H

- Hipercortisolismo
Afección por la hay demasiado cortisol en el cuerpo., 27
- Hiperglucemia
Niveles altos de glucosa en sangre., 48
- Hiperinsulinemia
Significa que la cantidad de insulina en la sangre es mayor que la que se considera normal., 71
- Hiperosmolaridad
Concentración alta de sal en la sangre., 48
- Hipersomnia
Conciliar el sueño durante el día., 23
Tendencia al sueño durante el día., 35
- Hiperuricemia
Es un exceso de ácido úrico en la sangre., 71
- Hipocampo
Estructura del cerebro humano., 26
- Hipoglucemia
Disminución de la cantidad normal de glucosa en la sangre., 28
- Hipotálamo
Parte de la estructura del cerebro., 32
- Hipotiroidismo
Disminución de la actividad funcional de la glándula tiroides., 28
Enfermedad de la glándula tiroides., 27

I

- Indometacina
Medicamento antiinflamatorio., 28
- Inhibidores de alfa-glucosilasa
Medicamento que disminuye la absorción de carbohidratos desde el tracto digestivo., 64
- Inhibidores del cotransportador 2 sodio glucosa

Medicamento para reducir la glucemia en los adultos con diabetes tipo 2., 64

Insulina

Es una hormona que permite que el azúcar en la sangre, conocido como glucosa, pase a las células., 46

Isoniazida

Medicamento antituberculoso., 28

L

L- dopa

Medicamento para tratar la enfermedad de Parkinson., 29

Libido

Deseo de placer, en especial de placer sexual., 16

M

Metildopa

Medicamento para tratar la hipertención arterial., 28

Miméticos de amilina

Medicamento para reducir la cantidad de glucosa ingerida., 64

Morbilidad

Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período determinado de tiempo., 25

N

Neuropatía

Lesión de los nervios., 48

Noradrenalina

Hormona del sistema nervioso central y periférico., 32

O

Ovario poliquístico

Trastorno hormonal que ocasiona ovarios de mayor tamaño., 71

P

Páncreas

Glándula que se encuentra detrás del estómago que controla los niveles de azúcar., 28

Podólogo

Especialista en el cuidado de los pies., 68

Polidipsia

Exceso de sed., 49

Polifagia

Mucha hambre., 49

Poliuria

Exceso de orina, 49

Presináptico

Botones sinápticos axonales., 44

Propranolol

Medicamento para el tratamiento de la hipertensión., 28

R

Retinopatía

Pérdida de la visión e incluso ceguera., 48

S

Secretagogos

Es una sustancia que hace que otra sustancia sea liberada o secretada., 65

Serotonina

Hormona de la felicidad., 32

Sinapsis

Conexión entre dos neuronas., 33

Sistema límbico

Estructura del cerebro que dirige las emociones y el comportamiento., 32

Sulfas

Medicamento antibiótico y antiparasitario., 28

Sustancias diabéticas

Hormonas., 59

T

Tiazolidinedionas

Ayudan a que la insulina trabaje mejor en el sitio de la célula., 65

Trastorno delirante

El individuo presenta ideas delirantes., 36

Trastorno esquizoafectivo

Trastorno mental que incluye esquizofrenia y síntomas de trastornos emocionales., 36

Trastorno esquizofreniforme

El individuo presenta delirios, alucinaciones, pensamientos y conductas motoras extrañas., 36

Trastornos psicóticos

Trastorno mental caracterizado por una desconexión de la realidad., 36

Triada cognitiva

Visión negativa de un individuo., 27

V

Verborrea

Alteración del flujo del lenguaje., 18

Vulvovaginitis

Hinchazón o infección de la vulva y la vagina., 59

Índice de abreviaturas.

AGA: Alteración de Glucemia en Ayunas

APA: Asociación de Psiquiatría Americana

AT: Adherencia Terapéutica

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck

BDI: Inventario de Depresión de Beck

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck Segunda Versión

CHO: Hidratos de Carbono

CODE-2: Costo de la Diabetes en Europa; tipo 2

DE: Diabetes en el Embarazo

DM: Diabetes Mellitus

DMG: Diabetes Mellitus Gestacional

DMT1: Diabetes Mellitus tipo uno

DMT2: Diabetes Mellitus tipo dos

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición

ECV: Enfermedades Cardiovasculares

FID: Federación Internacional de la Diabetes

FPG: Prueba de Glucosa en Plasma en Ayunas

InCaViSa: Inventario de calidad de vida y salud

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina

ITG: Intolerancia a la Glucosa

NIMH: National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental)

OGTT: Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SECTEI: Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación

TCC: Terapia Cognitiva Conductual

TIP: Terapia Interpersonal

VIH/SIDA: Virus de la Inmunodeficiencia Humana