



EDUCAR, RESTAURAR
TRANSFORMAR

CENTRO UNIVERSITARIO VASCO DE QUIROGA
DE HUEJUTLA A.C.
INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895-25
AV. JUÁREZ # 73, COL. JUÁREZ, HUEJUTLA, HIDALGO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

“LA DEPRESIÓN ANTE EL PADECIMIENTO DE LA DIABETES
MELLITUS”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIZBETH HERNANDEZ DOLORES

GENERACIÓN 2009 – 2013

HUEJUTLA, HGO. SEPTIEMBRE 2013



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.

Dictamen

Nombre de la tesista: Lizbeth Hernández Dolores

Título de la investigación: La depresión ante el padecimiento de la diabetes mellitus

Título a recibir: Licenciatura

Nombre de la licenciatura: Psicología

Fecha: Huejutla, Hgo; 21 de septiembre de 2013

La que firma Lic. En Psic. Blanca Eugenia Segura Quintero, acreditada por el Centro Universitario Vasco de Quiroga de Huejutla, como asesora de tesis de licenciatura, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecidos por la División de Estudios e Investigación, para tener opción al título de licenciatura y se autoriza su impresión.

Atentamente

Lic. en Psic. Blanca Eugenia Segura Quintero

Dedicatorias

Primeramente a Dios por darme la vida, la dicha y la gracia de concluir satisfactoriamente mi carrera profesional.

A mis padres el Sr. Juan Hernández González y la Sra. María Francisca Dolores que con su educación, apoyo y amor han contribuido para llegar al logro de una meta más.

A mis hermanos: Santa, José Ángel, Juan, Guillermo y Pedro por el apoyo incondicional y por compartir muchos momentos gratos conmigo, otorgando enseñanzas y experiencias de la vida, fortaleciendo mi formación personal y profesional.

A mis sobrinos: Diana Guadalupe, Valeria Roció, Sandra Maleny, Karina, José Ángel, Camila y Ana Sofía por sus risas y amor que me han hecho crecer y sentirme muy afortunada de tenerlos

A mi abuelita Antonia con mucho cariño y amor.

A mi abuelita Magdalena que físicamente ya no está conmigo pero que siempre está en mi corazón, por su educación hoy puedo decirle que su labor ha sido cumplida, la enseñanza de luchar por la vida y nunca rendirme y por el amor incondicional.

Lizbeth

Agradecimientos

En este momento especial y significativo de mi vida en el cual he alcanzado una meta más, me permito agradecer a las personas que han sido el motor de mi vida.

A los catedráticos de la carrera profesional: gracias por los conocimientos que vertieron durante la carrera profesional, el recorrido de cuatro largos y fabulosos años, en los cuales adquirí conocimientos y elementos necesarios e importantes en mi formación profesional y personal.

A mi asesora de tesis, Psic. Blanca Eugenia Segura Quintero y a mi lectora Psic. Ana Isabel Terán Ponce por el apoyo, tiempo y aprendizaje durante el proceso de formación profesional y en especial en el proceso de tesis.

A mi hermano el Psic. Juan Hernández Dolores, por el apoyo incondicional en la estructura de esta investigación, y por ser la figura que me inspiro y motivo para estudiar esta carrera.

Al Centro de Salud Urbano “Dr. Horacio Camargo Rivera” de Huejutla Hidalgo y a las pacientes por haber brindado las facilidades para la realización de la presente investigación.

A mis amigos: especialmente a Monse, Lizbeth, Tania y Rosy, por compartir momentos maravillosos e importantes en mi vida, gracias por las palabras de aliento que me motivaron día con día a seguir adelante. Sin excluir a ninguno quiero agradecer a todos mis amigos que compartieron conmigo momentos de felicidad, en ocasiones de tristeza pero que continuamente me motivaron.

Índice

Portadilla

Dictamen

Dedicatorias y agradecimientos

Resumen

Abstract

Introducción

Capítulo I: Presentación del problema	01
1.1 Antecedentes.....	02
1.2 Justificación.....	06
1.3 Descripción del problema.....	08
1.4 Objetivos.....	09
1.5 Planteamiento del problema.....	10
1.6 Interrogante de la investigación.....	10
Capítulo II: Marco teórico	11
2.1 Conceptos de diabetes.....	12
2.1.1 Diabetes mellitus tipo I.....	14
2.1.2 Diabetes mellitus tipo 2.....	15
2.1.3 Diabetes gestacional.....	15
2.2. Manifestaciones de la diabetes.....	16

2.3.	Factores desencadenantes de la diabetes.....	18
2.4.	Introducción a la depresión.....	19
2.5.	Clasificación de la depresión según el DSM-IV.....	21
2.6.	Tipos de depresión.....	27
2.6.1.	Depresión psicológica.....	28
2.6.2.	Depresión biológica.....	29
2.6.3.	Depresión mixta (psicológica con síntomas biológicos).....	30
2.7.	Autoconcepto y percepción sobre la enfermedad en personas con diabetes mellitus.....	31
2.8.	Factores biopsicosociales involucrados en la diabetes mellitus.....	35
2.9.	Familia y enfermedad.....	37
2.10.	Red de apoyo.....	39
2.11.	Adherencia terapéutica.....	40
2.12.	Causas de la depresión	42
2.12.1	Factores biológicos.....	42
2.12.2	Eventos de la vida actual.....	44
2.13.	Principios generales de la intervención cognitivo conductual.....	47
	Capítulo III: Diseño de la investigación	51
3.1	Hipótesis.....	53
3.2	Conceptualización de variables.....	53
3.3	Metodología de la investigación.....	54
3.4	Población y muestra.....	56
3.5	Técnicas e instrumentos utilizados.....	57
3.6	Cronograma.....	60

Capítulo IV: Análisis de los resultados	61
4.1 Análisis de la información.....	62
4.2 Análisis de resultados	64
4.3 Categorización de variables.....	95
4.4 Triangulación de la información.....	100
4.5 Conclusión.....	103
Capítulo V: Discusión y sugerencias	105
5.1 Discusión.....	106
5.2 Sugerencias de intervención.....	110
Anexos	113
Formatos de los instrumentos de recolección.....	113
Bibliografía.....	118

Resumen

La presente investigación surge a partir de una interrogante acerca de la afectación que tiene la diabetes en el desarrollo de la depresión, se sustenta bajo teorías realizadas que desarrollan temas de gran relevancia para el presente estudio de investigación, Para ello es interesante analizar los resultados obtenidos durante el proceso de recolección de datos que se aplicó en pacientes que acuden a consulta en el área de psicología del Centro de Salud Urbano "Dr. Horacio Camargo Rivera" de Huejutla, para describir el proceso de la depresión en mujeres con padecimiento de diabetes mellitus. Al finalizar se dan a conocer sugerencias de intervención, con el objetivo de prevenir el desarrollo de la depresión.

Palabras claves: diabetes mellitus, depresión, desarrollo, intervención.

Abstract

This research arises from a question about the effects that diabetes has on the development of depression is based on theories made to develop topics of great relevance to this research study, it is interesting to analyze the results obtained during the data collection process was applied in patients who seek care in the area of psychology of Urban Health Center "Dr. Horacio Camargo Rivera "of Huejutla, to describe the process of depression in women having diabetes mellitus. Upon completion suggestions disclosed intervention in order to prevent the development of depression.

Key words: diabetes mellitus, depression, development, intervention.

Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad se han ido desarrollando conceptos amplios acerca de la depresión, conceptualizándolo como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por sentimientos de abatimiento, inferioridad, baja autoestima, deseos de muerte; cada vez más en las consultas médicas para la atención de enfermedades crónico degenerativo como la diabetes. Ha incrementado el número de pacientes que desarrollan la depresión; el desconocimiento de las implicaciones sintomatológicas, llevan a repercusiones directas sobre su calidad de vida, afectando las áreas social, laboral, personal y familiar del individuo.

En la actualidad, las personas que padece de algún tipo de diabetes, experimentan episodios de depresión, siendo el principal motivo de consultas psicológicas, medicina general y psiquiatría dentro de la secretaria de salud; además, es una de las principales causas que genera bajas laborales, sin duda alguna, repercuten directamente sobre la calidad de vida de las personas, y de alguna forma las implicaciones a nivel cognitivo hace que la percepción sea de una forma distorsionada que le llevan a comportamientos diferentes con respecto a etapas de la vida anterior.

Por tal motivo en la presente investigación se describe el proceso de la depresión como consecuencia emocional de la diabetes, es por ello que en el primer capítulo se describe la problemática, planteando objetivos que se persiguen, posteriormente se da cabida a la teoría en el capítulo dos que sustenta

la presente investigación el desarrollo de la depresión ante el padecimiento de la diabetes, para dar respuesta a la pregunta de investigación.

Seguido del capítulo tres que da cabida al diseño de la investigación y metodología para dar posibles respuestas al problema planteado, continuando con el análisis e interpretación de los resultados obtenidos del capítulo anterior. Por último se realizan las sugerencias y conclusiones con el objetivo de prevenir el desarrollo de la depresión causado por la diabetes mellitus.

Capítulo I

Presentación del problema

1.1 Antecedentes

La depresión es una experiencia que acompaña al ser humano desde el origen de su historia, debido a que inicia desde la existencia del ser humano, va ligado al sufrimiento del mismo ante su propio desarrollo, manifestando síntomas como abatimiento, incapacidad para la realización de actividades, pérdida del interés. A lo largo de la historia la depresión ha adquirido distintos nombres y conceptos tal es el caso de la melancolía introducida por Hipócrates que determina que la depresión se debe al exceso de bilis negra.

Por otra parte se introduce el concepto de *acedia* según Muriana, Pettenu y Verbitz (2007) los cuales indica como: “La pérdida, ciertamente culpable, de la adecuada e intensa unión con Dios”. (p.17). Es decir, se le denomina *acedia* a la pereza en el plano espiritual y se consideraba un pecado, ya que no había un acercamiento con Dios, y por ende no existía la paz de espíritu en el individuo.

En el siglo XVII comienzan a atribuir la melancolía a ideologías de las personas, tal y como lo mencionan Muriana, Pettenu y Verbitz (2007): “Dios y el diablo son aun las causas de las calamidades humanas.” (p.16) Refiere que el ser humano en cuanto a su comportamiento y conductas manifestadas durante su proceso de vida, la ideología era honrar a Dios y no ceder a las tentaciones del ocio ya que si se rompían esta ideologías manifestaban la melancolía, de esta manera, locura y pecado se funden y se confunde en la búsqueda de la cura durante estos siglos, construyendo sus causas y suministrándose soluciones terapéuticas apropiadas, pero basándose en el lado moral que incluía el pecado como una causa de calamidad.

En la mitad del siglo XVIII según Muriana, Petteno y Verbitz (2007), citan a un investigador: “Giambattista Morgagni, enseña el concepto de enfermedad de órgano, los orígenes de la melancolía ya no están en el desequilibrio de los humores, sino en la lesión precisa de la materia nerviosa ya que no en todo el cuerpo, si no en una de sus partes” (p. 19). Es decir, en este siglo no era considerado un desequilibrio de los humores como anteriormente autores lo denominaron, sino que paso a ser una lesión en la materia nerviosa, ya que no se manifestaba en todo el cuerpo si no en algunas partes, dando como resultado que mente y cerebro se unieran para pasar a formar una sola materia; durante esta etapa y aunado a la conceptualización que se le da a la depresión da lugar a la melancolía

En el siglo XIX que en la séptima nosografía Kraepeliniana da lugar a un nuevo concepto tal como lo menciona Kraepelin citado en Muriana, Petteno y Verbitz (2007), el concepto de lipidemía es sustituido como se describe a continuación: “Psicosis maniaco-depresiva, esta última es diferenciada de las condiciones de naturaleza constitucional, como la neurastenia” (p. 20), Es decir, se diferenció el concepto de psicosis maniaco depresivo de las condiciones naturales que lo constituyen, se realizó una connotación diferente a la de la neurastenia que se caracteriza por un cansancio inexplicable ante la realización de alguna tarea ya que se manifiesta y actualmente se toma como referencia previo a la manifestación de la depresión, a partir de esta etapa la palabra melancolía es sustituida por depresión, esta configuración apareció por primera vez en Inglaterra en los años 1700 y 1800 aproximadamente.

Al pasar de los años se han introducido conceptos que denotan un amplio significado, y que la ciencia a través de la historia han modificado ha modificado y atribuido a diferentes causas, en el año de 1976 la depresión toma un concepto diferente tal y como lo menciona Beck citado en Corona, C. (2012) en el que define a la depresión como: “Un desorden del pensamiento donde los signos y síntomas son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos” (p. 10). Es decir, el ser humano experimenta situaciones que a nivel cognitivo se emplea de manera negativa repercutiendo en el estado emocional del mismo, manifestando síntomas propios de una depresión.

El interés por el estudio de la personalidad de los trastornos afectivos ha acompañado a la psiquiatría desde sus orígenes, obteniendo numerosos conceptos de autores que como tal definen al sujeto depresivo en términos diferentes, tal es el caso del autor Chinchilla, A., (2008) que lo define como: “Sujeto depresivo como un ser pesimista, inseguro, con baja autoestima y temeroso” (p.13), El sujeto, se manifiesta frágil ante situaciones estresantes provocadas por una autoestima baja, tal es el caso de la presencia de una enfermedad orgánica que desestabiliza el estado anímico del sujeto debido al poco conocimiento de lo que implica la enfermedad, los síntomas manifiestos, así como el tratamiento que llevará a lo largo del proceso de vida, y los cuidados pertinentes, todos estos factores se ven inmersos ante una situación estresante que provoca una inestabilidad emocional.

Desde el inicio de los estudios de la depresión y hasta la actualidad podemos citar autores que introducen conceptos diferentes según su perspectiva y el modelo psicológico en que se basan, sin embargo, durante el transcurrir de la vida se formulan

y postulan teorías enfocadas a determinar y emplear tratamientos para la depresión; sin duda, distintas investigaciones realizadas a lo largo del tiempo, van clarificando aún más el concepto. Es importante conocer otras perspectivas tales como las de Sigmund Freud en el modelo psicodinámico, citado en Yapko M. (2006) quien refiere: “La vuelta de la agresión hacia sí mismo” (p.21). Es decir, asociaba el origen de los dolores hacia sí mismo, en duelos no resueltos por pérdidas desde la infancia, hace mención sobre el rechazo de los padres hacia el infante o la muerte de alguno de ellos, es por ello que la depresión se asocia con la agresión hacia la propia persona.

La depresión afecta principalmente aquellas personas diagnosticadas diariamente en hospitales o clínicas de salud con enfermedades crónico-degenerativo repercutiendo principalmente en el área laboral, calidad de vida de quienes la presentan y ante diferentes factores que con mayor prevalencia son la manifestación de enfermedades como la diabetes que ha sido un objeto de preocupación del ser humano desde época muy lejanas según Niklison citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012), en el cual refiere: “En México, un 10.75 por ciento de la población entre 20 y 69 años de edad tiene algún tipo de diabetes”. (p.14). De acuerdo a estas estadísticas la diabetes se hace presente en la etapa adulta y posiblemente como desencadenante el desarrollo de una depresión, que contribuye a un inadecuado estilo y calidad de vida poco favorable, provocando así en el sujeto una adopción de conductas que perturban su comportamiento.

1.2. Justificación

Actualmente, la depresión en la mujer adulta se desarrolla posterior al diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa, según datos epidemiológicos mundiales; según datos de la secretaria de salud en nuestro país diariamente se diagnostican ciento de enfermedades que impactan sobre la calidad de vida afectando dos veces más a mujeres que a hombres. Provocando con facilidad baja autoestima, un autoconcepto difuso, anhedonia, llanto frecuente, angustia, frustración, temor e inseguridad al percatarse de la presencia de una enfermedad, básicamente la diabetes. Datos relevan que la mujer diagnosticada con una enfermedad crónico-degenerativa tendrá que adaptarse a nuevos estilos de vida que en ocasiones es difícil de adoptar.

El presente trabajo de investigación resulta trascendente ya que al paso del tiempo la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas provocando trastornos emocionales y del estado de ánimo, que contribuye a una inestabilidad estado emocional y a una falta de higiene mental, creando en las pacientes conductas inapropiadas dentro del contexto en el cual se ven inmersos. Debido a esta situación es importante el manejo asertivo de los problemas suscitados en la vida diaria, para ello es de gran importancia entender el desarrollo de la depresión a causa de una enfermedad degenerativa. Reconocer este problema permitirá implementar mejores programas de intervención integral, partiendo de un adecuado manejo de las emociones que le ayuden a elevar su calidad de vida.

En la Huasteca Hidalguense en el municipio de Huejutla lugar que no se exenta de este problema de salud, existe una prevalencia alta en los índices de depresión

de mujeres adultas, acompañadas de enfermedades crónico-degenerativas, principalmente la diabetes.

La presente investigación pretende aportar un estudio dirigido a este tipo de población mediante una muestra de mujeres adultas que acuden a consulta en el área de psicología del Centro de Salud Urbano Dr. Horacio Camargo Rivera. La investigación que se brinda en el presente trabajo contribuye a conocer de manera cognitiva el proceso depresivo de la mujer en situaciones de salud. Ya que ante el diagnóstico de una enfermedad médica afecta de manera emocional ante el impacto que provoca el reacomodo en áreas importantes del individuo.

Los beneficios para la conducta humana en la región huasteca será conocer y profundizar más acerca de la depresión, así también llevar a cabo las técnicas que se desean implementar en dicha investigación. Es por ello la importancia de presentar la investigación ya que la población crece aún más y el riesgo en cuestiones físicas, emocionales y de salud aumenta con mayor frecuencia, la postmodernidad ha traído consigo estilos de vida poco saludables para el individuo que se caracteriza por el desequilibrio dietético, sedentarismo y en general el descuido de las actividades promocionales y preventivas de la salud trayendo consigo enfermedad médica que favorezcan al desarrollo de la depresión, es por eso que la investigación pretende tener un impacto favorable y significativo en esta población debido a que se realizaran estrategias que permitan inhibir la depresión en mujeres adultas con algún padecimiento de diabetes.

1.3 Descripción del problema

La depresión como fenómeno actual en nuestro país incrementa día con día afectando anualmente a millones de personas que se diagnostican en diferentes áreas médicas; centros de salud, hospitales, clínicas. El desarrollo de la depresión ante el diagnóstico de una enfermedad médica, afecta de manera emocional a mujeres adultas con padecimientos de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, contribuyendo así a generar procesos depresivos que disminuyen una calidad de vida.

Actualmente la depresión en la región Huasteca afecta a varias personas sin importar raza ni condición económica. La presencia de conductas repetitivas, sedentarismo, la falta de prevención, el desequilibrio dietético provoca el padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes que se presenta con mayor prevalencia en la región. Lo anterior ha tenido gran impacto para la humanidad ya que en pocos años se ha visto cambiar los patrones de morbi-mortalidad de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, uno de los primeros problemas de salud actualmente. El diagnóstico de esta enfermedad es el primer evento estresante y depresivo ya que implica la pérdida del autoconcepto y la propia identidad. El desarrollo de la depresión aumenta con el paso de los años en la región de Huejutla Hidalgo, creando una atmósfera emocional poco saludable para la población así como para las nuevas generaciones, es por ello que la presente investigación pretende conocer la afectación de la diabetes mellitus, en el desarrollo de la depresión en mujeres adultas.

1.4 Objetivos

Objetivo general

Describir cómo influye el padecimiento de la Diabetes, en el desarrollo de la depresión en mujeres de edad adulta que acuden a consulta en el área de psicología del Centro de Salud Urbano Dr. Horacio Camargo del municipio de Huejutla.

Objetivos particulares

- Conocer el proceso de la depresión de enfermedades que suscitan con mayor prevalencia en Huejutla.
- Identificar el nivel de depresión que presentan las pacientes con padecimiento de diabetes mellitus que acuden a consulta en el área de psicología del Centro de Salud Urbano Dr. Horacio Camargo del municipio de Huejutla.
- Analizar información actual sobre la depresión en la huasteca, de igual manera basarse en conocimientos del modelo cognitivo conductual para implementar estrategias de ayuda en cuanto a la manifestación de la sintomatología.

1.5 Planteamiento del problema

La salud es el estado de bienestar físico, mental y social, el ser humano está expuesto a manifestar un desequilibrio a raíz de la construcción de los pensamientos negativos que influyen en el desarrollo de la depresión principalmente en mujeres de edad adulta, ante el padecimiento de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes que repercute en el estado emocional del paciente, y en los diferentes contextos en los que se ve inmerso, la persona con diabetes adoptará un estilo diferente que le implica un proceso de cambio que valla acorde con sus creencias, su concepción de la salud, de la vida y del medio familiar y social así como la aceptación para mantener una calidad de vida favorable para el paciente. La negación inculca el autoengaño y lleva a actitudes autodestructivas y la construcción de pensamientos negativos que implican un proceso depresivo. Es por ello que el investigador pretende dar respuesta a:

1.5 Interrogante de la investigación

1. ¿Cómo afecta el padecimiento de la diabetes mellitus, en el desarrollo de la depresión en mujeres de edad adulta que acuden a consulta en el área de psicología del Centro de Salud Urbano Dr. Horacio Camargo del municipio de Huejutla, Hgo.?

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Conceptos de diabetes

La diabetes mellitus (DM) como se le conoce científicamente es un desorden metabólico que se caracteriza por los altos niveles de hiperglucemia en la sangre y que afecta directamente en la interrupción del funcionamiento de los órganos, esta enfermedad se presenta en el paciente y lo acompaña durante el resto de su vida es importante conocer el concepto desde autores que realizan estudios acerca de la enfermedad Telbar F. J. y Escobar F. (2009), define a la diabetes como: “Un grupo de enfermedades o síndromes metabólicos caracterizados por la aparición de hiperglucemia secundaria a defectos de la secreción de insulina, la acción de insulina o de ambas.” (p.1). Lo cual refiere que el paciente ante la nula presencia de insulina que produce el páncreas y como efecto secundario el incremento inadecuado de la glucosa ante la poca producción de insulina en el cuerpo lo que lleva a la manifestación de síntomas y presencia propios de la diabetes Mellitus.

Es de gran importancia conocer los riesgos que trae consigo la diabetes tal y como las mencionan los siguientes autores Telbar F. J. y Escobar F. (2009).

Perdida de la visión que puede llegar a una ceguera, afectación renal que puede llegar a una insuficiencia renal terminal que precise hemodiálisis y el trasplante renal, afectación de los grandes vasos que pueden condicionar patologías tan importantes como la insuficiencia arterial de las extremidades que determinarían la amputación a diversos niveles, cardiopatía isquémica con infarto en el miocardio como manifestación más frecuentes (p.1).

Como se puede demostrar las implicaciones que trae consigo la diabetes son de alto riesgo ya que ponen en juego la vida del paciente, ante la presencia de un nivel de glucosa elevado, cuando el paciente no hace caso omiso a las prescripciones médicas, es decir, no lleva acabo el tratamiento adecuado para el

control de la enfermedad de tipo metabólica. Es importante conocer el término de la diabetes tal y como lo mencionan Balcázar, Gurrola y Chimal (2012) la define como:

La diabetes Mellitus tiene sus raíces en el griego y en el latín. Diabetes (del griego), significa salir con fuerza y el más característico de la diabetes es orinar de forma excesiva. Mellitus (del latín) significa dulce como la miel y la orina de una persona diabética presenta un exceso de glucosa. (p. 40).

El concepto de la diabetes mellitus contempla los efectos a nivel físico, psicológico debido a la duración que caracteriza a esta enfermedad para ello es de gran importancia que el paciente con padecimiento de diabetes mellitus conozca aquellos efectos que en su momentos aparecen ante la presencia de hiperglucemia que como lo mencionan Rivera E. (2000) refiere que : “Es el aumento brusco en la cantidad de la glucosa en sangre y se manifiesta con dolor abdominal y vomito” (p. 34) es decir, es la cantidad elevada y en altos índices de glucosa que provoca manifestaciones como el vértigo y vomito que de tal manera repercute en el organismo y se manifiestan efectos secundarios que llegan a la perdida de órganos importante en el desarrollo vital del ser humano, este tipo de afectaciones según Aguilar, K. (2013) refiere que: “Los niveles de azúcar pueden aumentar o verse afectados a consecuencia de: olvidar administrarse la insulina adecuada o cometer un error en la técnica de inyección de la misma” (p.1).

Debido a que puede ser ocasionando ante la falta de administración de insulina, una alimentación inadecuada, es una enfermedad progresiva que va dejando secuelas en personas con diabetes Mellitus ya que es de tipo crónico degenerativo, este tipo de enfermedad solo es controlable, con el paso del tiempo al no llevar un control adecuado la situación se agrava, sin embargo actualmente existen

tratamientos que ayudan a la constante homeostasis de la glucosa de tal manera que el individuo pueda tener mejor calidad de vida.

La diabetes mellitus en cualquiera de sus manifestaciones, es una enfermedad que afecta al ser humano de manera física, psicológica y socialmente. Para ello es importante señalar que la OMS citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012) señala que:

Al inicio del desarrollo de ciertos padecimientos irreversibles como el caso de la diabetes, el enfermo se enfrenta a una situación desconocida que le provoca temor e inseguridad, así como ansiedad, angustia, frustración, molestia física, alteraciones del sueño, cambios en el estado de ánimo, síntomas relacionados con la disminución de la autoestima y depresión (p.42).

Como se puede analizar el padecimiento de enfermedades otorga al paciente un significado particular en cuanto a la concepción sobre la vida contribuyendo a un deterioro los cuales incluyen emociones negativas como la depresión.

2.1.1 Diabetes mellitus tipo I

La diabetes es una enfermedad crónica que se ha incrementado y que es una de las principales causas de muerte e incapacidad entre la población debido a sus complicaciones. La diabetes mellitus tipo 1 o diabetes mellitus insulino dependiente tal y como lo menciona el autor Telbar F. J. y Escobar F. (2009) la considera como: “Tipo de DM en el que la destrucción de la célula beta del páncreas conduce a una deficiencia absoluta de insulina.” (p.3). Es decir, este tipo de diabetes se manifiesta cuando el páncreas no produce la cantidad necesaria de insulina e incluso directamente deja de producirla ante la destrucción autoinmune de la célula beta del páncreas y suele aparecer durante los primeros años de vida del individuo y se

vincula con antecedentes hereditarios, los pacientes que presentan este padecimiento requiere el suministro de insulina todo los días. Los síntomas más frecuentes son la pérdida de peso, somnolencia, orina frecuente, sed excesiva, hambre y debilidad.

2.1.2 Diabetes mellitus tipo 2

Es considerada también como diabetes no insulino dependiente y es conceptualizada tal y como lo describen los siguientes autores Maldonado J. y Martínez de Victoria E. (2010), describen que: “La resistencia corporal a las acciones de la insulina conllevan a la hiperproducción de esta hormona en el páncreas, lo que se le denomina síndrome de resistencia a la insulina.” (p.285), Es decir, en este tipo de diabetes no insulino dependiente, en el cual existe una hiperproducción de insulina, puesto que las células musculares, adiposas y hepáticas no utilizan la insulina de manera adecuada por lo que se da la resistencia a este, se presenta en la edad adulta y alguno de los síntomas que se presentan son fatiga, náuseas, irritabilidad, sed excesiva, pérdida de peso, visión borrosa, entumecimiento de pies y manos, presión sanguínea persistente y frecuentes ganas de orinar, este tipo de diabetes se vincula con la obesidad y antecedentes familiares.

2.1.3 Diabetes gestacional

La diabetes gestacional no es tan común, sin embargo, se presenta en ciertas etapas de la vida en mujeres que un lapso de tiempo puede desencadenar diabetes Mellitus tipo 1 o 2. De acuerdo con Rivera citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012), refiere que: “Solo aparece durante el séptimo mes de embarazo”. (p.143). En otros

términos la diabetes gestacional solo se presenta de manera temporal, sin embargo, existe la posibilidad de padecer diabetes de forma permanente.

Ante el padecimiento de la diabetes en sus tres clasificaciones se hace mención de la calidad de vida del paciente debido a que es de suma importancia para el afrontamiento de la situación que acontece es por ello que la OMSS citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012). Define la calidad de vida como: “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativa, sus normas y sus inquietudes” (p.150). Se trata principalmente de la salud física del paciente, las relaciones sociales, su estado psicológico así como la comunicación que establece con los de su alrededor, es por ello que la calidad de vida es de suma importancia ante el reajuste en el ámbito personal y relacional del diabético, resulta importante brindar al paciente alternativas para el cuidado de la enfermedad.

2.2 Manifestaciones de la diabetes

El desarrollo de la diabetes es silenciosa, los manifestaciones clínicas se hacen presentes tiempo después de haberse iniciado, los autores Beneit y Latorre citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012), refiere que: “Los síntomas fundamentales que caracterizan a la diabetes son sed, hambre y eliminación de la orina” (p.143). Sin embargo, una vez diagnosticada la enfermedad comienzan a manifestarse complicaciones agudas como el shock insulínico, y complicaciones que van delimitando la calidad de vida, es decir se manifiestan de forma lenta e insidiosa provocando degeneraciones y complicaciones que se presentan en el paciente

diabético a lo largo de su vida ocasionando deterioros significativos de órganos como el riñón, pérdida de la vista, pérdida de algún miembro ante la afectación de las arterias coronarias y periféricas obstruyendo el paso sanguíneo al extremidades inferiores del cuerpo, tal y como lo menciona Retamal P. (1999) refiere que: “Con el tiempo la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones los nervios, los ojos y la dentadura” (p. 19) Es decir, el padecimiento traer repercusiones que afectan de manera física al paciente, ya que trae consigo deterioros significativos, un diagnóstico y tratamiento eficaz reduce los niveles de riesgo.

De acuerdo con Especialistas de Medicina Alternativas citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012), refiere que: “Algunos problemas de salud que puede indicar diabetes son visibles antes de que la enfermedad aparezca” (p.153). Es decir, cuando los niveles de glucosa en la sangre se elevan las manifestaciones clínicas se hacen presentes en el paciente con diabetes, como son el aumento de la sed debido a que se bebe constantemente agua y por consiguiente regularmente el paciente orina más de lo habitual, existe una pérdida significativa de peso corporal, aumento de hambre, debilidad, cansancio, irritabilidad, picazón en pies y manos, entumecimiento y fatiga este aparece como resultado de la incapacidad del cuerpo para transformar la glucosa en energía.

De acuerdo con los autores Canton E., Domingo A. indica que:

La diabetes es un claro ejemplo de enfermedad metabólica cuya dinámica y evolución está en función directa de la conducta de la persona que la padece por lo que, en gran medida, su evolución dependerá de su adhesión al tratamiento, centrado en la realización de conductas de autocuidado, lo que enfatiza su responsabilidad en la consecución del objetivo de control. (p.42)

Es decir, debe de existir un tratamiento adecuado para la estabilidad de glucosa, el paciente debe de apegarse a lo establecido por el médico tratante, el tratamiento dependerá de la conductas emitidas por el paciente ya que la formas de autocuidado, ejercicio y algunos otros factores dependerá de las conductas que el mismo paciente emita tras llevar a cabo las prescripciones médicas que dará como resulta una mejor calidad de vida, y presentar menores riesgos que ocasiona la diabetes mellitus.

2.3 Factores desencadenantes de la diabetes

Los factores relacionados al desarrollo de la diabetes de acuerdo con el autor Guerreiro, E. (2006), refiere que: “A medida que avanza el conocimiento de las causas, salta a la luz que son varios factores que origina la enfermedad la cual evoluciona de diferente forma según los casos” (p.16). Es decir, a través del tiempo se van encontrado diversidad de causas que desencadenan la diabetes y por ende se formulan tratamientos propios para los casos presentados, algunos de los factores se mencionan a continuación como principales causas en el desarrollo de la depresión.

Los antecedentes familiares explora aspectos relacionados con la herencia, indagando en familiares en primer grado (padres, hermanos, tíos, abuelos) que haya tenido o padezcan la diabetes como principal factor determinante.

La obesidad según el autor Bustamante F. (2010), menciona que: “La obesidad, está relacionada y tiene gran influencia sobre el padecimiento de la diabetes, así como su continua presencia en adultos obesos” (p.19). Es decir, la

diabetes se hace presente ante un estilo de vida poco saludable que incluye el sedentarismo, falta de actividad física, la consecuencias de una mala alimentación provoca niveles elevados de masa corporal como factor detonante de la negligencia en el cuidado de la salud.

El factor directo en el que contribuye a la manifestación como tal de la diabetes es el estrés debido a que provoca emociones inadecuadas (enojo, ansiedad, frustración), estas emociones provocan que el organismo obtenga descontrol de la glucosa, incrementando el azúcar en la sangre y teniendo afectaciones significativas, la calidad de vida es de suma importancia ya que a partir del diagnóstico de la diabetes el primer evento estresor es afrontar el transcurso de la misma.

2.4 Introducción a la depresión

Para hablar de la depresión es importante tomar aspectos importantes como la familia núcleo básico de la mujer en estado de depresión debido a las relaciones interpersonales que establece con cada miembro de la familia, ya que es el núcleo principal en el que interactúa la persona como primer contexto en el que se desenvuelve a partir de la interacción que establece. Ya que la comunicación es el principal factor en la familia como aspectos a considerar en las relaciones interpersonales.

Para empezar es importante definir el concepto de depresión. Para Hernández A. (2010), la consideran como “Trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en

riesgo su salud psíquica” (p.9). Ya que al poner en riesgo la salud psíquica puesto que el individuo genera cogniciones que influye en su comportamiento denotando características propias del cuadro clínico de la depresión tales como la tristeza, deseos de muerte, sentimientos melancólicos, apatía. Que repercuten el área emocional, social, familiar y salud física.

Antes que nada, es importante conocer todos aquellos conceptos que forman parte del término. Para Hernández A. (2010), define la depresión como: “Trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica” (p.9). Los síntomas depresivos manifestados en el sujeto realizan cambios inadecuados que da lugar a la incapacidad para enfrentar situaciones conflictivas, realizando conductas inapropiadas que repercuten en la calidad de vida física y emocional, existen varias causas que llevan al individuo a presentar depresión tal y como lo mencionan San molina L., Arranz Martí B. (2010) quienes refieren que: “Algunas veces existe una causa obvia que ha provocado la depresión, como la pérdida de un ser querido, la pérdida de un empleo o una enfermedad física, pero con frecuencia no ha una causa clara” (p.15). Es decir existen varias causas por el cual el paciente puede manifestar depresión, sin embargo no todos presenta el mismo riesgo de presentar depresión, pero en general cualquier persona puede tener una depresión.

Antes que nada es importante abordar características para determinar el grado de depresión que se manifiesta en la persona para diagnosticar la presencia de la depresión, debido a que algunos casos se presenta la depresión en lapsos cortos de tiempo, sin dejar atrás que a raíz de situación que vierte durante el ciclo de vida de

la persona van generando estacionalidades que llevan a manifestar la depresión durante tiempos prolongados, manifestando en ellos la depresión en el área laboral hablado de la etapa adulta ya que al no presentar un estado anímico adecuado repercute en áreas de desempeño laboral del individuo es por ello que es importante hacer la diferenciación para saber con qué frecuencia se manifiestan la sintomatología.

2.5 Clasificación de la depresión según el DSM-IV

Trastorno depresivo mayor episodio único.

El DSM-IV establece los siguientes criterios para el trastorno depresivo mayor

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe de ser (1) estado de ánimo depresivo (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el sujeto (p. ej., llanto). Nota: en los niños y adolescentes e estado de ánimo puede ser irritable.

(2) 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

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio del más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o

aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que puedan ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

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

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

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixtos.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej.,

después de la pérdida de un ser querido). Los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional. Preocupaciones mórbidas de inutilidad. Ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Cuadro 1 fuente: extraído del DSM-IV.

Criterios para el diagnóstico de F32.x trastorno depresivo mayor, episodio único.

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está expuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno delirante psicótico no especificado
- C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o con síntomas.

Leve, moderado sin síntomas psicóticos/graves con síntomas más psicóticos.

Crónico.

Con síntomas catatónicos.

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el periodo postparto
 Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente.

Crónico.
 Con síntomas catatónicos.
 Con síntomas melancólicos
 Con síntomas atípicos
 De inicio en el postparto

Cuadro 2, fuente extraído del DSM-IV.

Criterio para el diagnóstico de F34.1 trastorno distímico.

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observando por los demás, durante al menos 2 años. Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe de ser al menos un año.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) Pérdida o aumento de apetito
 - (2) Insomnio o hipersomnia
 - (3) Falta de energía o fatiga
 - (4) Baja autoestima
 - (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - (6) Sentimientos de desesperanza
- C. Durante el periodo de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A Y B

durante más de dos meses seguidos.

- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor, durante los dos primeros años de la alteración (1año en niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar si: (para los últimos 2 años del trastorno distimico)

Con síntoma atípicos.

Cuadro 3 fuente extraído del DSM-IV.

Trastorno depresivo no especificado

En este apartado incluyen únicamente los trastornos con síntomas depresivo que no cumplen los criterios para formar parte de para el diagnóstico de alguno de los trastornos depresivos previos. Esta situación se diagnostica como trastorno depresivo no especificado cuando los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado, que incluyen los trastornos disfórico premenstrual, el trastorno depresivo menor.

Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad medica

El trastorno debido a una enfermedad médica es debido a una persistente alteración en el estado de ánimo que se considera debido a efectos fisiológicos directos de una enfermedad medica tal como es el caso de la diabetes Mellitus, la alteración del estado de ánimo puede constituir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución en las actividades que le generaban placer al paciente, disminución del apetito, e manifiesta expansivo o irritable, aunque la presentación clínica de la alteración del estado de ánimo puede parecerse a la de un episodio depresivo mayor, maniaco, mixto o hipomaniaco, no se cumplen totalmente los criterios para estos episodios. El tipo de síntoma predominante puede indicarse utilizando uno de los subtipos siguientes: con síntomas depresivos, con síntomas similares a los depresivos mayor, con síntomas maniacos o hipomaniaco o con síntomas mixtos, no se cumplen totalmente los criterios para diagnosticarlos dentro de cualquier episodio.

En la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio deben de existir pruebas de que la alteración es la consecuencia directa de una enfermedad médica, la alteración del estado de ánimo no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, tampoco se establece el diagnóstico si la alteración del estado de ánimo solo se presenta en el transcurso de un delirium, la alteración del estado de ánimo debe provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, en algunos casos el sujeto puede ser aun capaz de desenvolverse a costa de un esfuerzo muy importante.

Para determinar si la alteración del estado de ánimo es debida a una enfermedad médica, el clínico en primer lugar, ha de establecer claramente la presencia de dicha enfermedad médica. Además hay que establecer que la alteración del estado de ánimo esta etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico. Para poder hacer una afirmación es necesario efectuar una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores.

Fuente extraída del DSM-IV.

2.6 Tipos de depresión

Los tipos de depresión varían en cuanto a la sintomatología, ya que este trastorno que afecta el estado de ánimo perturba a las personas de diferentes formas como lo menciona el autor Preston J. (2002), “La depresión es compleja y la mayoría de la personas experimentan una combinación de síntomas no únicamente una sensación desagradable” (p.23). Los síntomas manifiestos son alarmantes y preocupantes debido a que el rendimiento físico de la persona disminuye lentamente ante la

presencia de los síntomas, muchos de los pacientes con desorden metabólico muestran una incapacidad para mantener el nivel de glucosa estable, debido a que aún no existe una adaptabilidad que le permita llevar a cabo un estilo de vida distinto al que estaba acostumbrado, se encuentra en un círculo vicioso en el cual comprende niveles de ansiedad, estrés y preocupaciones que le impiden mostrar mejoría aun cuando se esté llevando a cabo las prescripciones médicas establecidas

Algunos de los pacientes con depresión piensan que su enfermedad avanza cada día más y en un rango elevado es por ello que es de suma importancia conocer las causas y las implicaciones que tiene la diabetes y de igual conocer el tratamiento adecuado a cada paciente tal y como lo menciona el autor Preston J. (2002), “Es necesario comprender la naturaleza del problema para sentirse menos asustado y confuso, así como para estar en la mejor posibilidad de elegir el mejor tratamiento” (p. 25). Es decir tener la disposición de conocer las implicaciones de la enfermedad para buscar ayuda médica así también como psicológica y tener un tratamiento favorable para una mejor calidad de vida.

2.6.1 Depresión psicológica

Existen tres tipos de depresión, y los tratamientos varían según el caso. Las depresión psicológicas que tiene su origen a nivel mental, que como lo menciona Preston J. (2002), son: “Reacciones emocionales a la pérdida o decepción” (p.25). Es decir este tipo de depresión se manifiesta ante un evento emocional o psicológico debido una pérdida, separación o distanciamiento de personas u objetos, que

funcionan como disparador de la depresión psicológica ya que se produce un cambio en la situación vital (separación, estilo de vida, empleo).

Como segunda característica como lo menciona el autor Preston J. (2002), refiere que: “Los síntomas son exclusivamente de tipo psicológico/emocional, en la depresión psicológica pura las funciones biológicas se ven poco afectadas” (p. 27). Es decir el paciente manifiesta aspectos notables como apatía, tristeza, melancolía, baja autoestima, existe una desmotivación significativa, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas solo por mencionar algunos, solo son de tipo psicológico y emocional ya que tienen su origen a nivel mental que repercute en el estado anímico.

2.6.2 Depresión biológica

Por otro lado se hace mención de la depresión biológica en la que surgen cambios y afecta principalmente las funciones biológicas debido a que el sujeto manifiesta cambios repentinos, se presentan respuestas de tipo fisiológicas que afectan en primera instancia la calidad de vida de la persona, ya que muestran cambios en el organismo, este tipo de depresión puede surgir de la nada o a partir de una experiencia de cambio vital en la persona y con frecuencia deja perpleja a la persona. Es importante definir el concepto de depresión biológica. Preston J. (2002), la describe como: “Aquella que en muchos aspectos es una enfermedad física real” (p.25). Es decir la persona que presente este tipo de depresión independientemente de que existan síntomas psicológicos y emocionales, predominan con mayor frecuencia los síntomas físicos provocando en ello enfermedades de tipo orgánica que a su vez necesita de ayuda farmacológica para la mejoría del paciente y entre

sus síntomas se pueden encontrar desordenes en el hábito de dormir difícilmente la persona puede conciliar el sueño, desajustes en el apetito, pérdida del deseo sexual, fatiga y pérdida de la energía, incapacidad para sentir placer (anhedonia), ataques de pánico, intentos de suicidio y en ocasiones desordenes en el apetito. Es por ello que el tratamiento sugerido para cada paciente de suma importancia ya que como lo menciona Reynoso, L. y Seligson, I. (2002), refiere que: “APA afirmaba que el estilo de vida es el factor más importante en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad” (p. 25). Los expertos afirman que el estilo de vida saludable es el principal factor que influencia en la salud de las personas, ya que los modo de vida personal determinará el modo en el que uno muera, el nivel de riesgo de morbilidad y mortalidad de las mismas esta relaciona con el estilo de vida, es por ello que la promoción de la salud cada día es más alarmante, ya que hoy en día las enfermedades crecen en un porcentaje mayor provocando en las personas la presencia de la depresión ante una reestructuración del concepto mismo.

2.6.3 Depresión mixta (psicológica con síntomas biológicos)

Por otra parte existe la depresión mixta (psicológica con síntomas biológicos) este tipo de depresión es caracterizado por un disparador de tipo psicológico con manifestación de síntomas físicos que afectan en el área emocional así también como en el área orgánica, esta depresión también denomina depresión clínica que se conceptualiza de acuerdo al autor Preston J. (2002), como: “Una combinación de reacciones emocionales y fisiológicas” (p. 25). Los síntomas

psicológicos/emocionales así también como los síntomas físicos persisten en la persona aún más agravando el estado de salud del paciente. Los síntomas más predominantes en este tipo de depresión mixta son la escasa concentración y memoria, preocupación excesiva de la salud ya que comienzan a manifestarse síntomas con mayor frecuencia imposibilitando a la realización de actividades y un descenso a nivel escolar, laboral, familiar y social, abuso en el consumo de sustancias nocivas, sensibilidad emocional excesiva (irritabilidad, tristeza), cambios de humor repentinos, incluyendo los síntomas mencionados en el apartado de la depresión psicológica/emocional así como el de la depresión biológica.

Sin embargo es de suma importancia la prevención ya que como lo mencionan Kirscht citado en Reynoso, L. y Seligson, I. (2002), menciona que: “Se puede percibir las conductas de prevención como las acciones que lleva a cabo una persona para mejorar o mantener su estado de salud”. Ya que de esta manera conoce los riesgos de presentar la depresión, los síntomas manifestados y si en su defecto lo presenta buscar ayuda con un profesional de la salud que pueda brindarle un tratamiento adecuado para el tipo de depresión manifiesto a través de los tratamientos existentes pueda tener una estabilidad tanto fisiológica así también como biológica.

2.7 Autoconcepto y percepción sobre la enfermedad en personas con diabetes

Las respuestas emitidas durante ciertos acontecimientos de la vida dependerá de la forma de percibir y crear el concepto del propio individuo, en investigación realizadas dentro del campo de la psicología relacionadas con la diabetes se

encontró que pacientes que han sido diagnosticados con diabetes mellitus son más vulnerables a presentar un cuadro depresivo que afecta áreas importantes del ser humano principalmente el autoestima y concepto propio de la persona. Según el autor Navarro C., Rodríguez M., Mungia M. y Hernández S. citados en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012). Refieren que: “Tanto las creencias y las actitudes como el nivel de información al respecto de la enfermedad puede ayudar o entorpecer en el entendimiento de esta y de sus diversas forma de tratamiento” (p. 40). Es decir, ocasionalmente el paciente diabético desconoce terminología de la enfermedad así como lo que conlleva respecto al tratamiento, cuidados y las implicaciones que puede tener si no se llevan a cabo las prescripciones médicas, suelen basarse sobre creencias o mitos de la enfermedad que solo dificulta el tratamiento médico.

Para ello es de gran importancia conocer el concepto de la enfermedad, tal y como lo vienen conceptualizados desde siglos atrás, cuando inicialmente comenzaban a descubrir sobre la diabetes ya que es una enfermedad antigua quizás como el ser humano, ya que la primera referencia histórica según Balcázar, Gurrola y Chimal (2012). Indica que: “La diabetes data del siglo XVI a.C. en un pequeño papiro que George Ebers descubrió en una tumba egipcia en Tebas en 1862. En ella donde se describía una enfermedad caracterizada por abundante emisión de orina” (p. 40). Desde tiempo atrás se han manifestados los síntomas de la diabetes, sin embargo estudios recientes han ido mejorando el concepto de la enfermedad, ya que estos síntomas han sido conocidos desde épocas antepasadas.

Actualmente desde conceptos introducidos por grandes científicos y profesionales en el ámbito medico introducen que la diabetes mellitus es una

alteración metabólica crónica que ocasiona complicaciones que conllevan a principales causas de invalidez y mortalidad incluidos las pérdidas orgánicas debido a la alteración en la secreción de la insulina los siguientes autores Balcázar, Gurrola y Chimal (2012). Indican que: “El avance en el conocimiento de la diabetes obliga a que, con cierta periodicidad, se realicen modificaciones en su clasificación y criterios diagnósticos que permitan un lenguaje común” (p. 41). Es decir, con el paso del tiempo se han modificado los criterios y clasificación de la diabetes para que sean entendible entre la población vulnerable, evitando así que el paciente presente con menos probabilidad cuadros sintomáticos de la diabetes evitando así síntomas depresivos tras la falta de prevención y salud mental.

Según la OMS citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012). Refiere que: “Se estima que hay alrededor de 140 millones de diabéticos en el mundo y que solo en América Latina la presentan 20 millones. (p.41). Al paso del tiempo y ante la falta de prevención la enfermedad no tiene límites, ya que afecta a la mayoría de las personas constituyendo un problema de salud pública que repercute en la calidad de vida de los individuos, ya que ocasionan que los pacientes generen temor, angustia, apatía, llantos frecuentes, ya que la presencia de la diabetes mellitus ocasiona cambios en el estilo de vida así como hábitos en el cual el sujeto tendrá que adaptarse. A nivel emocional existen cambios de autopercepción ya que existe un concepto difuso de la persona, desconocen sus capacidades, habilidades, apariencia aceptación social.

El autoconcepto y percepción de la enfermedad influye en las conductas manifiestas de los individuos debido a que comienzan a manifestar baja autoestima y según los registro de la OMS citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012):

Al inicio del desarrollo de ciertos padecimientos irreversibles como es el caso de la diabetes, el enfermo se enfrenta a una situación desconocida que le provoca temor e inseguridad, así como ansiedad, angustia, frustración, molestia física, alteraciones del sueño, cambios en el estado de ánimo, síntomas relacionados con la disminución de la autoestima y depresión. (p.42).

El paciente manifiesta síntomas significativos, ante la presencia de la diabetes, ya que existen cambios en el estilo y calidad de vida, la presencia de la enfermedad realiza cambios en los hábitos y formas de vida, por lo que puede existir una autopercepción de la persona, un tanto diferente con pensamientos negativos que impide una aceptación como tal de la enfermedad. El autoconcepto se desarrolló en las sucesivas etapas del hombre, ya que a partir de las experiencias vividas del ciclo de vida se va construyendo y reformulando el propio concepto, la familia es el principal núcleo en donde el individuo adquiere una concepción propia, aunado a la misma manera en las relaciones sociales que determinan la evolución del concepto.

Para Krall y Beaser citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012). Refiere que:

La diabetes Mellitus en cualquiera de sus manifestaciones es un proceso que afecta al ser humano en todas las esferas que lo constituyen, física, psicológica y socialmente, pues al tratarse de una condición crónica, el extremo experimenta una serie de cambios y una nueva definición de sí mismo donde el diagnóstico y el saberse enfermo puede marcar un antes y un después" (p.p.44-45)

Por lo tanto el diagnóstico de la diabetes dependerá del concepto que la persona tiene del padecimiento, es decir el concepto, las precauciones, la sintomatología, los cuidados pertinentes que son brindados por el área médica, de esto dependerá la actitud que el paciente toma hacia el diagnóstico, ya que a partir de esto se marca una nueva autopercepción de sí mismo y como tal la adherencia al tratamiento médico.

2.8 Factores biopsicosociales involucrados en la diabetes mellitus

La salud física es de gran importancia en el desarrollo de la persona para ello es factible conocer el concepto de salud, la OMS citado en Reynoso, L. y Seligson, I. (2002), lo define como: “El completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades y dolencia” (p.18). La salud como tal emerge de aspectos relevantes como la capacidad para relacionarse, el cuidado que mantiene al organismo y la capacidad para llevar a cabo una solución de conflictos de manera coherente llevando un estilo de vida apropiado, propiamente con la capacidad de afrontamiento de situaciones que causen estragos.

La diabetes mellitus es uno de los temas más relevantes en la actualidad debido al porcentaje de prevalencia que existe de acuerdo con la Federación Mexicana de Diabetes citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012), menciona que: “La diabetes afecta en la actualidad a más de 285 millones de personas en el mundo y se espera que alcance los 438 millones en el 2030”. (p. 142). Es decir, la población crece aún más y con ello las nuevas generaciones adoptan hábitos poco saludables que contribuyen a padecer dicha enfermedad ante factores que predisponen como la obesidad, el sedentarismo creando así un problema de salud pública.

De acuerdo con los datos estadísticos de la Encuesta Nacional de Salud citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012) indica que:

La diabetes ocupa el primer lugar de defunciones por año en México y que la prevalencia nacional de la diabetes en hombres y mujeres adultos con más de 20 años de edad fue de 7.5 por ciento; un 77.3 por ciento de las personas que integran la anterior cifra ya conoce el diagnóstico y se estima que al menos 820 mil personas están afectadas, pero no han sido diagnosticadas, lo cual aumenta la posibilidad de padecer las complicaciones crónicas de la enfermedad. (p.142).

Como se puede demostrar la diabetes mellitus se convierte en un problema de salud, ya que con el paso del tiempo las estadísticas de morbilidad y mortalidad incrementan ocupando los primeros lugares en México.

Por otro lado, el padecimiento de la diabetes mellitus incluye reajuste en la persona es por ello que la calidad y el estilo de vida son los factores principales que intervienen en el padecimiento de la diabetes mellitus debido a que depende del contexto y la cultura en la que se ve inmerso el sujeto ya que no se toma importancia a los riesgos que se exponen al no llevar un estilos de vida saludable y por ende viene la aparición de la enfermedad medica que trae consigo la presencia de la depresión por ello es importante hacer referencia al estilo de vida como parte de una buena salud. Reynoso, L. y Seligson, I. (2002), mencionan que: “El estilo de vida es el factor más importante en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad” (p. 25). La manifestación de una buena salud se analiza desde el aspecto del estilo de vida que lleva a cabo el paciente, ya que el estilo de vida supone varios aspectos físicos y orgánicos que permiten llevar un buen funcionamiento del organismo a nivel físico y psicológico.

La salud va implícita en el desarrollo del ser humano, sin embargo, existen áreas tales como la esfera personal, familiar y social que se ven afectadas debido a la pérdida del estado de salud, de acuerdo con Novel, Lluch, Miguel y Blasco citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012), Señala que: “El diagnóstico de la enfermedad crónica produce una grave distorsión en la vida de la persona por los múltiples cambios en el estilo de vida a los que deberá hacer frente” (p. 146). Es decir, el área personal se ve inmerso la perdida de la independencia, alteraciones en el

autoconcepto, autoimagen, desesperanza, miedo, respuestas depresivas de negación o agresividad, por otra parte en el área familiar el paciente diabético pierde el rol que desempeñaba y la familia asumen nuevos roles que implica problemas de comunicación y relación entre los miembros. La esfera social implica un desequilibrio a nivel económico ya que el estatus del individuo involucra cambios o pérdida del empleo ante la limitación y la consecuencia que trae consigo la diabetes y que a su vez modifica la cantidad y calidad de relaciones sociales.

Creando así la depresión que detona de factores como el padecimiento de enfermedades médicas, ante la negación de la enfermedad que manifiesta la persona por ende se presenta un cuadro sintomático que conforma la depresión y que a su vez afecta el área emocional y el cuerpo como hace referencia el autor Hernández A. (2010), refiere que: “La depresión no sólo se concibe como enfermedad que afecta el área emocional y al cuerpo, sino que también se considera como un trastorno que afecta el estado de ánimo” (p.9). La presencia del cuadro sintomático, emerge una serie de síntomas que afecta directamente al cuerpo tales como tristeza, negación, desesperanza y restricción de algunas actividades.

2.9 Familia y enfermedad

Durante el desarrollo de una enfermedad en un miembro de la familia, este grupo pasa por una crisis que impacta su propia estabilidad de manera diferente, el concepto de crisis familiar según Balcázar, Gurrola y Chimal (2012). Define como:

Un proceso por el que pasan las familias que son afectadas por acontecimientos externos considerados como amenazantes y que su impacto parece rebasar los recursos con los que cuenta enfrentar esos sucesos y ante los cuales aparecen

síntomas desorganizadores como señales de alarma para que el grupo familiar active los recursos presentes o latentes” (p.91).

Sin embargo, la labor que realiza la familia para con el paciente diabético es de suma importancia debido a que a un ambiente de confianza en el que el paciente nivela sus emociones y concientiza de manera eficaz el padecimiento, la familia utiliza como herramientas la unión entre los miembros que permite conocer y realizar cambios pertinentes en algunas actividades y apoyar al paciente en los niveles de alimentación equilibrada, hábitos de ejercicio, compañía y conductas saludables.

Según Osorno citado en Bustamante, F. (2010), refiere que: “La familia completa y el diabético requieren de información y enseñanza para llevar a cabo las indicaciones necesarias para el control adecuado de la persona diabética así como apoyo preciso” (p. 24). Es decir, la familia es la red de apoyo que contribuye al bienestar del paciente diabético ante la aceptación de la enfermedad que implica restablecer conductas apropiada para la enfermedad que permita la estabilidad del mismo, de tal manera que dentro del contexto familiar se inicie una reestructuración en cuanto al estilo y calidad de vida de los miembros, sin dejar atrás que la familia motiva al paciente de tal manera que adherencia terapéutica se realiza de forma efectiva y pueda obtener beneficios favorables para el estado de salud del paciente.

De aquí resulta que el proceso de adaptación en cuanto al diagnóstico de enfermedad resulta estresante para la familia así como para el paciente diabético, sin embargo requiere de cierto tiempo para reacomodar y adaptarse a la situación actual que con ayuda de familia como principal red de apoyo se ajusta a la nueva situación.

Por lo contrario en las familias inestables tal y como lo menciona Balcázar, Gurrola y Chimal (2012), refiere que: “En las familias inestables disminuye la adherencia al tratamiento” (p.118). Es decir, en las familias en las que existen conflictos, el tratamiento a la adherencia es menos favorable debido a que se forman pensamientos negativos que se tornan estresantes para el paciente y la familia.

Sobre todo la iniciativa del paciente hacia su propia salud se ve implícito en el adecuado manejo de conductas que favorecen a su bienestar, según Balcázar, Gurrola y Chimal (2012), señala que: “Resulta importante brindar alternativas al paciente diabético para mantener estrategias de cuidado de su enfermedad” (p.136). De tal manera, que inicie un nuevo estilo de vida a partir de cambios en la alimentación, realización de actividad física y reincorporación al ambiente laboral, favoreciendo al estado físico y funcionalidad social de calidad.

2.10 Red de apoyo social

Williams citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012), define el concepto de red de apoyo como: “Demostraron que los pacientes que han tenido una red social de apoyo de alta calidad presentaron una disminución en la tasa de mortalidad en forma significativa” (p.116). Es por ello, que la red social de apoyo sirve como moderador en la estabilidad de la enfermedad ya que a partir de la confianza que se proporciona como resultado el aumento de la esperanza de vida para el afrontamiento de su condición actual y como sostén en las actividades vitales de la persona.

En el proceso de diabetes y durante su diagnóstico se manifiestan eventos estresantes ante situaciones conflictivas que ocasionan pensamientos negativos dando lugar a los síntomas depresivos.

2.11 Adherencia terapéutica

El seguimiento de un proceso terapéutico en pacientes con enfermedades crónico degenerativo consiste en llevar a cabo las indicaciones del terapeuta, de acuerdo con Martín, A. citado en Bustamante, F. (2010), la adherencia hace referencia a:

Una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte de un tratamiento para los enfermos crónicos degenerativos, y en particular a los diabéticos y continuar con él hasta desarrollar un comportamiento saludable, evitar conducta de riesgo y acudir a las citas con los profesionales de la salud (p.35).

Es decir, cuando el paciente realiza de manera adecuada las prescripciones recibidas para llevar a cabo la adherencia terapéutica que a su vez implica una diversidad de conductas por lo que ha sido considerado como un fenómeno diversificado y complejo ante la manifestación de conductas elaborando técnicas propias para su explicación desde los modelos de comportamiento en salud.

Para ello a los pacientes con este padecimiento se les demanda que se mediquen, sigan dietas, introduzcan cambios en su estilo de vida, se sometan a exploraciones, controles y realicen ejercicio físico. Hernández N. (2007), refiere que: “En muchos pacientes la aceptación del diagnóstico de la diabetes provoca ira, negación incredulidad y enojo ante la no aceptación de su enfermedad” (p. 52). Ante la negación del padecimiento de la diabetes muchos de los paciente optan por negar la enfermedad a través del consumo inadecuado de sustancias o alimentos que no son aptos ante el padecimientos, manifiestan enojo, ira al enfrentarse ante una

enfermedad que solo es controlable por medio de fármacos que se consumirán durante el resto de vida para el equilibrio de glucemia. El cumplimiento de la prescripciones médicas suponen enfrentarse a grandes dificultades ya que implica un gran consumo de tiempo, a veces conlleva a procesos molestos y dolorosos que puede entorpecer la vida diaria, tanto del paciente como de la familia, por lo que constituye una fuente de estrés para todos sus miembros.

Por otra parte, a la falta de adherencia terapéutica provoca en el paciente un inadecuado nivel de estabilidad en su salud, que está influenciado según el autor Palacios, S. citado en Bustamante, F. (2010), se debe: “Por el descuido de una carencia de indicaciones precisas y claras no descritas por el doctor, como síntomas adversos de los medicamentos” (p. 35). Estas implicaciones, pueden deberse a factores relacionados con la enfermedad, con la atención médica y con el propio paciente ante la negación, culpa y rechazo de la enfermedad se muestran renuentes al tratamiento, es preciso, señalar que las indicaciones no se acatan debido a que no son claras al comunicar al paciente, la falta de prevención en unidades de salud propicia un inadecuado conocimiento de la enfermedad y pasan por alto los riesgos que en su momento se manifiestan con mayor frecuencia, es fundamental que los profesionales de salud incrementen entusiasmo, empatía y responsabilidad hacia el comunicado de la salud del paciente tomando referencia la llamada prevención y tratamiento adecuado para la enfermedad.

Las consecuencias presentadas en cuanto a una adherencia deficiente, es el agravamiento del padecimiento, según Núñez, O. citado en Bustamante, F. (2010), menciona que: “La adherencia y sus problemas pueden ocurrir por ausencia, exceso

o defecto en el seguimiento de la recomendación, antes, al inicio, durante o al finalizar” (p.35). Sin embargo, existen diversos factores relacionados con esta problemática, dentro de los factores personales se mencionan los siguientes, la falta de motivación al realizar diversas actividades, baja autoestima, la falta de apego familiar y social, el abatimiento, la presencia de la depresión, al igual que el proceso de la enfermedad que implica limitantes obstruyendo la adherencia terapéutica debido a la complejidad del tratamiento.

2.12 Causas de la depresión

La influencia de la historia personal predomina en el desarrollo de la depresión, no obstante existe un sin número de situaciones tensión antes comunes que pueden resultar ser el factor determinante de la depresión. De los cuales se desarrollan en los subtemas siguientes que se puntualizan como factores biológicos, eventos de la vida actual y experiencias vitales.

2.12.1 Factores biológicos

La depresión se relaciona estrechamente con el hipotálamo y el sistema marginal que en el fondo del cerebro existe una serie de estructuras para la regulación de las emociones y de varios ciclos biológicos.

Es importante definir el término de hipotálamo tal y como lo conceptualiza Bautista J. (2009), define como: “Cámara nupcial y dormitorio que es el centro de control de numerosos sistemas del cuerpo humano (hormonal e inmunológico) es una glándula que forma parte del diencefalo y se sitúa por debajo del tálamo” (p. 67). Es decir, influye o controla en los ciclos del sueño, el apetito, los deseos sexuales y la habilidad para experimentar placer, en los diferentes sistemas del cuerpo hormonal

e inmunológico. Por otra parte el sistema marginal se encarga de controlar las emociones para que no sean manifestadas en mucha intensidad cuando se presentan eventos vitales dolorosos. Ambas estructuras funcionan correctamente cuando el individuo presenta sus necesidades de forma normal como dormir, descansar, deseo sexual, experimenta el placer y un buen apetito. De acuerdo con Preston J. (2002) refiere que “Tanto es hipotálamo como el sistema marginal están regulados por un delicado equilibrio de varias sustancias neuroquímicas del cerebro” (p.65). Sin embargo, existen aspectos que determinan el mal funcionamiento y desequilibrio de estas sustancias provocando depresión biológica a través de causas diferentes.

Una de la causas principales son los efectos colaterales de medicamentos según Preston J. (2002), menciona que: “Algunos medicamentos pueden tener, inadvertidamente un efecto nocivo en la química del cerebro, lo cual puede disparar una depresión biológica severa” (p.67). Por tal motivo, la depresión se inicia cuando el individuo consume algún tipo de medicamentos ocasionalmente provoca depresión.

Por otra parte, el abuso crónico del alcohol u otras drogas es la segunda causa común que da pauta a la manifestación de una depresión de tipo biológica. El uso prologado de anfetaminas, cocaína en la mayoría de las personas ocasiona síntomas depresivos al salir del efecto eufórico del consumo inmediato. De la misma manera sucede con el consumo de bebidas alcohólicas ante el consumo constante de alcohol y a diferencia de la drogas el alcohol prolonga la sintomatología aun cuando este ya no se consume de forma constante.

La enfermedad física ocupan el tercer lugar como disparador de la depresión biológica, ya que ante el diagnóstico y padecimiento de enfermedades principalmente la diabetes ocasionan cambios químicos en el cerebro, de acuerdo con el autor Bautista J. (2009), señala que: “La enfermedad física puede contribuir a la depresión de dos maneras, este a su vez provoca un desequilibrio grave a nivel emocional, debido a que se puede causar dolor intenso cotidiano por lo que disminuye la calidad de vida” (p.69). La presencia de alguna enfermedad crónica degenerativa como es el caso de la diabetes ocasiona en el individuo una serie de cambios a nivel emocional que repercute en la calidad de vida ante la manifestación de sintomatología propia de la depresión.

La depresión según las estadísticas se presenta con mayor prevalencia en mujeres que en hombres ya que como lo menciona Preston J. (2002), señala que: “La depresión se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en los hombres y una de las razones puede tener que ver con la influencia de las hormonas femeninas en el estado de ánimo de la mujer” (p.69). Es decir en los días menstruales que presenta la mujer se manifiestan síntomas depresivos sin embargo, existen cambios de humor y presencia de cuadro depresivo debido a que las hormonas provocan un desequilibrio químico del cerebro emocional (hipotálamo-sistema límbico).

2.12.2 Eventos de la vida actual

La depresión afecta a cualquier tipo de persona sin importar raza ni condición social, a pesar de que normalmente la depresión se desencadena de factores biológicos, sin

embargo algunos casos se dan ante la reacción de un cambio vital como disparador actual o reciente de la depresión.

Se considera que las pérdidas interpersonales son un factor para el desarrollo de la depresión ya que se experimentan eventos como pérdidas de personas significativas para el individuo. Tal y como lo menciona Preston J. (2002), “La pérdida de un ser querido se puede deber a una serie de eventos vitales como son la muerte; la separación marital. O el divorcio; que los hijos se vayan de casa; o ser rechazados por un amigo”. (p. 57). Es decir, las relaciones interpersonales van implícitas en el desarrollo de la depresión, debido a pérdidas que son comunes entre las experiencias del ser humano, generalmente este tipo de pérdidas significativas tiene como consecuencia el duelo, una experiencia dolorosa que la mayor parte de los individuos ha experimentado durante el ciclo vital de su vida, sin embargo no se considera como una patología sino como un proceso largo y doloroso.

Las pérdidas existenciales son otro factor para el desarrollo de una depresión ya que generalmente la persona tras eventos decepcionantes, cambios en el estilo de vida, preocupaciones básicas de la vida, angustia de muerte que ocasiona una crisis personal/ existencial, el sujeto no tiene un conocimiento de sí mismo, y presenta poca autonomía según Preston J. (2002), refiere que: “una de las preocupaciones existenciales más importantes con las que se encuentra frecuentemente el ser humano es la decepción o pérdida de un sueño” (p.59). Debido a que el ser humano presenta expectativas durante el ciclo de vida pero que en ocasiones no logra alcanzar las expectativas planteadas y por ende surgen los pensamientos negativos hacia la realización de acciones que convergen a la vida

diaria, con frecuencia este tipo de pérdidas nos enfrenta a cuestionamientos complicados acerca del significado de la vida que de ahí subyace la depresión disparada por los cuestionamientos existenciales del ser humano en cuanto a sus preocupaciones.

Durante la vida del ser humano existen eventos que disminuyen la calidad de vida del mismo, tal y como lo menciona Preston J. (2002), refiere que: "Muchos eventos de la vida pueden ser un golpe en el sentimiento de autoestima y valía personal" (p. 61). Es decir, ante los eventos que ocurren durante el proceso de vida, existen situaciones que ponen en riesgo la calidad de vida de las personas, factores como el rechazo, la crítica y muchas circunstancias que pueden tener como consecuencia la pérdida en cuanto a la estabilidad emocional del sujeto, todos los seres humanos requieren tener un sentido básico de autoestima; eventos como los antes mencionados con frecuencia llevan a la depresión.

Otro factor importante en el desequilibrio emocional de las personas es la enfermedad física ya que como lo menciona Preston J. (2002), "Es posible que la enfermedad provoque un desequilibrio emocional grave. En algunos casos puede causar dolor intenso cotidiano, por lo que se disminuye la calidad de vida, haciendo casi imposible tener momentos que se puedan disfrutar" (p.62). Ya que algunas afecciones pueden tener como consecuencia limitantes físicas que alteran dramáticamente el estilo de vida de la persona, así pues la enfermedad física no solo provoca dolor y, algunas veces, temor a un futuro incierto, sino puede cambiar la vida de una persona de tal manera que induce a la depresión. Tal es el caso de la enfermedad crónico-degenerativa de la diabetes mellitus, ya que sus implicaciones

físicas van limitando la calidad de vida del paciente, esta enfermedad ha alcanzado niveles preocupantes y en cuestión de pronósticos se prevé que sus complicaciones van en aumento que repercute en el nivel esporádico o permanente en hospitales a causa de ceguera, amputaciones, infartos, lo que provoca preocupaciones que inducen a la persona a manifestar un cuadro depresivo ante las pérdidas orgánicas.

Es por ello, la importancia en cuanto a la atención en la salud física y psicológica del individuo debido a que se encuentra en un estado depresivo que no le permite llevar un estilo de vida saludable.

2.13 Principios generales de la intervención cognitivo-conductual

En el campo de la psicología y de la salud, han sido testigos del incremento que impacta en la actualidad de la literatura de la terapia cognitivo conductual, ya que abarca estudios importantes en todas las áreas, contexto y problemas del ser humano. Sin dejar atrás que ha tenido un crecimiento en las áreas profesionales como la psicología, la psiquiatría, así como en otras áreas de salud.

El modelo cognitivo conductual implica el estudio de dos enfoques psicológicos que unidos conforman el MCC, el enfoque cognitivo uno de los que conforma dicho modelo tiene sus orígenes en la filosofía según Beck, citado en Hernández A. (2010), refiere que:

Las aportaciones tiene sus orígenes filosóficos con Zenón de Citio (siglo IV a.C.), Crisipio, Cicerón, Seneca, Epicteto y Marco Aurelio todas estas aportaciones se centran en que las emociones humanas están basadas en ideas, por lo tanto el control de los sentimientos más intensos se logran por medio del cambio de ideas” (p.3).

De acuerdo con el autor las aportaciones filosóficas de autores mencionados, ha existido aportes hacia el comportamiento humano, creando así, durante el paso del tiempo teorías que ofrecen elementos centrales para la intervención a partir de este modelo tomando como referencia la cognición, emociones y conductas del paciente

La creación de la terapia cognitiva tiene su concepción en 1979 creado por Beck, según con Hernández, N., Sánchez, J. (2007), refiere que: “Beck, (1979) crea la terapia cognitiva como una forma de psicoterapia con bases empíricas y de investigación que han demostrado ser efectiva en el tratamiento de los más severos problemas psiquiátricos, incluyendo la depresión y la ansiedad” (p.31). Por lo tanto, desde sus orígenes la terapia cognitiva ha obtenido resultados favorables en tratamientos que conciernen a las emociones y cogniciones del ser humano debido a que se enfoca al cambio de los pensamientos negativos manifiestos.

Por otra parte es importante conocer el término de terapia cognitiva de acuerdo con Bosqued, M. (2005), define como:

Las denominadas terapias cognitivas están integradas por un conjunto de técnicas psicológicas que tienen como objetivo cognitivos de nuestra conducta, partiendo de la base teórica de que dichos aspectos cognitivos son en buena medida los responsables del malestar psicológico de las personas (p.119).

Es decir, las técnicas cognitivas son de ayuda en la persona, debido a que el modelo cognitivo desde la teoría refiere que los comportamientos son realmente los que origina la presencia de ansiedad, depresión o alguna otra sensación corporal que impide la calidad de vida del paciente.

Es por ello, que este modelo terapéutico, permite la atención, tratamiento e intervención oportuna de aspectos cognitivos que son originados de comportamientos inapropiados del individuo, de tal manera que se considera efectivo en la práctica clínica en cuanto a las alteraciones psicológicas principalmente en la depresión erradicando síntomas que se manifiestan en la persona.

El segundo enfoque que conforma al modelo terapéutico es el conductual que implica el manejo de conductas a partir de teorías del aprendizaje, las primeras aportaciones hacia la comprensión conductual de trastornos como la depresión fueron emitidos por Skinner citado en Hernández, A. (2010), postuló que es considerado como: “Reducción generalizada de la conducta” (p.4). Es decir, las conductas manifestadas del individuo, dan pauta a la manifestación del trastorno depresivo como principales trastornos presentados.

Así pues, Yapko citado en Hernández, A. (2010). Refiere que: “La terapia cognitiva conductual es una teoría que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos” (p.5). Es decir, el modelo terapéutico está conformado por cogniciones y conductas que determinan pensamientos negativos y el segundo se basan en las conductas que el propio individuo manifiesta a través de sus creencias.

La terapia cognitivo conductual ha sido utilizada en varios estudios ya que como lo menciona: Hernández A. (2007) refiere que “En la terapia cognitivo conductual la relación de colaboración entre terapeuta y el paciente ofrece un marco

en el que el paciente aprende los procesos de identificación y evaluación de los pensamientos disfuncionales” (p.51). Es decir, el objetivo principal de la terapia cognitivo conductual es modificar y cambiar aquellas creencias y mitos que tienen el paciente respecto a su enfermedad.

Capítulo III

Diseño de la investigación

En el presente documento de investigación se describe la metodología que se utilizó durante el proceso que permitió conocer el impacto que tiene el diagnóstico de la diabetes mellitus sobre el desarrollo de la depresión en mujeres adultas que son atendidas en el área de psicología del Centro de Salud Urbano “Dr. Horacio Camargo Rivera. Es importante mencionar que el presente reporte de investigación sigue un método propio para la investigación, es por ello la importancia de que el lector analice los términos importantes que se introducen dentro del presente trabajo de tal manera que conozca lo que el investigador desea a dar a conocer. De acuerdo con Sampieri, R. (2010), conceptualiza la investigación como: “Un conjunto de procesos sistematizados, críticos y empíricos que se aplica al estudio de un fenómeno” (p.4). Es decir, es el estudio de métodos que permiten dar respuesta a un fenómeno o problema planteado a través de técnicas que accedan a la obtención de información para la comprensión del fenómeno estudiado, permitiendo así el análisis de la investigación.

En el presente capítulo se mencionan las hipótesis y conceptualización de variables que da pauta a la investigación, presentado hipótesis de investigación, nula y alternativa que como lo menciona Sampieri R. (2010), las hipótesis son: “Explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formulan como proposiciones” (p.92). Es decir, son respuestas provisionales que pueden ser relacionadas con el fenómeno estudiado, presentando posibles respuestas que afirman, niegan o la existencia de una alternativa más con relación al fenómeno que se desea dar respuesta.

Posteriormente, se conceptualizan variables que conforman la investigación, dando lugar a la utilización del método según las características de la investigación, concluyendo así como las herramientas empleadas en la investigación, así como la muestra y población con la cual se trabajó para la obtención de datos que sustentan las hipótesis.

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis de investigación

La depresión es una consecuencia emocional en la mujer adulta ante el padecimiento de diabetes mellitus.

3.1.2 Hipótesis nula

La depresión no es una consecuencia emocional en la mujer adulta ante el padecimiento de la diabetes mellitus

3.1.3 Hipótesis alternativa

El diagnóstico de la diabetes mellitus en mujeres adultas provoca deterioro en las áreas sociales, familiares y laborales.

3.2 Conceptualización de variables

V1. Depresión: Trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. (Beck, citado en, Hernández, A., 2010, p.20).

V2. Diabetes mellitus: Es un síndrome clínico producido por una alteración en la secreción y/o acción de la insulina, y se caracteriza por alteraciones importantes en el metabolismo de las proteínas, lípidos y carbohidratos. Es por tanto una disfunción metabólica crónica y su importancia radica en su alta frecuencia y en las complicaciones vasculares y neurológicas, que se producen en el corto y largo plazo constituyendo una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura en la mayoría de los países desarrollados, además de influir de forma negativa en la calidad de vida de las persona afectadas. (Alpízar, citado en Balcázar, Gurrola y Chimal, 2012, P. 41).

3.3 Metodología de la investigación

La presente investigación se basa bajo el enfoque mixto de investigación, debido a que cumple las características propias para llevar a cabo la investigación bajo los lineamientos que determina los paradigmas cualitativo y cuantitativo.

El desarrollo de la investigación se realizó bajo procedimientos metodológicos de orden mixto, que incluyen tanto aspectos cualitativos como cuantitativos, considerando que presenta características adecuadas para la investigación; además de que la recolección de datos son amplios al considerarse ambos métodos.

De acuerdo a Sampieri, R. (2010), este tipo de formato metodológico posee la siguiente característica:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implica la recolección de análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda información recabada (metainferencia) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (p.546).

Es decir, el método mixto representa una mezcla en cuanto al análisis y recolección de datos bajo los enfoques cualitativo y cuantitativo, obteniendo así, una unificación conjunta para la realización de inferencias de la información recabada, permitiendo una mayor comprensión con relación al fenómeno estudiado; el método mixto resulta favorable para la presente investigación, ya que implica un proceso de recolección, análisis e integración de datos cualitativos y cuantitativos permitiendo así una triangulación de información para inferir y dar respuesta a la pregunta de investigación, logrando una perspectiva amplia en el fenómeno estudiado.

El tipo de investigación que se aplicará en este paradigma es de tipo pura ya que es una forma de investigación que permite fundamentar el trabajo a partir de teorías científicamente establecidas.

En cuanto al alcance de la investigación es descriptivo ya que como lo señala Sampieri, R. (2010), “Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.” (p. 80). Es decir, únicamente pretende medir o recoger información sobre conceptos, características, fenómenos, variables o situaciones de análisis, el investigador tiene como objetivo describir cómo afecta el padecimiento de la Diabetes, en el desarrollo de la depresión que se presenta en pacientes objetos de estudio.

La investigación se basa en el diseño no experimental que como lo señala el autor Sampieri, R. (2010), son: “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p. 149). Es decir, este tipo de estudios va

encaminado hacia la observación del fenómeno dentro del ambiente clínico de atención psicológica para posteriormente llevar a cabo un análisis que prediga el fenómeno estudiado, sin manipular variables.

Por otro lado, las técnicas aplicadas en la investigación de igual manera se basan bajo parámetros cualitativos y cuantitativos debido a que estarán enfocados bajo los conocimientos de los participantes y en su contexto, permitiendo la obtención de datos relevantes para la investigación así como la aplicación de instrumentos que miden el nivel de depresión presentado, dichos resultados favorecerán a la comprensión de manera más objetiva en el desarrollo de la depresión ante una enfermedad crónica degenerativa como la diabetes.

3.4 Población y muestra

La presente investigación, parte de fuentes reales de personas que tienen las características apropiadas para la investigación, esto hace que tenga mayor importancia ya que se encuentran dentro de los parámetros indicados en la presente investigación.

La muestra tomada fue mediante un proceso no probabilístico, ya que como lo menciona Sampieri, R. (2010), define a la muestra no probabilística como: "Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación" (p.176). Debido a que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características relacionadas con la investigación, es decir que posea las características apropiadas para la investigación.

Se contó con una población de 4 pacientes que acuden al área de psicología en el Centro de Salud Dr. Horacio Camargo Rivera ubicada en la colonia Capitán Antonio Reyes de la Ciudad de Huejutla Hidalgo, las participantes poseen características propias para la investigación como el diagnóstico de diabetes mellitus y depresión, cuyas edades oscilan entre los 21 y 58 años de edad de sexo femenino, quienes fueron referidas por médicos del Centro de Salud al área de psicología tras presencia de sintomatología que caracteriza una depresión, con quienes se trabajó de manera directa y se aplicaron los instrumentos de medición que vertieron resultados coherentes y precisos sobre el impacto que tiene el padecimiento de la diabetes mellitus, en el desarrollo de la depresión en mujeres de edad adulta

3.5 Técnicas e instrumentos

Con el objetivo de conocer como la diabetes mellitus puede desarrollar la depresión en mujeres adultas, fue necesaria la aplicación de instrumentos que permitieron describir el fenómeno estudiado.

A continuación se dan a conocer los instrumentos utilizados que se aplicaron para la obtención de datos relevantes y significativos logrando los objetivos de la investigación.

Inventario de depresión de Beck:

Autor: Steer, Robert A., Brown Gregory K. y Beck Aaron T.

El inventario de Beck es un instrumento que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Consta de 21 ítems, los

síntomas que se enuncian son: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autopercepción, autoacusaciones, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, plano social, toma de decisiones, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y bajo nivel de energía. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se sumando un total que puede estar entre 0 y 63. La sumatoria final indica el nivel de depresión tal y como se muestra en la tabla 1. Puntos de corte. Este inventario tiene una duración aproximada de 10 minutos, el tipo de administración es colectiva, autoaplicable e individual, es utilizada principalmente en ámbitos clínicos y de investigación aplicada.

Ha sido utilizado en investigaciones importantes, es una de la más utilizada en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas, se ha demostrado la validez concurrente, con la escala de zung, mediante el análisis de correlación de Pearson un valor $r = 0.70$, con un nivel de significancia de $p < .000$, participaron 120 personas que asistieron a consulta externa en el área de psiquiatría del instituto nacional de neurología y neurocirugía. Para obtener la confiabilidad se realizaron estudios a 1508 residentes de la ciudad de México, entre una edad de 15 a 65 años donde se obtuvo la confiabilidad del alfa de cronbach 0.87 , $p < .000$

Niveles	Puntaje
No depresión	0-9 puntos
Depresión leve	10-18 puntos
Depresión moderada	19-29 puntos
Depresión grave	más de 30 puntos

Tabla 1: Puntos de corte

Entrevista: Es una herramienta que favorece la comprensión en cuanto a la depresión debido a que permite obtener información personal detallada permitiendo conocer la perspectiva, las experiencias y opiniones de los pacientes diabéticos dentro de su propio lenguaje, generando las categorías desde la experiencia del individuo obteniendo así, el resultado que favorece a la investigación.

Análisis de caso: Como herramienta útil de tipo individualizado que permitirá conocer a fondo detalles de la información que proporcione el paciente durante el proceso, que sea relevante para la investigación, obteniendo las categorías que permitan corroborar las hipótesis planteadas.

3.6 Cronograma de investigación

Mes / Actividad	Abril 13	Mayo 13	Junio 13	Julio 13	Agosto 13	Septiembre 13
Capítulo I Presentación del problema						
Capítulo II Marco teórico						
Capítulo III Metodología de la investigación						
Capítulo IV Análisis de resultados						
Capítulo V Entrega de tesis						

Capítulo IV
Análisis de la información

4.1 Análisis de la información

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron de los instrumentos aplicados durante la investigación.

El inventario de Beck

Permitió obtener el grado de depresión de pacientes diabéticas, este se comprende de 21 rubros de síntomas, cada una de las categorías que conforma al inventario posee opciones de respuestas con un valor, que al finalizar se cuantifica los reactivos obtenidos y se logra obtener el nivel de depresión, se clasifican en los siguientes puntos de corte: no depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave. los síntomas que se enuncian son: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, Autopercepción, autoacusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, plano social, toma de decisiones, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y bajo nivel de energía sexual.

Cada reactivo tiene opciones de respuesta de 0 a 3 puntos, donde la puntuación correspondiente a 0 refleja la ausencia de las manifestaciones mencionadas, y el 3 representa el nivel de prevalencia de síntomas presentados en un índice alto. La sumatoria final de los rubros que comprende el inventario indica el nivel de depresión, es decir, los puntos de corte para graduar la intensidad/ severidad aceptados son los siguientes: de 0 a 9 indica una ausencia de depresión, de 10 a 18 indica una depresión leve, de 19 a 29 se observa la presencia de una depresión moderada y las puntuación que van de 30 en adelante indica un grado de depresión grave. El nivel de fiabilidad para esta prueba psicométrica oscila alrededor de $r = 0,8$

mostrando una buena consistencia con una validez predictiva de 0.72, el inventario de Beck se ha aplicado en ámbitos de investigación aplicada, su validez ha sido correlacionada con pruebas que mide depresión comprobando la validez que tiene en pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos obteniendo resultados favorables en amplias muestras de población.

La entrevista

Permitió identificar los datos generales en cuanto al padecimiento de la diabetes mellitus tal es el caso del tiempo de evolución, la adherencia al tratamiento, la atención médica, el nivel de glucosa que permitieron extraer datos relacionados a la variable de la presente investigación.

El análisis de caso

Herramienta de investigación que permitió profundizar aún más y conocer a detalle la información que el paciente proporcionó durante dicho proceso como una herramienta de tipo individualizada en el cual se obtuvo un conocimiento más amplio del fenómeno estudiado

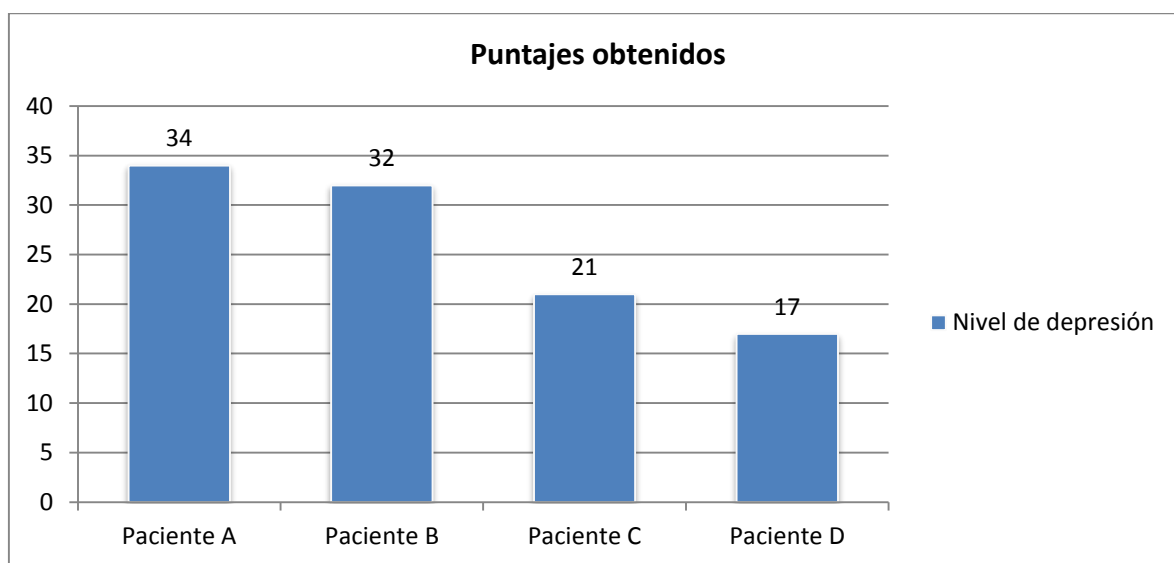
Dichas herramientas vertieron la información que determinó las categorías permitiendo corroborar las hipótesis planteadas. Es por ello que a continuación se presentan las gráficas de resultados del Inventario de Beck aplicado para la detección del nivel de depresión presentado en las pacientes diabéticas que acuden de manera subsecuente a Centro de Salud "Dr. Horacio Camargo Rivera" de Huejutla, posteriormente se hace mención de la entrevista y el análisis de caso que darán pauta a las categorías y por consiguiente a la triangulación de los resultados y conclusión de la presente investigación en cuanto a los resultados obtenidos .

4.2 Análisis de resultados

A continuación se presentan las gráficas de resultados obtenidos del Inventario de Beck aplicados a mujeres con diagnóstico de diabetes mellitus.

Puntaje	Niveles	Pacientes
0-9	No depresión	0
10-18	Depresión leve	1
19-29	Depresión moderada	2
30- mas	Depresión grave	3

Tabla 2: Puntos de corte.



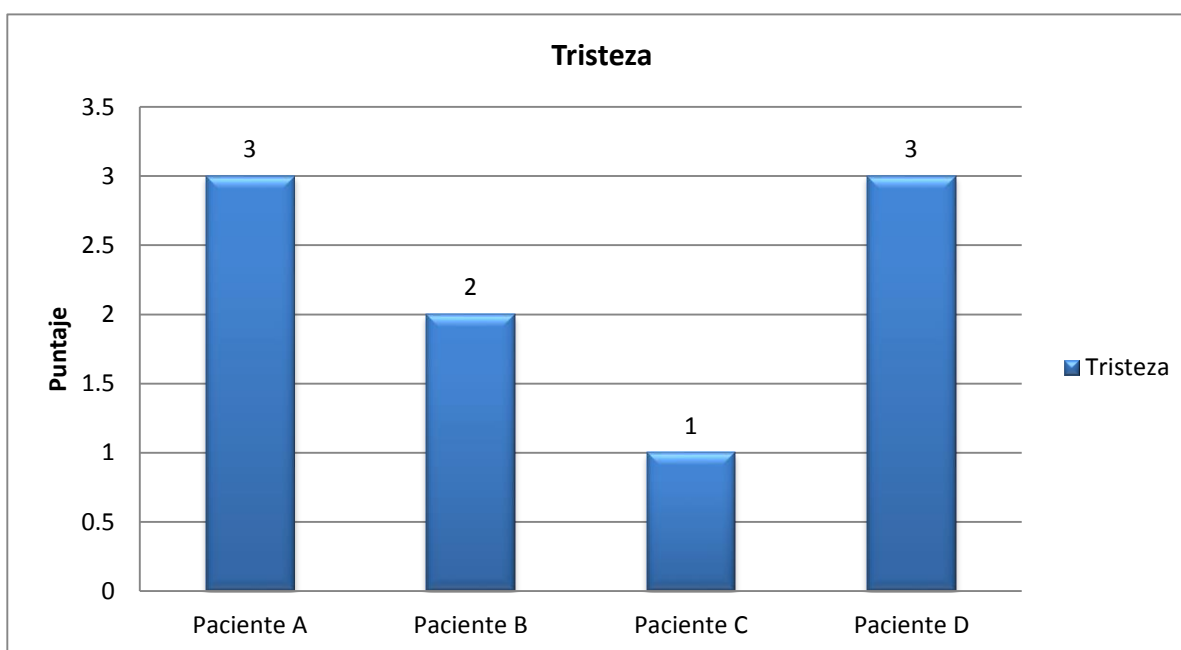
Gráfica 1: Nivel de depresión de pacientes diabéticas.

De acuerdo a las respuestas emitidas por las pacientes, se percibe que manifiestan un nivel de depresión de rangos desiguales: depresión grave, depresión moderada y depresión leve. A continuación, se presentan en gráficas, los 21 rubros que corresponde al inventario de Beck de acuerdo a las respuestas emitidas por las pacientes objetos de estudio.

1. Tristeza

Afirmaciones	Puntaje
No me siento triste.	0
Me siento triste.	1
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	2
Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo	3

Tabla 3: Puntuación de afirmaciones en el rubro de trizteza.



Gráfica 2: Nivel de tristeza

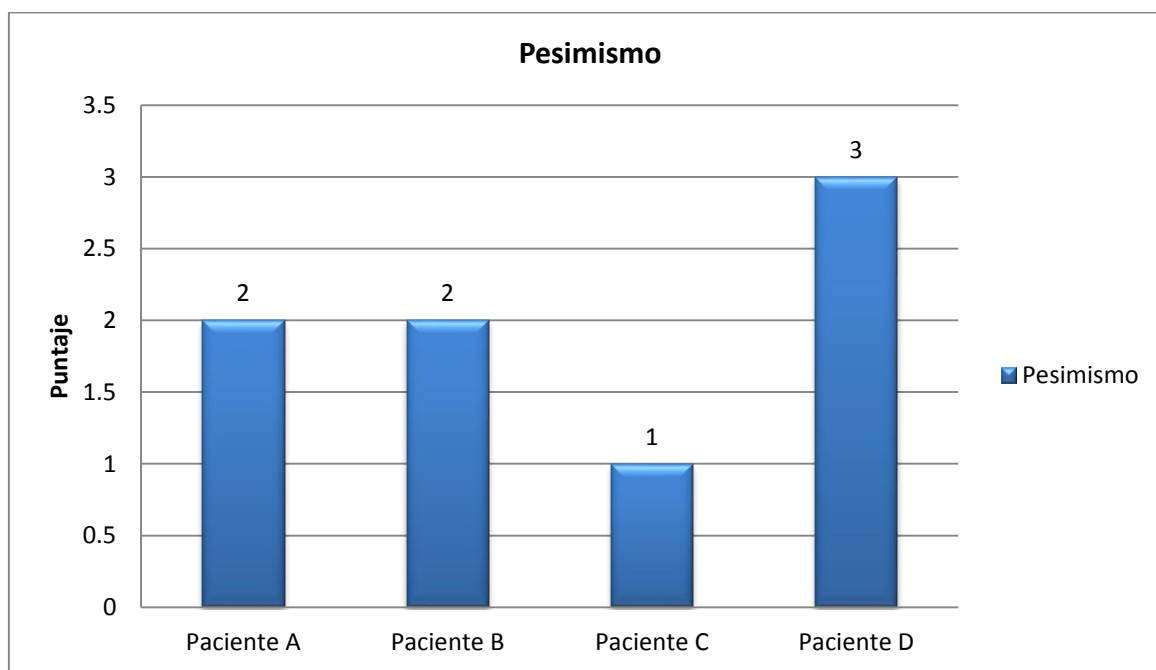
En el siguiente gráfico se observa los resultados obtenidos dentro del apartado de tristeza de los cuales se muestran los niveles, dos de las pacientes indica la afirmación con puntaje de tres que corresponde a “*me siento triste o desgraciado que no puedo soportarlo*”.

Se verifica que las pacientes refieren sentirse tristes pero en distinto rango ya que aparentemente la tristeza la manifiestan de manera ocasional o frecuentemente según el caso de cada una de las pacientes

2. Pesimismo

Afirmaciones	Puntaje
1. No me siento especialmente desanimado con cara al futuro	0
2. Me siento desanimado de cara al futuro	1
3. Siento que no hay nada por lo que luchar	2
4. El futuro es desesperador y las cosas no mejoraran	3

Tabla 4: Puntuacion de afirmaciones en el rubro de pesimismo.



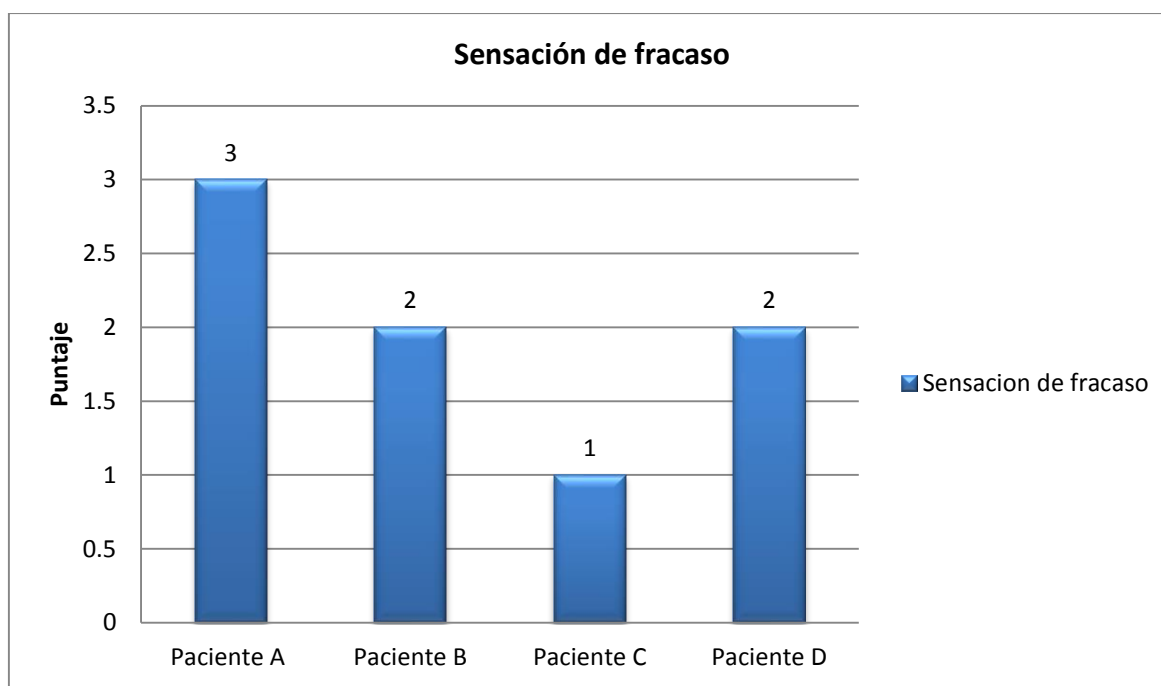
Gráfica 3: Nivel de pesimismo.

En la siguiente referencia se observan los resultados correspondientes al rubro de pesimismo, donde se ubica un nivel que indica puntajes a partir de uno que indican no percibir de manera adecuada al futuro, posteriormente la escala del nivel de pesimismo va en aumento, debido a que este síntoma al observar la gráfica se encuentra con mayor frecuencia en la demás pacientes obteniendo los puntajes más altos que corresponden a dos y tres.

3. Sensación de fracaso

Afirmaciones	Puntaje
1.No me siento fracasado	0
2. He fracasado más que la mayoría de las personas	1
3. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro	2
4.Soy un fracasado total como persona	3

Tabla 5: Puntuacion de afirmaciones en el rubro de sensacion de fracaso



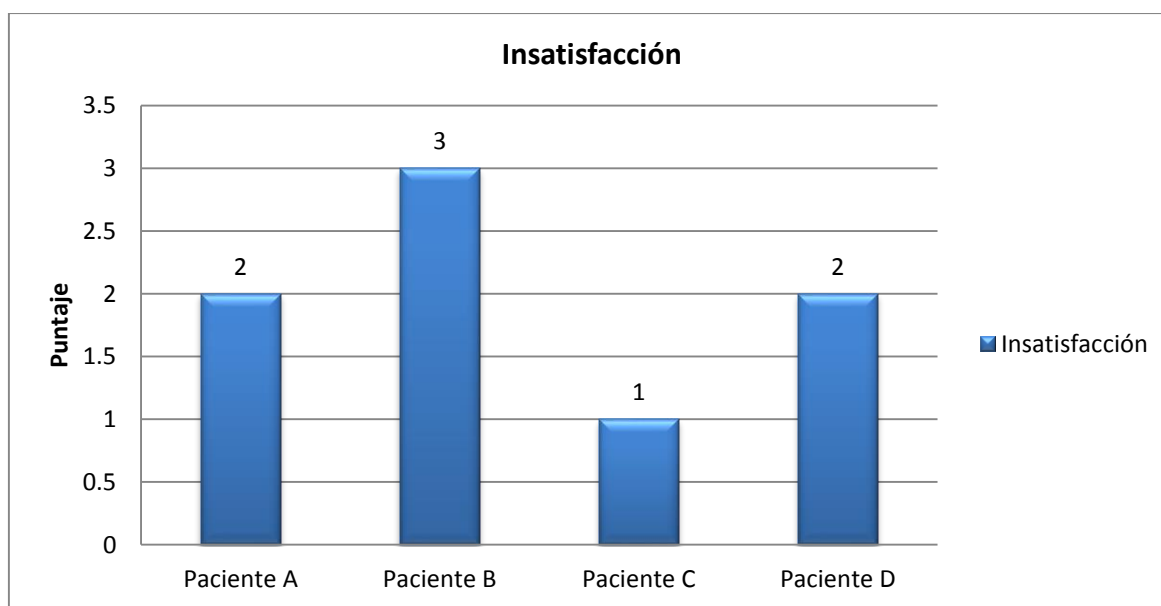
Gráfica 4: Nivel de sensación de fracaso.

Se presenta de manera gráfica los siguientes resultados correspondientes al rubro de sensación de fracaso, donde se ubican dentro de niveles que denotan rasgos de una depresión. Se observa que todas las pacientes indican sensación de fracaso con puntajes desiguales, ya que la percepción es distinta una de otra según la situación de cada una de ella.

4. Insatisfacción

Afirmaciones	Puntaje
1. Las cosas me satisfacen tanto como antes.	0
2. No disfruto de las cosas tanto como antes.	1
3. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.	2
4. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.	3

Tabla 6: Puntuación de afirmaciones en el rubro de insatisfacción.



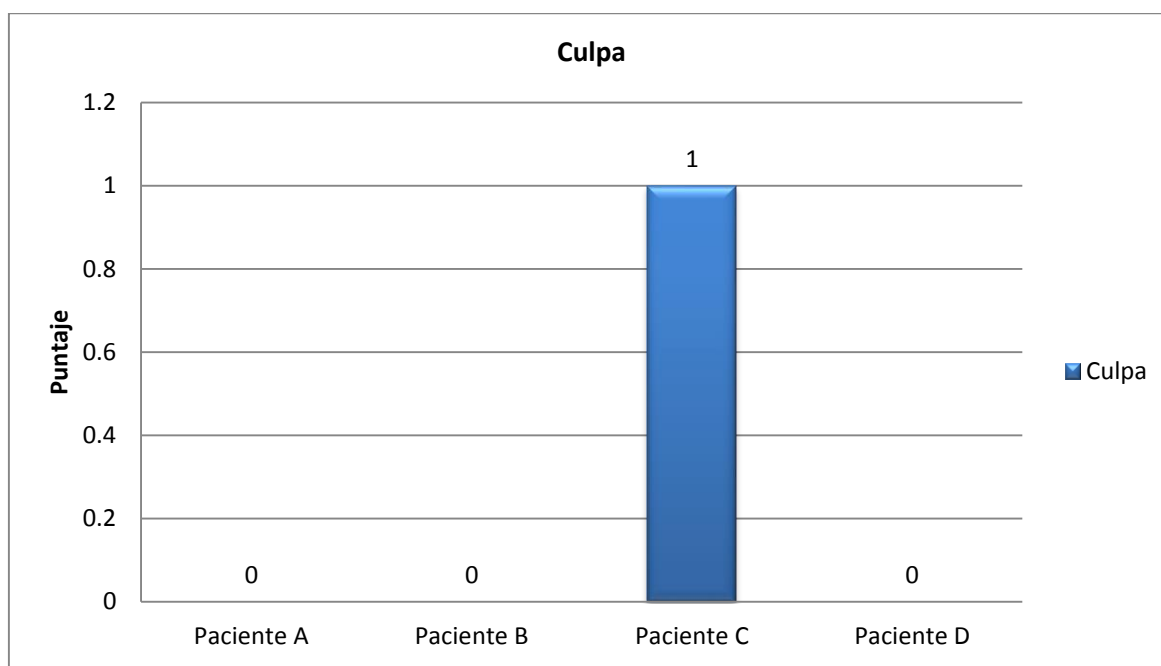
Gráfica 5: Nivel de insatisfacción.

A continuación se observan los resultados obtenidos del rubro de insatisfacción, los cuales se plasman de manera gráfica. De acuerdo a los resultados obtenidos se muestran prevalencia en el rubro de insatisfacción ya que las pacientes indican no disfrutar de las cosas, así como la insatisfacción actual que presentan respecto a todo, se observa una nula satisfacción ante posibles actividades realizadas con anterioridad.

5. Culpa

Afirmaciones	Puntaje
1. No me siento especialmente culpable.	0
2. Me siento culpable en bastantes ocasiones.	1
3. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	2
4. Me siento culpable constantemente	3

Tabla 7: Puntuacion de afirmaciones en el rubro de culpa.



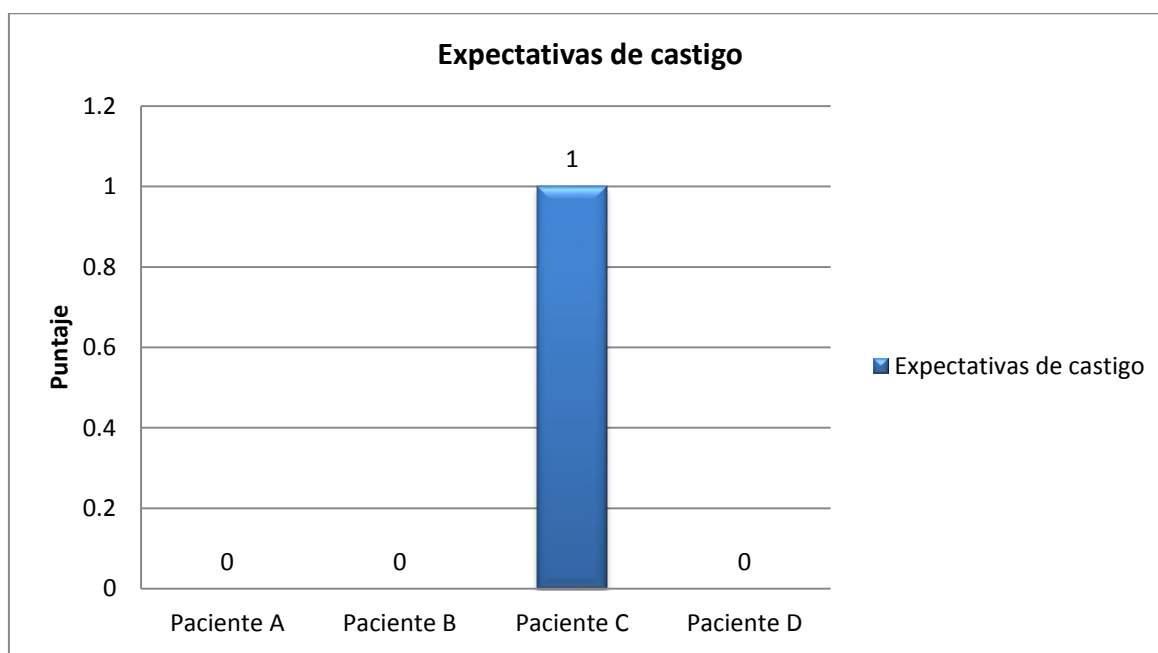
Gráfica 6: Nivel de culpa

Según los resultados obtenidos en el rubro correspondiente a culpa, los cuales se plasman de manera gráfica. Se puede observar que la mayor parte de las pacientes no manifiestan culpa, sin embargo, la paciente C indica culpa en una prevalencia mínima debido a que la culpa es ocasionalmente, formando parte de un síntoma que corresponde a la depresión.

6. Expectativas de castigo

Afirmaciones	Puntaje
1. No creo que esté siendo castigado.	0
2. Siento que quizás esté siendo castigado.	1
3. Espero ser castigado.	2
4. Siento que estoy siendo castigado.	3

Tabla 8: Puntuación de afirmaciones en el rubro de expectativas de castigo.



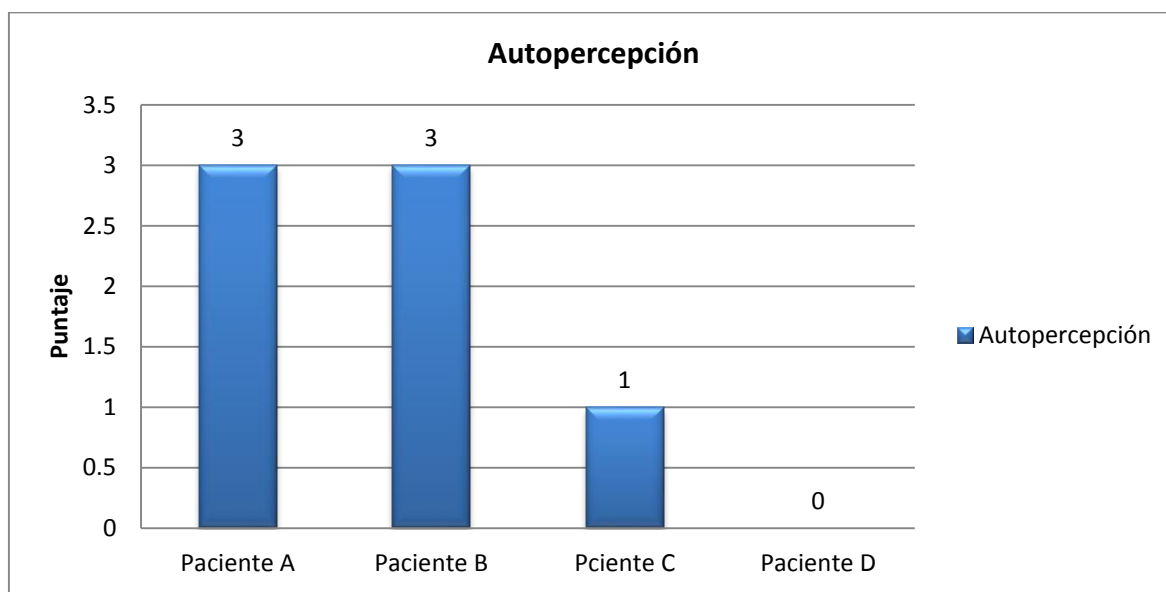
Gráfica 7: Nivel de expectativas de castigo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el rubro correspondiente a castigo, se puede observar que la mayor parte de las pacientes no presentan expectativas de castigo, sin embargo la paciente C indica que probablemente esté siendo castigada en una prevalencia mínima ya que es ocasionalmente, se concluye que las expectativas de castigo son mínima ocasionalmente y que la mayor parte refiere no presentar expectativas de castigo.

7. Auto percepción

Afirmaciones	Puntaje
1. No estoy descontento de mí mismo.	0
2. Estoy descontento de mí mismo.	1
3. Estoy a disgusto conmigo mismo.	2
4. Me detesto.	3

Tabla 9: Puntuación de afirmaciones en el rubro de auto percepción.



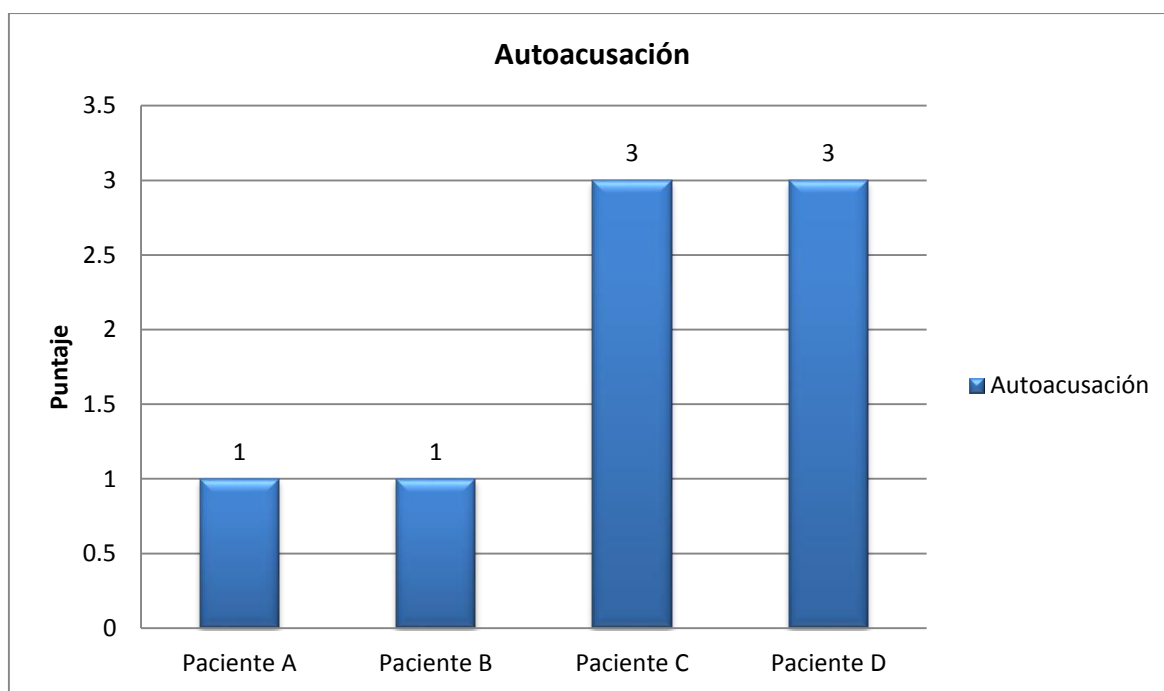
Gráfica 8: Nivel de Auto percepción.

A continuación se presentan en la gráfica los resultados obtenidos del rubro de Auto percepción, Se percibe que las pacientes A y B se encuentran el ultimo nivel, que indica una pobre percepción de sí mismas, por otra parte la paciente C indica un nivel más bajo de percepción, sin embargo, no queda exenta de un descontento de sí misma, La paciente C presenta una percepción adecuada, dentro del este rubro se presenta una prevalencia de desagrado ya que la mayor parte de las pacientes refieren estar descontentas de sí mismas.

8. Autoacusación

Afirmaciones	Puntaje
1. No me considero peor que cualquier otro.	0
2. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.	1
3. Continuamente me culpo por mis faltas.	2
4. Me culpo por todo lo malo que sucede.	3

Tabla 10: Puntuacion de afirmaciones en el rubro de autoacusación.



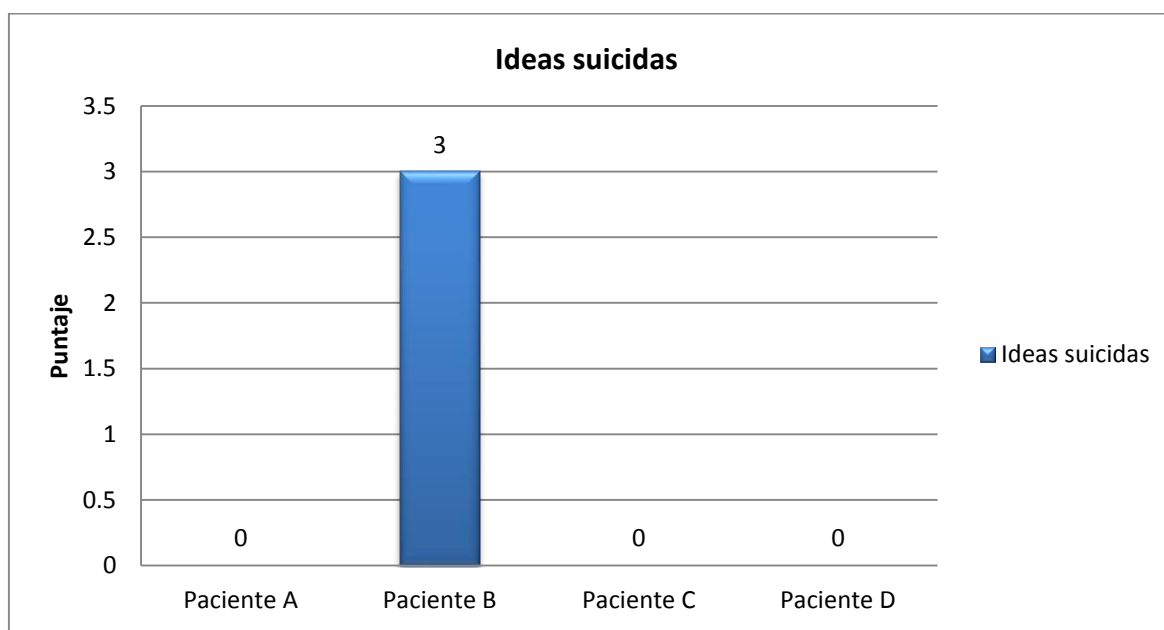
Gráfica 9: Nivel de autoacusación.

La gráfica anterior muestra los resultados obtenidos del rubro de autoacusación, se observa que todas las pacientes muestran autoacusación con niveles desiguales, en la gráfica se muestra indicios de una autoacusación por debilidades y errores, por otro lado se observa que existen indicios de este rubro ante situaciones negativas que acontecen en la vida diaria según afirmaciones arrojadas por las paciente.

9. Ideas suicidas

Afirmaciones	Puntaje
1. No tengo ningún pensamiento de suicidio.	0
2. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.	1
3. Desearía poner fin a mi vida.	2
4. Me suicidaría si tuviese oportunidad	3

Tabla 11: Puntuacion de afirmaciones en el rubro de ideas suicidas.



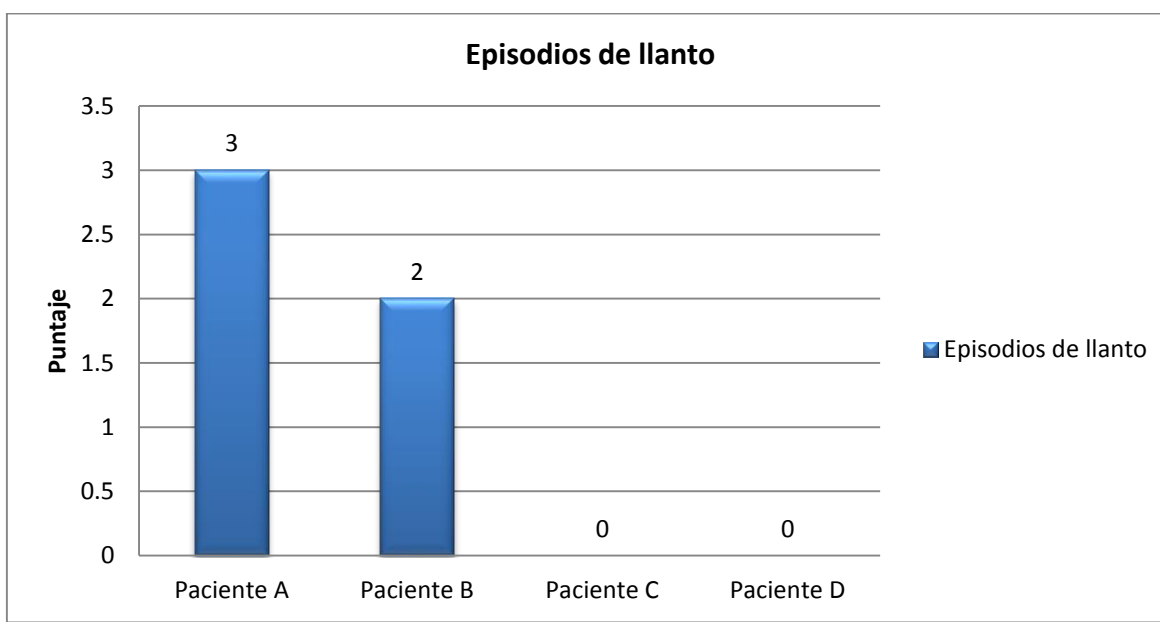
Gráfica 10: Nivel de ideas suicidas.

A continuación se presenta en la gráfica el rubro de ideas suicidas, que es un indicador que forma parte de una probable depresión. Se percibe que la paciente A, C y D no presentan ideas suicidas, por otra parte la paciente B indica un nivel más alto debido a la presencia de este síntoma. En conclusión dentro de este rubro se presenta una prevalencia mínima de ideas suicidas ya que la mayor parte de los pacientes refieren no tener ideas de muerte.

10. Episodios de llanto

Afirmaciones	Puntaje
1. No lloro más de lo normal.	0
2. Ahora lloro más que antes.	1
3. Llora continuamente.	2
4. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.	3

Tabla 12: Puntuación de afirmaciones en el rubro de episodios de llanto.



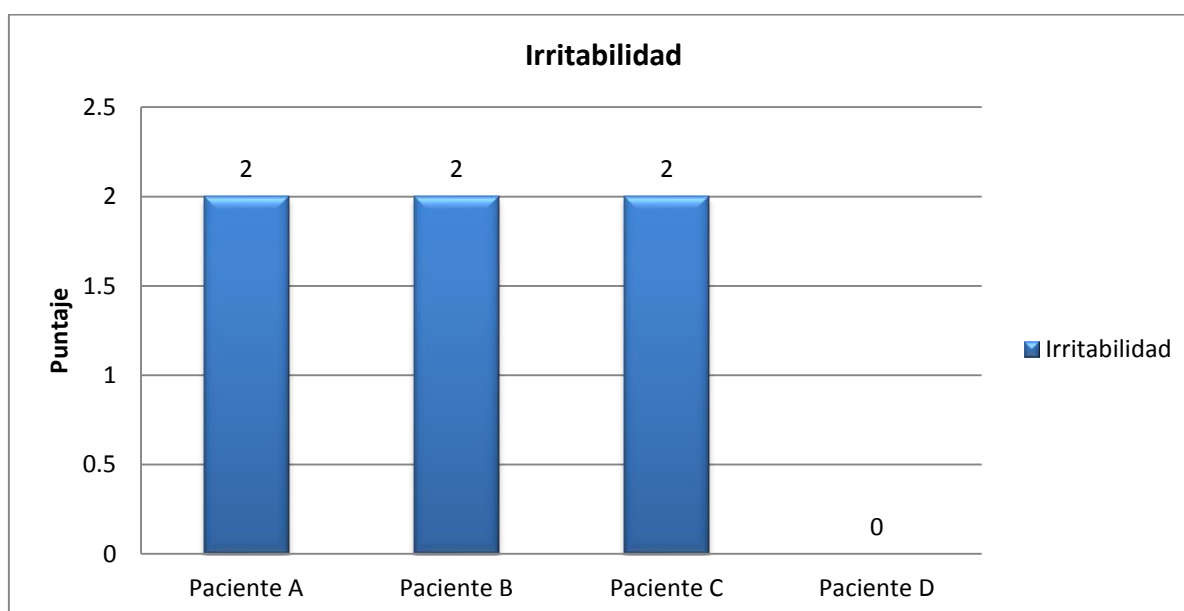
Gráfica 11: Nivel de episodios de llanto

En la siguiente gráfica se muestra el rubro de episodios de llanto, que es un indicador que forma parte de una probable depresión. Se percibe que la paciente A y B presentan episodios de llanto continuo y frecuente, por otra parte, la paciente C y D indican un nivel bajo de episodios de llanto. En conclusión, dentro del este rubro se presenta una prevalencia de episodios de llanto medio ya que refieren presentar episodios frecuentemente y de manera ocasional.

11. Irritabilidad

Afirmaciones	Puntaje
1. No estoy especialmente irritado.	0
2. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	1
3. Me siento irritado continuamente.	2
4. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban	3

Tabla 13: Puntuación de afirmaciones en el rubro de irritabilidad



Gráfica 12: Nivel de irritabilidad.

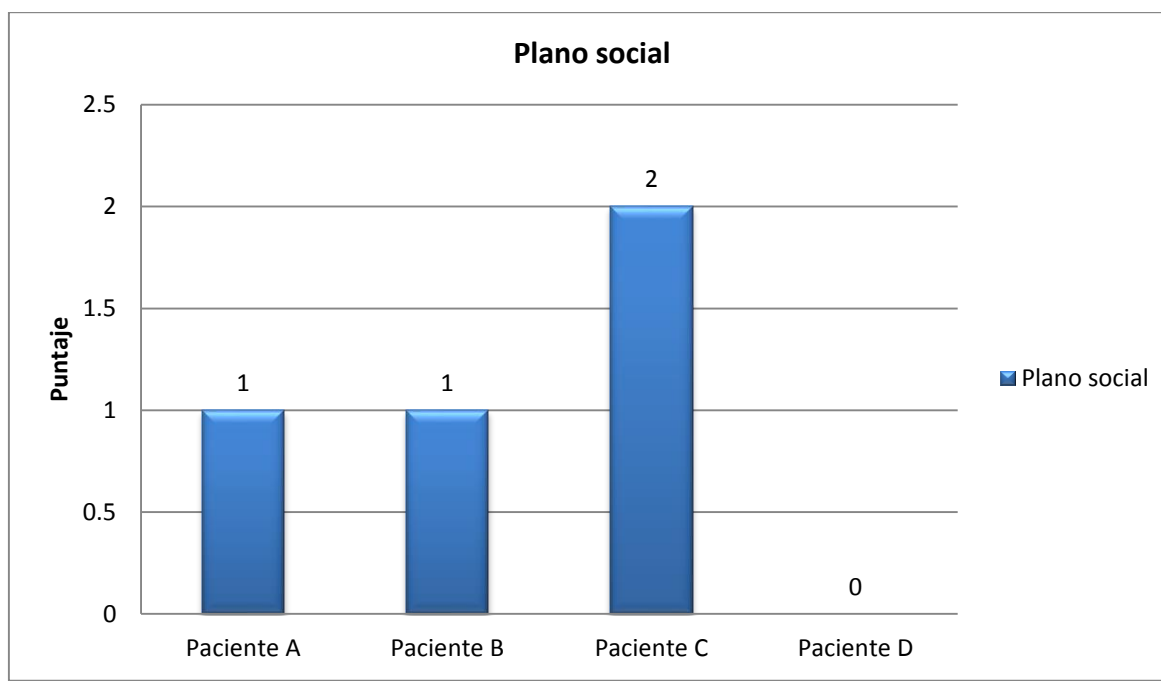
En la presente gráfica se observan los resultados obtenidos en el rubro de irritabilidad que denotan el nivel que presentan las pacientes en cuanto a este indicador. Se muestra que la mayor parte de las pacientes indican irritabilidad de manera continua, mientras que la paciente D indicó no presentar irritabilidad.

Las pacientes manifiestan irritabilidad de manera continua, formando así parte de un síntoma que corresponde a la depresión.

12. Plano social

Afirmaciones	Puntaje
1. No he perdido el interés por los demás.	0
2. Estoy menos interesado en los demás que antes.	1
3. He perdido gran parte del interés por los demás.	2
4. He perdido todo interés por los demás.	3

Tabla 14: Puntuacion de afirmaciones en el rubro de plano social.



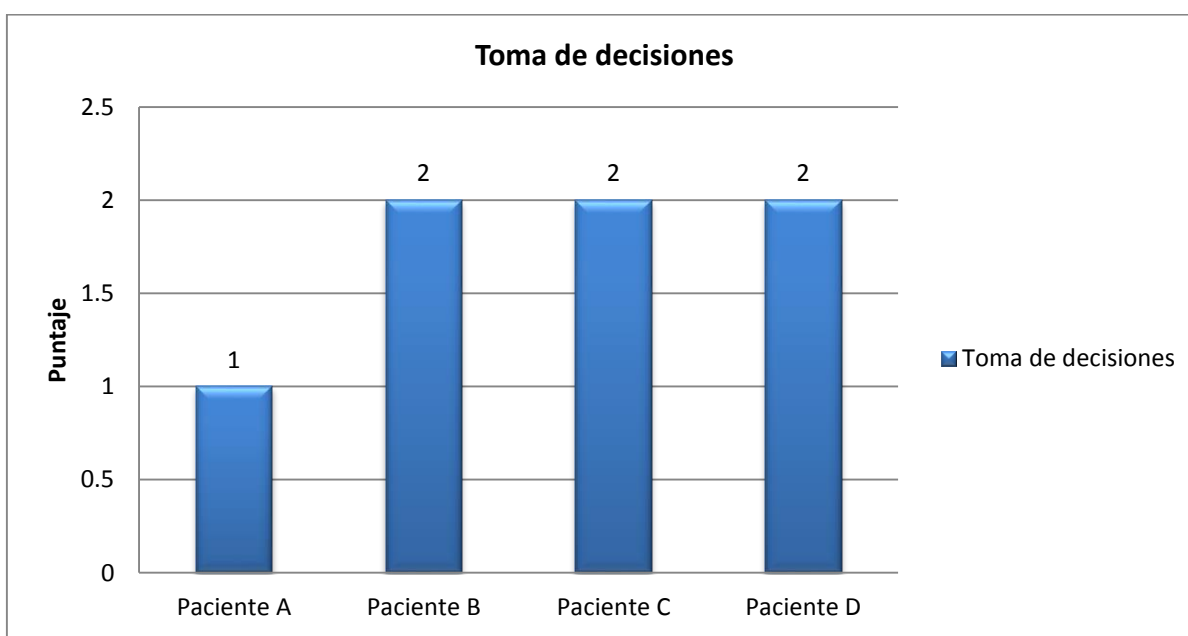
Gráfica 13: Nivel en el plano social.

En el siguiente rubro que corresponde al plano social se muestra la adaptabilidad que tiene el paciente de relacionarse con los demás. En la gráfica se muestra de acuerdo a los resultados arrojados que la mayor parte de las pacientes muestran poco interés en cuanto a relacionarse con los demás. Mientras que la Paciente D indica no haber perdido el interés por los demás.

13. Toma de decisiones

Afirmaciones	Puntaje
1. Tomo mis propias decisiones igual que antes.	0
2. Evito tomar decisiones más que antes.	1
3. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	2
4. Me es imposible tomar decisiones.	3

Tabla 15: Puntuación de afirmaciones en el rubro de toma de decisiones.



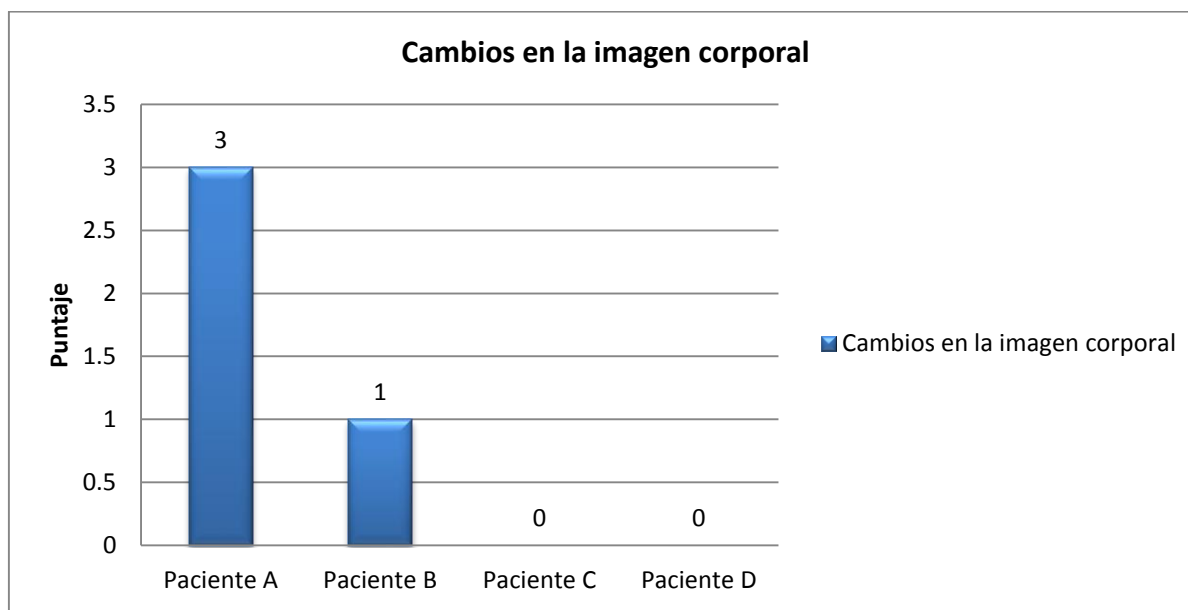
Gráfica 14: Nivel de toma de decisiones.

A continuación se muestran las respuestas arrojadas dentro del rubro de toma de decisiones en la cual se describe la capacidad que presentan las pacientes para tomar decisiones en cuanto a la vida diaria. Se observa un nivel alto en cuanto a la dificultad presentada para la toma de decisiones. Se concluye que existe una incapacidad para la toma de decisiones ya que todas las pacientes afirman tener dificultad para tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

Afirmaciones	Puntaje
1. No creo tener peor aspecto que antes	0
2. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.	1
3. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.	2
4. Creo que tengo un aspecto horrible.	3

Tabla 16: Puntuación de afirmaciones en el rubro de cambios en la imagen corporal



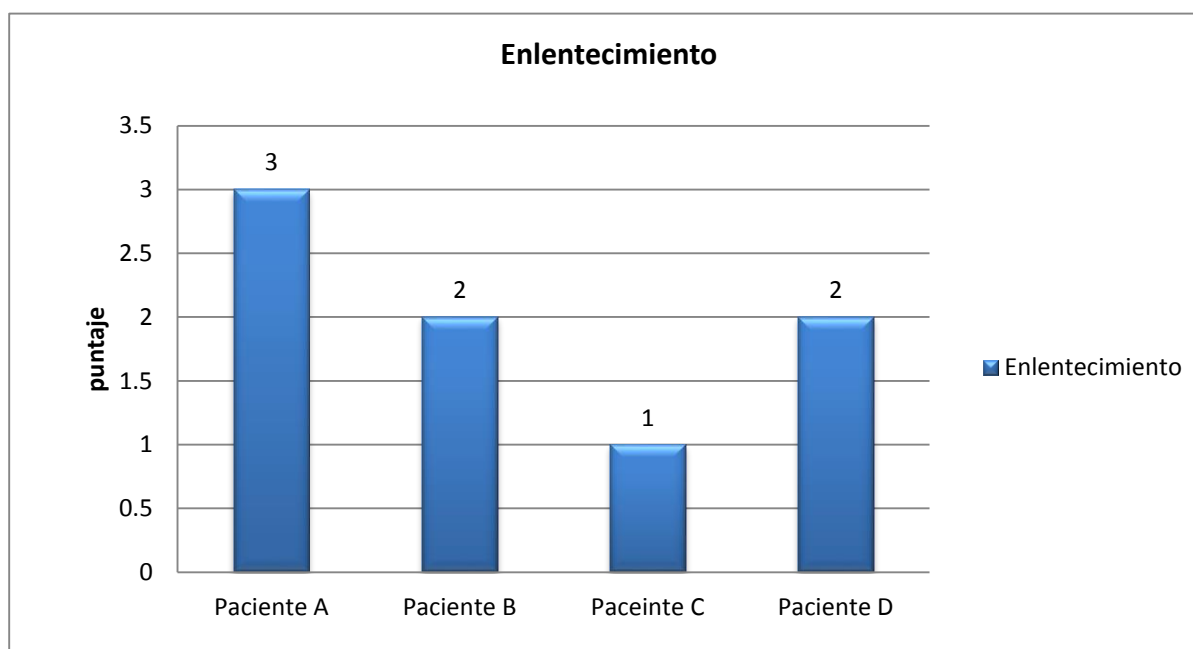
Gráfica 15: Nivel en cambios de imagen corporal.

A continuación se muestran los resultados obtenidos de apartado de cambios en la imagen corporal, lo cual indica que existe solo dos de las pacientes quienes están conforme con la apariencia corporal, ya que las otras dos arrojaron resultado de desagrado en cuanto al aspecto corporal mostrando preocupación ante cambios presentados, lo cual indica un apartado que forma parte de un síntoma propio de una depresión.

15. Enlentecimiento

Afirmaciones	Puntaje
1. Trabajo igual que antes.	0
2. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.	1
3. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.	2
4. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.	3

Tabla 17: Puntuacion de afirmaciones en el rubro de enlentecimiento.



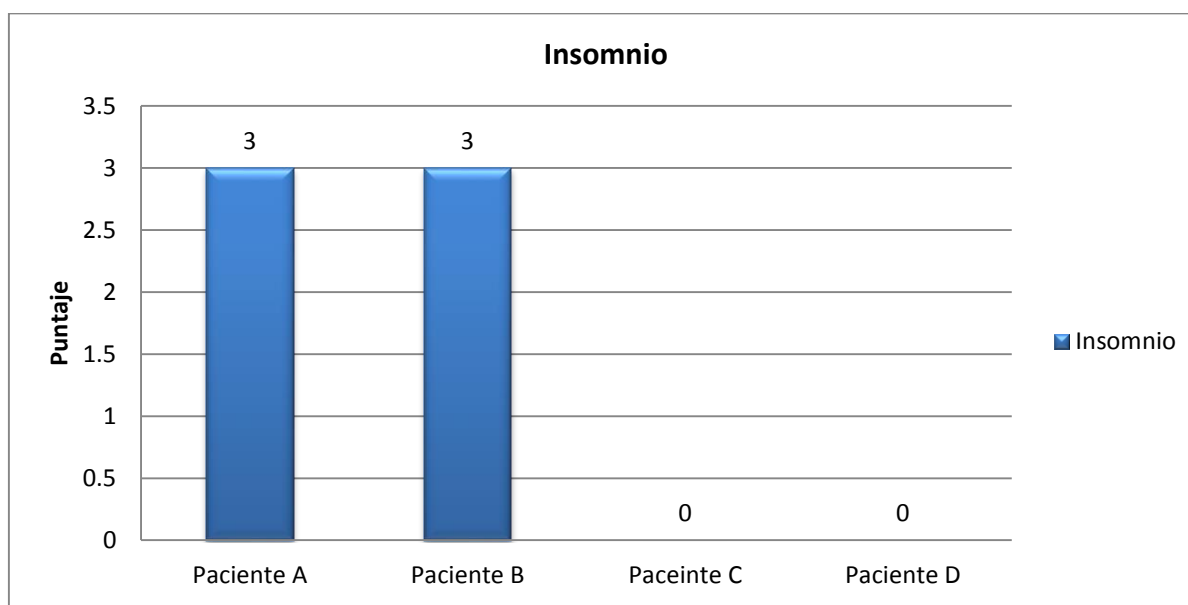
Gráfica 16: Nivel de enlentecimiento.

En el siguiente rubro que corresponde al enlentecimiento se observa que todas las pacientes presentan un nivel de enlentecimiento ya que indica realizar actividades con mayor esfuerzo, obligándose, y con incapacidad para la realización de actividades diarias. Por lo que se concluye que dentro de este apartado el rendimiento de trabajo es menor ya que se presenta la incapacidad para la realización de actividades.

16. Insomnio

Afirmaciones	Puntaje
1. Duermo tan bien como siempre.	0
2. No duermo tan bien como antes.	1
3. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.	2
4. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.	3

Tabla 18: Puntuacion de afirmaciones en el rubro de insomnio.



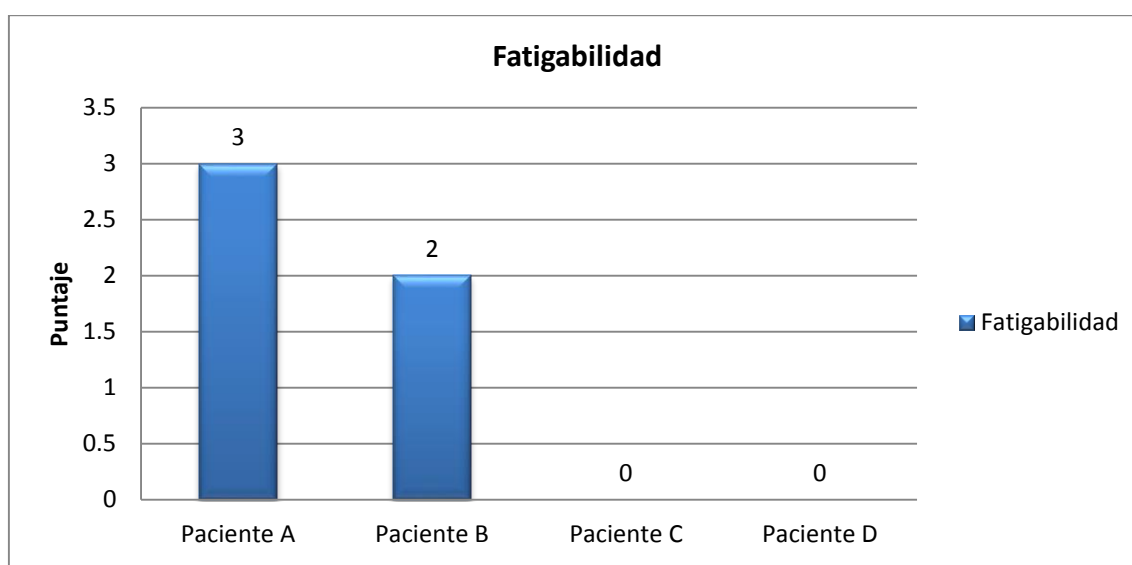
Gráfica 17: Nivel de insomnio.

En la siguiente grafica se muestran los resultados obtenidos durante la aplicación del inventario de Beck, se observa que las pacientes A y B presentan una dificultad para conciliar el sueño, mientras que las paciente C y D respondieron que concilian el sueño de manera adecuada. Se concluye que cada paciente presenta dificultad según la situación actual ya que dependiera según el caso de cada una de ellas.

17. Fatigabilidad

Afirmaciones	Puntaje
1. No me siento más cansado de lo normal.	0
2. Me canso más que antes.	1
3. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	2
4. Estoy demasiado cansado para hacer nada.	3

Tabla 19: Puntuación de afirmaciones en el rubro de fatigabilidad.



Gráfica 18: Nivel de fatigabilidad.

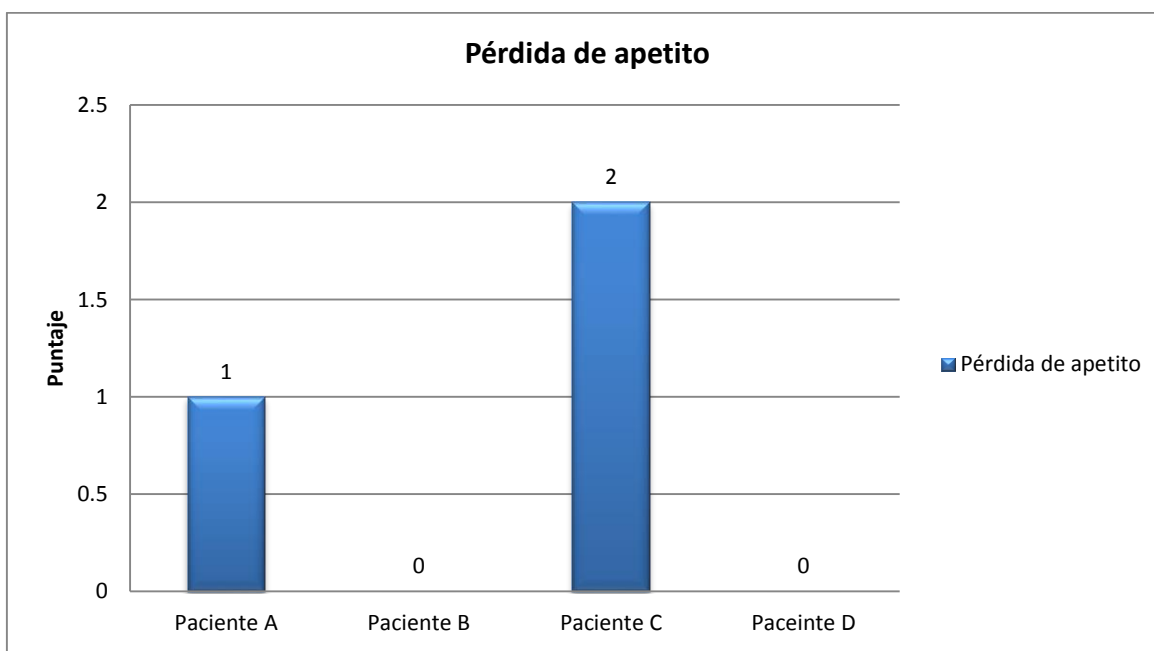
A continuación se presentan en la gráfica los resultados obtenidos del rubro de fatigabilidad. Se percibe que la paciente A y B se encuentran en el último y penúltimo nivel que indica sentirse cansadas ante la realización mínima de actividades, por otro lado las pacientes C y D se ubican dentro del rango normal ya que indican no sentirse cansadas en la realización de actividades diarias.

En conclusión dentro de este rubro se presenta una prevalencia de cansancio sin motivo aparente y en actividades mínimas indicando así un síntoma de la depresión.

18. Pérdida de apetito

Afirmaciones	Puntaje
1. Mi apetito no ha disminuido.	0
2. No tengo tan buen apetito como antes.	1
3. Ahora tengo mucho menos apetito.	2
4. He perdido completamente el apetito.	3

Tabla 20: Puntuación de afirmaciones en el rubro de pérdida de apetito.



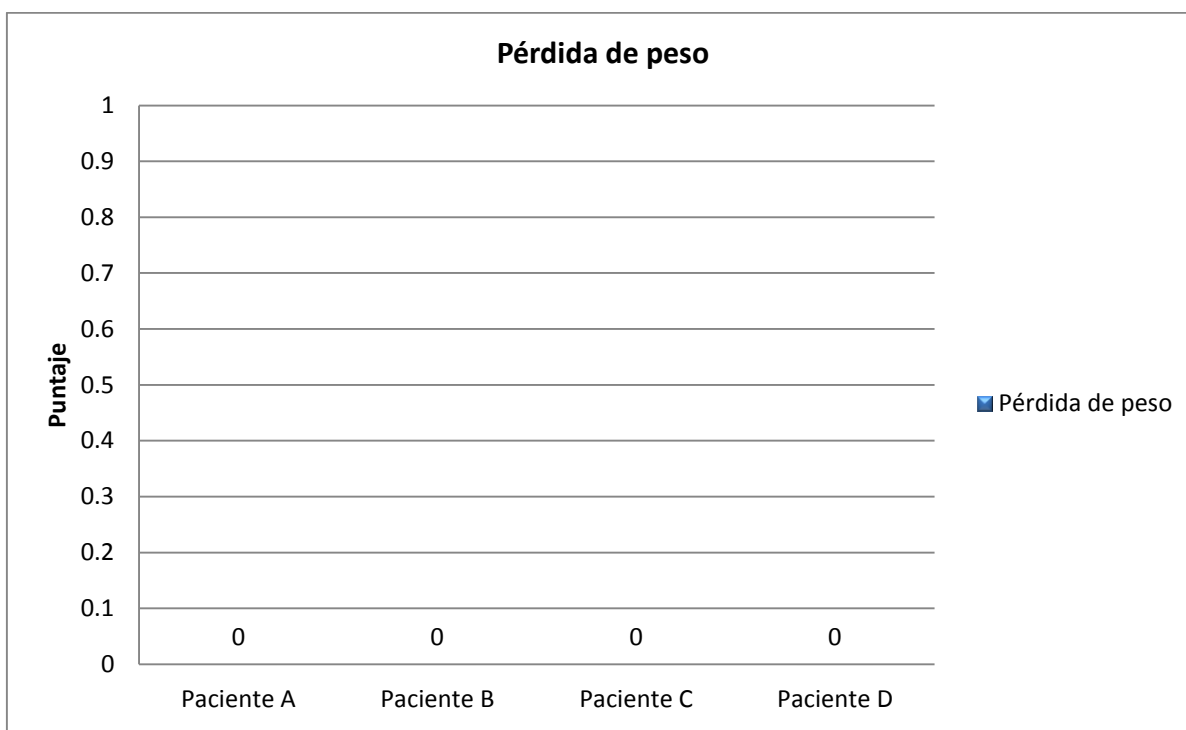
Gráfica 19: Nivel de pérdida de apetito.

A continuación se presentan en la gráfica los resultados obtenidos del rubro de pérdida de apetito, Se observa que la paciente A y C se encuentran en los últimos niveles que indica disminución de apetito, por otro lado las pacientes B y D indican no presentar disminución del apetito ya que comen de manera rutinaria sin disminución del apetito.

19. Pérdida de peso

Afirmaciones	Puntaje
1. No he perdido últimamente peso	0
2. He perdido más de 2 kilos.	1
3. He perdido más de 4 kilos.	2
4. He perdido más de 7 kilos	3

Tabla 21: Puntuación de afirmaciones en el rubro de pérdida de peso.



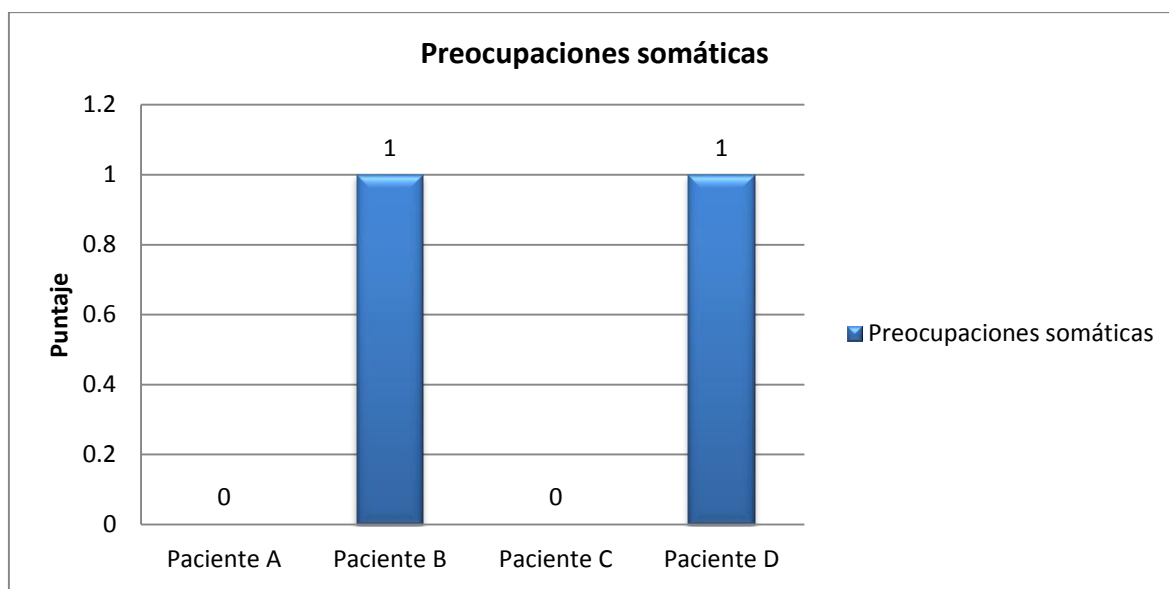
Gráfica 20: Nivel de pérdida de peso.

A continuación se presentan en la gráfica los resultados obtenidos del rubro de pérdida de peso, de acuerdo a los resultados arrojados durante la aplicación del Inventario se observa que las paciente no han perdido peso últimamente.

20. Preocupaciones somáticas

Afirmaciones	Puntaje
1. No estoy preocupado por mi salud	0
2. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.	1
3. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.	2
4. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.	3

Tabla 22: Puntuación de afirmaciones en el rubro de preocupaciones somáticas.



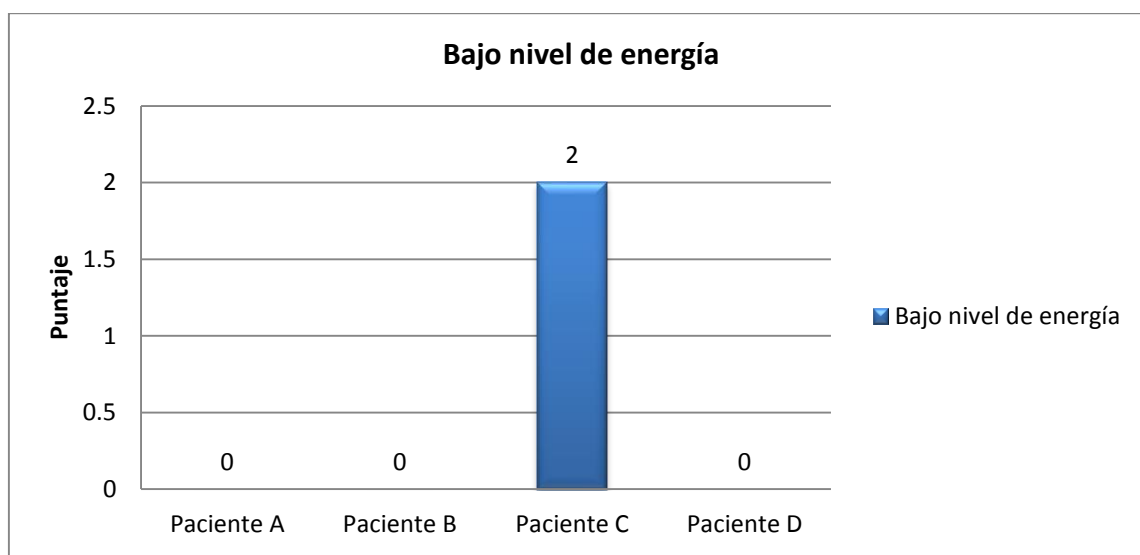
Gráfica 21: Nivel de preocupaciones somáticas.

De acuerdo a los resultados arrojados se presenta la siguiente grafica que hace alusión a las preocupaciones somáticas que se prestan, se observa que la preocupación es mínima en únicamente dos pacientes B y D ya que indican preocupación ante problemas físicos como dolores que se presentan actualmente por otra parte las pacientes A y C indican no presentar preocupaciones somáticas

21. Bajo nivel de energía

Afirmaciones	Puntaje
1. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.	0
2. La relación sexual me atrae menos que antes.	1
3. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.	2
4. He perdido totalmente el interés sexual	3

Tabla 23: Puntuación de afirmaciones en el rubro de bajo nivel de energía



Gráfica 22: Nivel bajo de energía.

Dentro de este rubro se puede observar en la gráfica que la mayor parte de las pacientes no ha observado cambios en cuanto al interés por el sexo. Sin embargo, la paciente C indica que las relaciones sexuales le atraen menos que antes. Se concluye que el nivel de energía no se ve afectado en cuanto al interés por el sexo ya que la mayoría negó haber observado cambios dentro de este rubro.

4.3 Resultados de entrevista

Datos de identificación, paciente A
Nombre del paciente: N.M.F. Edad: 21 Sexo: Femenino Residencia: Coyolapa, Atlapexco Hgo. Fecha y lugar de nacimiento: Escolaridad: Preparatoria Estado civil: Soltera Ocupación: Estudiante Religión: Católica

Paciente femenina portadora de diabetes mellitus tipo I, desde hace 4 años, refiere que a inicios del padecimiento presento un índice de glucosa de 480, comenta que desde inicios del padecimiento manifiesta tristeza, Ideas de muerte, debido a la presencia de diabetes mellitus a la edad de 17 años desconocía que era la enfermedad de la diabetes. Refiere haber tenido una buena respuesta por parte del médico tratante, ya que le explico de manera minuciosa el tratamiento que debería seguir así como los cuidados y lo que comprendía al padecimiento, actualmente el tratamiento es la insulina ante la falta de control de glucosa, paciente con padecimiento de dislipidemia y obesidad tipo 2. Comenta que actualmente no lleva el tratamiento prescrito por el médico, en ocasiones refiere olvidar inyectarse la insulina, la alimentación no es la adecuada debido a que consume azucares y alimento que no se encuentran dentro de la dieta prescrita por el médico tratante, se encuentra bajo supervisión del área de nutrición, sin embargo comenta estar subiendo de peso de manera exagerada, Actualmente manifiesta sentimientos de soledad, tristeza, llanto frecuente, e incapacidad para realizar actividades menciona no querer aceptar que es diabética debido a que ella aun es joven. Madre portadora de diabetes Mellitus tipo 1.

Datos de identificación, paciente B
Nombre del paciente: M.V.V.S.J. Edad: 55 años Sexo: Femenino Residencia: Ampliación del Zapote Huejutla de Reyes Hgo. Escolaridad: Secundaria Estado civil: Viuda Ocupación: Ama de casa Religión: Católica

Paciente femenina portadora de diabetes mellitus tipo 2 de 5 años de evolución, con un índice inicial de glucosa de 350, actualmente con tratamiento farmacológico de Metformina, con presencia de dislipidemia, refiere que al saber que padecía diabetes se sintió triste con pensamientos de muerte y llanto debido a que el médico menciono que era una enfermedad que no tenía cura. Únicamente se controla, refiere haber recibido un buen trato por parte del médico tratante ya que le explico lo que era la diabetes, en ese momento ella desconocía el termino y lo que engloba dicho padecimiento, el médico explico medidas que debe de tener así como los cuidados y el tratamiento a seguir, comenta no llevar la dieta que indico el médico ya que es una persona de recursos económicos muy bajos y le es imposible comprar alimentos, solo consume lo que tiene al alcance, actualmente el nivel de glucosa es inestables, refiere estar preocupada por situación económicas y conflictos con hermano alcohólico. Comenta sentirse triste, sola con insomnio y llanto frecuente. Refiere que madre fue portadora de diabetes mellitus fallecida hace 1 años tras la falta de control del padecimiento. Comenta recibir el apoyo de su hijo ya que se preocupa por el bienestar de la paciente y procura que el medicamento se administrado de manera adecuada,

Datos de identificación, paciente C
Nombre del paciente: B.S.G.C. Edad: 47 años Fecha de nacimiento: 08 de Abril de 1965 Sexo: Femenino Residencia: Calle Cuauhtémoc no. 62 Col. Capitán Antonio Reyes Escolaridad: Secundaria Estado civil: Casada Ocupación: Ama de casa Religión: Católica

Paciente femenina portadora de diabetes mellitus desde hace 5 meses, con un índice de glucosa inicial de 230 , paciente indica no saber el tipo de diabetes que presente sin embargo se explora expediente clínico que indica la presencia de diabetes tipo 2, paciente refiere que al recibir la noticia de que era portadora de DM, se sintió muy triste y pensó que no iba a vivir mucho tiempo, actualmente siguen latente estos sentimientos ya que comenta no tomarse la pastillas debido a que se le olvida, se siente enojada con ella misma, refiere no tener visión a futuro ante padecimiento, presenta ideas de muerte. Comenta haber recibido un buen trato por parte del médico ya que le explico que era la diabetes, así como sus cuidados necesarios y el tipo de tratamiento que debería de seguir al pie de la letra y las consecuencias que podría generar si no se llevaban a cabo las indicaciones. Refiere que a inicios del padecimiento no sabía que era la diabetes sin embargo el médico le hizo mención sobre el padecimiento, refiere no lleva adecuadamente el tratamiento ante situación económica ya que paciente no labora actualmente. Comenta no tener apoyo por parte de su familia ya que actualmente cónyuge inicia relación con otra pareja sentimental (paciente cae en llanto), comenta no tener una buena relación con madre.

Datos de identificación, paciente D
Nombre del paciente: H.M.C Edad: 58 años Fecha de nacimiento: 11 de enero de 1955 Sexo: Femenino Residencia: Colonia Jacarandas Escolaridad: Primaria Estado civil: Casada Ocupación: Ama de casa Religión: Católica

Femenina portadora de diabetes mellitus tipo 2, con 5 años de evolución, con un índice inicial de glucosa de 370, actualmente con tratamiento farmacológico de glibenglamida y metformina, refiere en entrevista haber presentado negligencia médica ya que el doctor actuó manera inadecuada, recibió regaños y una falta de información ante el padecimiento, comenta que en ese momento se sintió muy nerviosa, temblor constante, llanto y miedo a morir ya que el médico le menciono que viviría poco tiempo. En ese momento la paciente menciona no saber que era la diabetes, no como cuidarse, sin embargo decide visitar otro médico quien le explico de manera detalla lo que era la enfermedad, los cuidados y el tratamiento que debería de seguir para tener estable el nivel de glucosa, comenta que en ocasiones se le olvidan tomar los medicamentos, el nivel de glucosa actual no es estable, ya que no se apega al tratamiento médico, portadora de hipertensión arterial con tratamiento farmacológico. Refiere que actualmente tiene preocupaciones ante la falta de control de la glucosa y situaciones familiares, paciente comenta sentirse triste, sola, irritable, nerviosa y con olvido constante de cosas importantes. Recibe apoyo moral de sus hijos con quien establece mayor comunicación y cercanía.

4.4.1 Análisis de caso

Datos de identificación, paciente A
Nombre del paciente: N.M.F. Edad: 21 Sexo: Femenino Residencia: Coyolapa, Atlapexco Hgo. Fecha y lugar de nacimiento: Escolaridad: Preparatoria Estado civil: Soltera Ocupación: Estudiante Religión: Católica

Paciente de sexo femenino de 22 años de edad, quien inicia padecimiento actual hace aproximadamente 4 años con DM. Tipo 1, referida de consulta externa al área de psicología, paciente refiere presencia de síntomas caracterizados por sueño no reparador, tristeza, fatiga, llanto frecuente sin motivo aparente, apatía, desinterés por actividades laborales, sentimientos de soledad desde hace 2 años, al interrogatorio paciente refiere que comenzó la presencia de la sintomatología tras muerte de tía materna con quien tenía mayor cercanía y comunicación. N.M.F. refiere no aceptar el padecimiento actual DM, por ende refiere no llevar a cabo de manera adecuada el tratamiento, no hay adherencia al tratamiento, ni acato a indicaciones del médico, actualmente hay presencia de dislipidemia, obesidad y glucosa elevada

Habita en casa propia, con núcleo familiar integrado por padre, madre y 3 hermanos, con aparente buena relación, refiere que existe demostración de afecto entre los integrantes del núcleo familiar en el cual existen límites establecidos, con roles definidos.

Femenina de edad aparente igual a la cronológica, consiente, aliñada, con facies de tristeza, labilidad emocional, actitud libremente escogida, lenguaje simplista, limitado a interrogatorio, con tono de voz bajo, ubicada en tiempo espacio y personas.

4.4.2 Análisis de caso

Datos de identificación, paciente B
Nombre del paciente: M.V.V.S.J. Edad: 55 años Sexo: Femenino Residencia: Ampliación del Zapote Huejutla de Reyes Hgo. Escolaridad: Secundaria Estado civil: Viuda Ocupación: Ama de casa Religión: Católica

Paciente de sexo femenino de 55 años de edad, quien inicia padecimiento actual de diabetes mellitus tipo 2 de 5 años de evolución, referida de la consulta externa al área de psicología, paciente refiere presencia de síntomas caracterizados por insomnio, sueño no reparador, acompañado de sentimientos de tristeza, soledad labilidad emocional, apatía, desgano, llanto ocasional desde hace aproximadamente 1 año relacionado aparentemente tras muerte de madre y esposo. Refiere ocasionalmente deseos de muerte. M.V.V.S.J. tras interrogatorio indica no llevar un control adecuado que permita estabilizar los niveles de glucosa ya que el nivel socioeconómico es bajo, no presenta recursos para llevar a cabo una adecuada adherencia al tratamiento. Actualmente hay presencia de dislipidemia, y glucosa elevada aunada a síntomas propios de una depresión.

Núcleo familiar desintegrado desde hace 35 años tras fallecimiento de cónyuge, actualmente habita en casa de hijo, nuera, 3 nietos y hermano, refiere regular relación familiar tras problemática alcoholismo de hermano y supuesto maltrato verbal. Femenina activa, reactiva, alerta orientada, con regular aliño, facies tristes, postura cabizbaja, lenguaje coherente, congruente, fluido con tono de voz bajo, velocidad adecuada, actitud libremente escogida, ubicada en tiempo espacio y persona.

4.4.3 Análisis de caso

Datos de identificación, paciente C
Nombre del paciente: B.S.G.C.
Edad: 47 años
Fecha de nacimiento: 08 de Abril de 1965
Sexo: Femenino
Residencia: Calle Cuauhtémoc no. 62 Col. Capitán Antonio Reyes
Escolaridad: Secundaria
Estado civil: Casada
Ocupación: Ama de casa
Religión: Católica

Paciente de sexo femenina de 47 años de edad, hace aproximadamente 4 años inicia padecimiento (depresión) tras abandono de cónyuge dado que pareja inicia vida sentimental con otra persona, a raíz de los cual presenta diversas sintomatologías aumentando su frecuencia desde hace 5 meses tras padecimiento de diabetes mellitus tipo 2 con sintomatología caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, insomnio, fatiga, cansancio irritabilidad propios de una depresión

Tras interrogatorio refiere no llevar un control adecuado que le permita estabilizar el nivel de glucosa, se siente culpable ya que indica no llevar a cabo las

indicaciones del médico tratante, actualmente refiere no estar conforme con su aspecto corporal lo que indica posible baja autoestima, manifiesta preocupaciones ante situación económica actual.

Habita en casa de madre con núcleo familiar desintegrado desde hace 4 años, cohabita con madre e hija de 8 años de edad con regular relación familiar.

Femenina activa, reactiva, alerta, tranquila, cooperadora al interrogatorio, con actitud libremente escogida, sentimientos de melancolía y soledad, mirada cabizbaja, ubicada en tiempo espacio y persona, lenguaje coherente, congruente, fluido, tono y volumen bajo, desaliñada

4.4.4 Análisis de caso

Datos de identificación, paciente D
Nombre del paciente: H.M.C
Edad: 58 años
Fecha de nacimiento: 11 de enero de 1955
Sexo: Femenino
Residencia: Colonia Jacarandas
Escolaridad: Primaria
Estado civil: Casada
Ocupación: Ama de casa
Religión: Católica

Paciente de sexo femenino de 58 años de edad referida de la consulta externa tras presencia de sintomatología caracterizada por nerviosismo, cansancio, jaquecas, vértigo, intolerante a la frustración, irritabilidad, y llanto ocasional.

Portadora de diabetes mellitus I, desde hace 5 años actualmente bajo tratamiento médico, y portadora de hipertensión arterial desde hace 2 años.

Paciente indica llevar a cabo las prescripciones médicas, sin embargo no lograr estabilizar el nivel de glucosa, por cual refiere sentirse triste, con llanto ocasional al no poder estabilizar el nivel de glucosa, sentimientos de minusvalía.

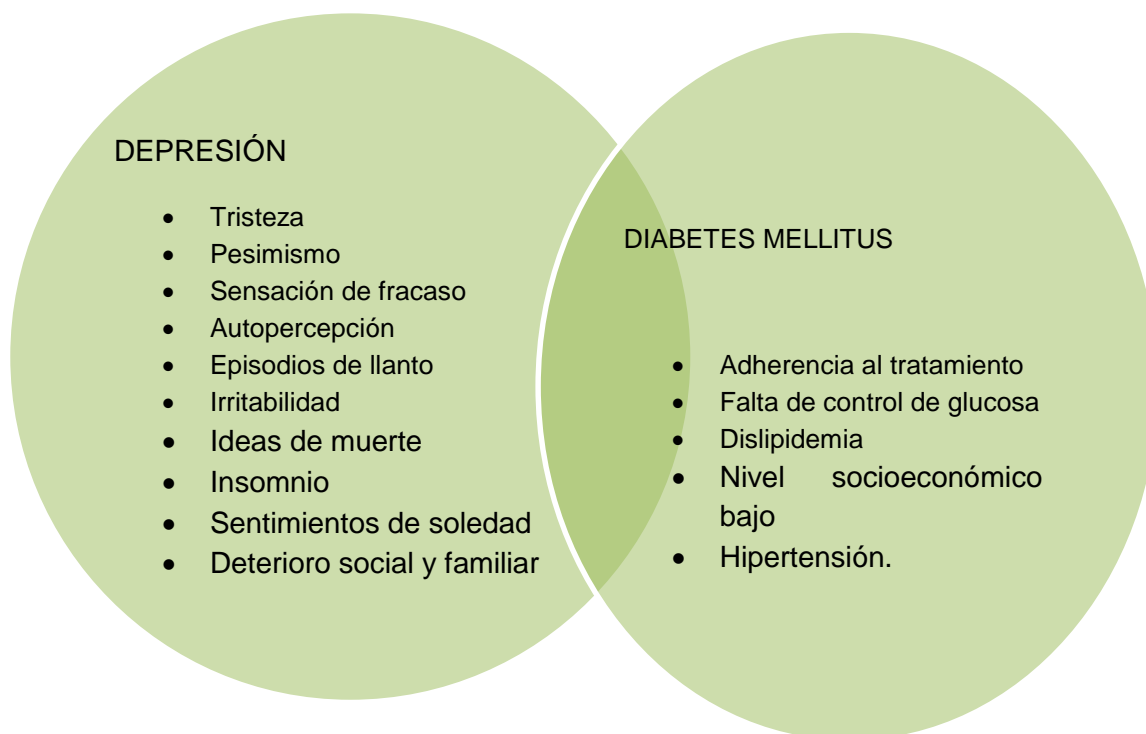
Habita en casa propia, conformado por cónyuge con quien indica no llevar una buena relación debido a que no se establece un vínculo de comunicación, cohabita de igual manera con 2 hijos, uno de ellos con retraso mental leve.

Femenina de edad aparente igual a la cronológica, consiente, orientada, bien aliñada, actitud sumisa, lenguaje coherente, simplista y con tono de voz limitante, con facies de tristeza, mirada divagante.

4.5 Categorización de variables



Variables



Tristeza

Se muestra que las pacientes durante la presencia de DM. Muestran tristeza ya que desconocen como tal el padecimiento lo cual las lleva a manifestar cambios en cuanto al control de emociones acompañado de otros síntomas que forman parte de la depresión.

Pesimismo

Se muestra un estado de ánimo en el cual se observa una tendencia de ver las cosas de manera negativa en su aspecto más desfavorable contribuyendo así a ser algo habitual que pasa a ser parte de un depresión

Sensación de fracaso

Se observa que la mayor parte de las pacientes presentan sensación de fracaso ya que refieren que cuando miran hacia atrás observan únicamente errores, presentan pensamientos negativos que obstruyen la creación de metas y objetivos.

Autopercepción

Actualmente las pacientes refieren estar en descontento consigo mismas debido a que poseen una autoestima baja, es por ello que indican estar a disgusto en la forma en que ellas se perciben.

Episodios de llanto

Se muestra que las 4 pacientes manifestaron episodios de llanto ocasional y frecuentemente, en la cual algunas de las paciente indica no haber ningún evento que ocasione el llanto, sin embargo por otro lado el llanto proviene de la desesperación que manifiestas tras la falta de control de la glucosa.

Irritabilidad

Este indicador se presenta debido a que las pacientes manifestaron no llevar de manera adecuada el tratamiento por lo que les generaba irritabilidad ante cualquier situación de manera frecuente, por otra parte se presentan ante estímulos que afectan el estado actual de la paciente.

Ideas de muerte

Se observa que durante la presencia de la diabetes las pacientes manifestaron ideas de muerte ante la falta de información sobre la enfermedad, ya que no tenían noción sobre lo que era y los cuidados que necesitaban, de igual manera se presentó tras percibir que es una enfermedad crónico degenerativa, es decir que es un padecimiento que requiere de control durante el tiempo que el individuo exista.

Insomnio

Se observa la incapacidad para conciliar el sueño, las pacientes indican que durante la noche despiertan o en su defecto no concilian el sueño.

Sentimientos de soledad

Sentimiento presentado debido a que las pacientes probablemente no cuenten con apoyo dentro del contexto familiar lo que ocasionan sentimientos de soledad aunado con sentimientos de tristeza y llanto ocasiona o frecuente.

Deterioro en el área social y familiar

Muestra la perdida de interés dentro del plano social, así como la desintegración familiar que contribuye y conlleva a situaciones conflictivas en cuanto a las relaciones de pareja y comunicación contribuyendo a presentar síntomas propios de una depresión.

Adherencia al tratamiento

La falta de adherencia, el paciente no sigue de manera correcta el programa terapéutico establecido. Es por ello que existen diversos factores relacionados con esta problemática, dentro de los factores personales se mencionan los siguientes, la falta de motivación al realizar diversas actividades, baja autoestima, la falta de apego familiar y social. Así mismo la depresión se asocia con los resultados que se obtiene en las enfermedades crónicas degenerativas.

Falta de control de glucosa

Se muestra que las pacientes no presentan una estabilidad en cuanto al nivel de glucosa ante la falta de adherencia al tratamiento comentan no llevar a cabo las prescripciones médicas, ante el nivel económico en el que se encuentran, así mismo existen factores como el olvido hacia el consumo de fármacos y administración de insulina para el control del padecimiento de la diabetes mellitus como enfermedad degenerativa.

Dislipidemia

Se muestran padecimiento como la dislipidemia, el nivel elevado de los triglicéridos debido a que no se sigue un plan alimenticio adecuado, teniendo como resultado el aumento progresivo de la glucosa.

Nivel socioeconómico bajo

La presencia del recurso económico bajo, contribuye a que las pacientes no se apegan al tratamiento médico de tipo farmacológico y de nutrición ya que requieren

de sustento económico para pegarse a los lineamientos médicos que estable dentro del tratamiento que implica a su vez una nutrición adecuada para el paciente diabético, además de factores que incluyen economía como las alzas de los precios o servicios básicos así como las distancias que recorren para llegar a los centros de salud.

Hipertensión.

Se observa que la presencia de este padecimiento da cabida a manifestar síntomas como tristeza nerviosismo y aunado a esto la relación que se da con el índice elevado de glucosa.

4.6 Triangulación de la información

Los resultados obtenidos de los instrumentos utilizados para la presente investigación se obtuvieron con el apoyo de 4 pacientes que acuden al área de psicología en el Centro de Salud Dr. Horacio Camargo Rivera ubicado en la colonia Capitán Antonio Reyes de la Ciudad de Huejutla Hidalgo,

La hipótesis planteada al inicio de la investigación ha sido comprobada a través de los diferentes instrumentos utilizados para el proceso de investigación comprobando que la depresión es una consecuencia emocional en la mujer adulta ante el padecimiento de diabetes mellitus ya que la paciente tiende a manifestar síntomas como son la tristeza, los episodios de llanto, el deterioro en áreas importantes como el social y el familiar, el pesimismo, la falta de adherencia al tratamiento, el padecimiento de la dislipidemia, la falta de control que engloba aspectos anteriores al no poder llegar a una estabilidad en cuanto al nivel de

glucosa. Se observa que la depresión se desarrolla en pacientes diabéticas objeto de estudio ya que influyen los factores que con llevan al padecimiento, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico desencadenada por factores económicos, la negación al padecimiento de la DM, la falta de conocimiento sobre el tratamiento ante una posible negligencia médica, de igual manera se observa que las pacientes llevan a cabo recomendaciones a ciertos aspecto de la prescripción médica, pero no a todos o en algunos momentos pero no en otros, el inadecuado seguimiento da pauta al descuido en el tratamiento farmacológico ocasionando secuelas de tipo emocional como la depresión, que tienen que ver con el agravamiento del padecimiento de la DM, de esta manera las pacientes se ven afectadas de manera emocional ocasionando síntomas antes mencionados de la depresión, ya que frecuentemente se presentan los episodios de llanto que proviene de la desesperación que manifiestan tras la falta de control de la glucosa, en ocasiones se desconoce el motivo aparente del llanto, y la tristeza aunado a esto comienza a deteriorar áreas importantes en cuanto a las relaciones de pareja y desintegración familiar, en el plano social se observa perdida de interés en actividades que anteriormente era del agrado de la paciente diabética , aunado a la presencia de otros padecimientos tales como la dislipidemia que contribuye a la sensación de fracaso tomando de referencia la siguiente idea de la paciente A en el inventario de Beck: *Soy un fracasado total como persona.* A partir de esta idea se observa que la paciente presenta pensamientos negativos que obstruyen la calidad de vida y la presencia de secuelas emocionales que se relacionan con la depresión.

Ante esto Balcázar, Gurrola y Chimal (2012) refieren que:

En investigaciones realizadas en el campo de la psicología relacionado con la diabetes se ha encontrado que las personas que la padecen presentan cuadros de depresión que afectan su autoestima y, por lo tanto, también su autoconcepto siendo este un constructo que presenta cambios y que puede estar influido por esta patología (p.40).

Durante el proceso de recolección de datos se observó que la mayor parte de la pacientes tienden a manifestar síntomas de una depresión tal y como lo menciona la paciente C al saber que era portadora de diabetes mellitus, partiendo de esta idea: *Cuando me dijeron que era diabética me sentí nerviosa con miedo yo pensé que me moriría...* debido a que desconocen totalmente la terminología dejando en estado de shock al paciente ante los cambios al estilo de vida así como la adaptación hacia la adherencia al tratamiento, tal y como lo menciona Fernández F. citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012) quien menciona que:

La enfermedad tiene una naturaleza relativamente asintomática, una evolución inexorable con fluctuación en el control metabólico, un tratamiento que implica esfuerzos y cambios en el estilo de vida de la persona, los cuales no tienen un beneficio aparente de forma inmediata. (p.p. 15, 16).

Es decir, el paciente encuentra una serie de barreras que dificulta una adherencia al tratamiento, a través de pensamiento negativos tal y como lo mencionó la paciente C.

La Autopercepción es un indicador que mide el nivel la forma de verse en cuanto al aspecto físico, se obtiene resultado de la postura de la paciente A. Quien indica dentro de las afirmaciones la siguiente idea: *me detesto*. Por lo que no se encuentra conforme con lo que es, no presenta una percepción adecuada de sí, indicando así un factor propio de la depresión

Para finalizar las personas con este padecimiento pueden manejar un nivel bajo o nulo de conocimientos sobre la diabetes ya que varias de las personas objetos de estudio refieren los siguientes: paciente C: *En ese momento pues no sabía nada, yo me preguntaba muchas cosas, tenía muchas dudas de que porque a mí me dio azúcar.* Este tipo de reacciones comúnmente se dan tras la nula información que se presenta y debido a la creencia de mitos. Para Ferriotti citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012) refiere que:

La diabetes es una enfermedad en la que el paciente que casi en su totalidad debe de tener un papel activo en su tratamiento, aunado a estrategias de información que permita al paciente mantenerse bien informado para la toma de decisiones y de acciones correctas que impacten de manera positiva en el control de su enfermedad” (p.28).

Es decir, es de gran importancia que las pacientes tengan conocimiento sobre la diabetes ya que a partir de esto la toma de decisiones es aún más eficaz y contribuye a un mejor estilo de vida.

4.7 Conclusión

De acuerdo a los resultado obtenidos de la aplicación de instrumentos como el inventario de Beck, la entrevista y el análisis de caso se deduce que las pacientes con padecimiento de diabetes mellitus presentan un nivel de depresión que afecta de manera emocional tras situaciones que acontecen en la vida diaria y ante la presencia de factores que trae consigo dicho padecimiento, existen factores que intervienen para que no se presente una adecuada adherencia terapéutica debido a al tratamiento complejo que requiere el paciente con diabetes.

La mayoría de los casos, la depresión se presenta debido a que la información que se tiene es discordante, sin fundamento médico, basándose en creencias y mitos sobre la enfermedad, ocasionando comportamientos y actitudes erróneas que ponen en riesgo la salud del mismo paciente ya que es una enfermedad crónica degenerativa que augura la calidad de vida del paciente si no existe una adherencia al tratamiento, ocasionando así una baja autoestima, tristeza, episodios de llanto ya que como se observa en la investigación las pacientes no tiene una estabilidad en el nivel de glucosa.

La red de apoyo en el área social y familiar constante y pasiva constituye un factor importante en el tratamiento y estabilidad emocional del paciente diabético. Debido a que atenúa sus sentimientos de soledad y tristeza ya que evita la exposición del individuo a situaciones de estrés. Sin embargo, es necesario que el paciente diabético se integre y realice una toma de conciencia sobre el padecimiento y logre adherirse al tratamiento obtenido a así una estabilidad emocional así como física centrándose en mantener un nuevo estilo de vida y control de emociones afrontando de manera razonable el padecimiento actual.

Por lo que se concluye que paciente diabético apegado al tratamiento médico y bajo el aprendizaje del manejo de emociones permite una mejor calidad de vida y un pronóstico favorable en el área de salud, familiar social y personal. Es así, como el investigador comprueba la hipótesis planteada al inicio de la investigación.

Capítulo V

Discusión y sugerencias de intervención

5.1 Discusión

La relevancia de abordar el tema de la depresión en mujeres adultas con diagnóstico de diabetes mellitus, proviene del propósito de verificar la afectación que tiene la diabetes como enfermedad crónica degenerativa en el desarrollo de la depresión en la población estudiada.

Al aplicar el inventario de Beck, se obtuvieron los niveles de depresión presentadas por las pacientes con diagnósticos de diabetes mellitus, que acuden al área de psicología del Centro de Salud “Dr. Horacio Camargo Rivera” de la ciudad de Huejutla de Reyes Hidalgo.

Ante este primer dato, se prosiguió a llevar a cabo entrevistas y análisis de casos de 4 pacientes subsecuentes al área de psicología, estas herramientas de evaluación determinaron la presencia de la depresión, arrojando diferentes índices de depresión según el caso de cada sujeto estudiado.

De la misma manera, ante este primer dato se puede considerar la aportación que hacen los siguiente autores Balcázar, Gurrola y Chimal (2012) quienes mencionan que: “Saberse enfermo de diabetes pone ante una situación inesperada que conlleva la carga emocional de un padecimiento crónico, que precisa de tratamiento de por vida, de un cambio en el estilo de vida.” (p. 17). Es decir, el paciente al saber que portador de la diabetes mellitus se siente desmotivado de manera emocional, ya que tiene que reestructurar el estilo de vida, llevar un tratamiento de por vida para controlar el padecimiento, debido a esto el paciente se

deprime y comienza a culparse constantemente, no encuentra alternativas que puedan ser de ayuda para su enfermedad.

La depresión se hace presente día con día principalmente en mujeres que son las más vulnerables ante situaciones como la enfermedades crónico degenerativo como principal factor que desencadena una depresión ya que la perspectiva hacia la vida cambia radicalmente, presentando así pensamientos negativos, estilos de vida diferentes, que en su mayoría desconoce la enfermedad, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico ocasionando que la paciente vaya manifestando los síntomas que son propios de una depresión. Es claro que el manejo de la diabetes está en manos de quien la padece, los profesionales sanitarios son asesores y colaboradores del enfermo, pero el éxito del manejo de la enfermedad depende fundamentalmente de los propios pacientes, de que aprendan a vivir con el padecimiento.

Tras la confirmación del diagnóstico se presenta en el paciente un estado de shock, incluyendo el duelo por la salud ante esta situación se puede considerar la aportación que hace Martin-Alonso y Grau-Abalo citado en Balcázar, Gurrola y Chimal (2012) quien refiere: “La aceptación del hecho de estar enfermo es el punto de partida para realizar los ajustes necesarios en el cuidado de la enfermedad” (p. 24). Es decir, la persona puede seguir un estilo de vida habitual, siempre y cuando lleve a cabo los tratamientos farmacológicos que se prescriben por el médico tratante, al aceptar que es una persona portadora de diabetes mellitus.

Dentro de la investigación realizada observó que las pacientes presentan indicadores de la depresión, debido a que desconocían sobre el padecimiento, no tenían el principio de universalidad, es decir, la paciente creía que era solo ella quien manifestaba la enfermedad, a raíz de estos desencadena lo que es la depresión, comienza a manifestar pensamiento negativos, ideas de muerte, sentimientos de tristeza, llanto, apatía e irritabilidad. Se observó que las pacientes hacen mención sobre algunas creencias de la insulina y medicamentos, llegan a tener ciertas ideas sobre los medicamento principalmente el de la insulina ya que se la consideran como un indicador de que la diabetes ya está muy avanzada, que la persona está a borde de la muerte o inclusive el que tenga afectaciones orgánicas, son algunas de la situaciones por la cual una de las paciente indica no querer suministrar el tratamiento y por ende refiere que olvida suministrar y solo lo realiza de manera ocasional, contribuyendo a que el tratamiento no sea eficaz. La idea en la relación con la diabetes y su tratamiento es uno de los mitos más comunes ya que la persona puede llegar a creer que la insulina es la productora de la ceguera, pero es más bien el resultado del descuido y del tratamiento inadecuado del paciente, con relación a su enfermedad, que ocasionan una falta de esperanza a poder equilibrar el nivel de glucosa, a raíz de esta situación se presenta los síntomas de la depresión ante la falta de conocimiento que el paciente tiene sobre el tratamiento y la enfermedad.

Ya que como lo menciona Fernández citado en Hernández A. (2010) señala que: “Las situaciones estresantes para el individuo reafirman la presencia de la depresión y suelen entenderse a partir de la interacción dada entre el sujeto y el ambiente” (p. 67). Es decir, se generan cambios en cuanto a las tensiones emocionales y

alteraciones de conductas del paciente ocasionando estrés que reafirma la presencia de una depresión al desconocer totalmente el padecimiento sobre la enfermedad y los cuidados necesarios que conlleva así como el tratamiento adecuado que debe seguir ante prescripciones médicas.

Finalmente esta investigación sugiere un abordaje del modelo cognitivo conductual en la intervención de la depresión en mujeres con padecimiento de diabetes mellitus ya que como lo menciona Retamal P. (1999) refiere que: “Este modelo terapéutico ha logrado un amplio fundamento en cuanto a efectividad y probablemente tiende a ser más usado por los psicólogos” (p.59). Es decir, es el modelo psicológico probablemente más empleado debido al amplio fundamento en cuanto a lo efectivo que es en tratamientos para depresión ya que implica la reestructuración de cogniciones y pensamientos que como lo mencionan Ellis y Beck en la terapia cognitiva de la depresión, citados en Reynoso L. y Seligson I. (2005) refieren que: “...los problemas del paciente derivan de sus distorsiones cognitivas” (p.11). Debido a que el paciente se crea esquemas que afectan directamente el estado anímico y por otro lado la modificación de conductas que se originan a partir de pensamientos irracionales que obstruyen en el tratamiento médico y que generan secuelas emocionales, esto a través de técnicas y estrategias del modelo cognitivo conductual ya que es el modelo más apropiado en el tratamiento de la depresión que durante varios años ha presentado una efectividad en la rehabilitación de los pacientes con depresión ya que día con día prevalece aún más, índices de personas diagnosticadas con depresión en la población, de esta manera poder vislumbrar el

panorama del trabajo del psicólogo en la atención de los trastornos depresivos, en poblaciones poco estudiadas y que demandan una oportuna intervención.

5.2 Sugerencias de intervención

Área personal: Es de gran importancia que el paciente diabético tome conciencia de su padecimiento actual, de tal manera que logre adherirse al tratamiento médico, modificando el comportamiento para hacer frente a la enfermedad con la ayuda del trabajo multidisciplinario (psicólogo, nutriólogo, médico) sin dejar a través y enmarcar que la mayor parte del trabajo en equipo corresponde al paciente ya que debe de responsabilizarse y tomar decisiones adecuadas para la calidad de vida, logrando que el paciente tenga objetivos en cuando al estado de salud, físico y emocional, logrando así una mayor independencia para un nuevo estilo de vida y prevenir futuras complicaciones.

Área médica: Los pacientes requieren de afecto y comprensión durante el tratamiento, debido a esto es importante que el médico tenga empatía hacia el paciente, motive y realice instigaciones verbales para que el paciente siga adecuadamente las prescripciones y se apegue a los lineamientos que enmarca el tratamiento, de la misma manera otorgar información sobre lo que conlleva la diabetes mellitus así como los cuidados necesarios que debe de seguir el paciente diabético de tal manera que el paciente obtenga una mejor calidad de vida y prevenga riesgos a largo plazo.

Área familiar: Llevar a cabo actividades de recreación y socialización como medida preventiva para la depresión, introduciendo al paciente diabético a fomentar actividades recreativas bajo un tratamiento psicológico dentro del ámbito familiar. La red de apoyo familiar constante constituye un factor importante en el tratamiento y estabilidad emocional del paciente diabético. Debido a que atenúa sus sentimientos de soledad y tristeza ya que evita la exposición del individuo a situaciones de estrés, contribuyendo al apego del tratamiento médico.

Área social: Llevar a cabo información a generaciones que se encuentran en riesgo a padecer la diabetes mellitus, a través de módulos y talleres en instituciones clínicas y educativas para contribuir a la prevención de la diabetes mellitus.

Área de psicología: Intervenir de forma individual bajo el modelo cognitivo conductual, las demandas personales que vierta el paciente al momento de la consulta, crear estrategias desde el modelo cognitivo conductual que permitan una buena adaptación y aceptación del paciente, modificar conductas que se originan a partir de pensamientos irracionales que obstruyen en el tratamiento médico y que generan secuelas emocionales. Creando así una buena alianza terapéutica que sirva de soporte para el paciente. Se sugiere la actualización del psicólogo en cuanto a los nuevos conocimientos sobre la diabetes mellitus y sus complicaciones, ya que es de gran importancia en la región ante la situación actual.

Grupo de enfoque: Crear grupos de enfoque que permita en las pacientes diabéticas, visualizar el padecimiento de forma general, es decir, que se percaten de que no son las únicas con padecimiento de diabetes, de tal manera que se reduzca el nivel de depresión y obtener una calidad y estilo de vida favorable, logrando obtener un soporte emocional.

Área gubernamental: se sugiere el abastecimiento de medicamentos, en centros de salud, hospitales e instituciones oficiales, debido a que se carece de medicamentos y que por consiguiente el paciente de bajos recursos económicos debe de adquirir para el tratamiento tomando en cuenta que estamos en una población vulnerable a la presencia de la diabetes y que los medicamentos apropiados para esta enfermedad no son suficientes para abastecer paciente de la región de la misma manera se sugiera al área gubernamental el establecimiento de programas de intervención preventiva para la salud en nuevas y actuales generaciones.

Trabajo multidisciplinario: ofrecer una atención apropiada para el paciente dentro de las áreas de crónico degenerativo psicología, salud mental y nutrición de tal manera que se lleve un seguimiento dentro de las 4 áreas importantes para el tratamiento del paciente.

Anexo a: Entrevista

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
Nombre del paciente: Edad: Sexo: Residencia: Fecha y lugar de nacimiento: Escolaridad: Estado civil: Ocupación: Religión:

ENTREVISTA

1. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron diabetes mellitus?
2. ¿Cuál fue el índice de glucosa con el cual le detectaron DM?
3. ¿Cuál es el tipo de diabetes que le detectaron?
4. ¿Cuál es el tratamiento actual que lleva?
5. ¿Presenta algún otro diagnóstico?
6. ¿Cuál fue la reacción que tuvo al saber que es portadora de DM?
7. ¿Durante el inicio del padecimiento cual fue el trato que usted recibió del médico tratante?
8. ¿Usted tenía conocimiento de la DM?
9. ¿Sabe qué es?
10. ¿Conoce las medidas que debe de tener al ser portadora de DM?
11. ¿El médico tratante le explico medidas preventivas y factores predisponentes de la enfermedad?

12. ¿El médico le explico el tratamientos y los cuidados adecuado que debe de seguir?
13. ¿Usted actualmente lleva acabo los cuidados necesarios para estabilizar su glucosa?
14. ¿Cuáles?
15. ¿Actualmente cuál es su nivel de glucosa?
16. ¿actualmente cómo se siente emocionalmente ante la enfermedad?
17. ¿Tiene algún familiar con padecimiento de DM?
18. ¿Considera que su familia es una red de apoyo hacia su enfermedad?
19. ¿Cómo es el apoyo que recibe?

Anexo b) Inventario de depresión De Beck



CENTRO UNIVERSITARIO VASCO DE QUIROGA DE HUEJUTLA.
INCORPORADO A LA UNAM

CLAVE 8895-25



I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Residencia:

Escolaridad:

Estado civil:

Ocupación:

Religión:

Tiempo de evolución de la diabetes Mellitus:

Fecha:

II. INSTRUCCIONES

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmación, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy.

1. Tristeza.

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- Me siento desanimado de cara al futuro.
- siento que no hay nada por lo que luchar.
- El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- No me siento fracasado.
- he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

- No creo que esté siendo castigado.
- siento que quizás esté siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7. Autopercepción

- No estoy descontento de mí mismo.
- Estoy descontento de mí mismo.
- Estoy a disgusto conmigo mismo.
- Me detesto.

8. Autoacusación

- No me considero peor que cualquier otro.
- me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- Desearía poner fin a mi vida.
- me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- No lloro más de lo normal.
- ahora lloro más que antes.
- Llora continuamente.
- No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.¹⁷

11. Irritabilidad

- No estoy especialmente irritado.
- me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- me siento irritado continuamente.
- Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Plano social

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido gran parte del interés por los demás.
- he perdido todo interés por los demás.

13. Toma de decisiones

- tomo mis propias decisiones igual que antes.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- No creo tener peor aspecto que antes
- Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.³⁰

17. Amigabilidad

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más que antes.

- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- No he perdido últimamente.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- No estoy preocupado por mi salud
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- La relación sexual me atrae menos que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- He perdido totalmente el interés sexual.

Referencias bibliográficas

Aguilar K. (2013) hiperglucemia y diabetes. (Consultado el 01 de junio del 2013)

<http://www.diabetesbienestarysalud.com/hiperglucemia-y-diabetes/>

Balcázar Nava P., Gurrola Peña G.M., Moysé Chimal A. (2012) *Diabetes y psicología de la salud*. México: Porrúa.

Bautista J. (2009). *Por una vida plena en la vejez*. [Tesis de Licenciatura en Psicología]. Centro Universitario Vasco de Quiroga. Huejutla de Reyes Hidalgo.

Bosquet M. (2005) *Como vencer la depresión: técnicas psicológicas que te ayudaran*. Desclée de Brouwer.

Bustamante Gutiérrez F.L. (2010). *Factores emocionales y adherencia terapéutica como causa de riesgo y protección en la diabetes*. [Tesis de Licenciatura en Psicología]. México, D.F

Caballo, V. (2002). *Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. (2ª. ed. Vol. 1.) España: Siglo XXI.

Canton Chirivella E., Domingo Tarin A. () *Diabetes, insulinodependiente y depresión: análisis de la investigación reciente*. (Consultado el 27 de junio del 2013).

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100006

Castillo C., Barrera J., Pérez J., Álvarez F. (2010) *Revista de Neurología*. México. Universidad Autónoma de Yucatán.

Chinchilla, A. (2008) *La depresión y sus máscaras*. Buenos Aires, Madrid: Medica Panamericana.

Coon, D. (2009) *Psicología*. (10ª. ed.). México, Df: Edamsa.

Diabetes guías de consulta y prevención. (2007) Argentina: Lea libros.

Evaluación Multiaxial DSM-IV *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*

Guerreo E. F. (2006). *Vivir con diabetes*. Buenos aires: grupo imaginador de ediciones.

Gil A., Martínez de la Victoria E., Maldonado J. (2010). *Tratado de Nutrición: Nutrición Humana en el estado de salud*. (2ª. ed. Vol.3) Madrid: Medica Panamericana.

Manual de publicaciones de la APA. (2010). (6ª ed.) México: Manual moderno.

Hernández, Sampieri R. (2010). *Metodología de la investigación*. Perú: Mc Graw-Hill.

Hernández, Lira N.A., Sánchez Sánchez J.de la C. (2007) *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros en red.

Hernández, Silva, M. (2010) *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. {Tesis de Licenciatura en Psicología}.Universidad Autónoma del Estado de México. Atlacomulco.

Jurado S., Villegas M., Méndez L., Valera R., (1998) estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. México Df. Facultad de psicología UNAM.

María C., Beltrán M.A., Freyre., Hernández-Guzmán L.(2012, Abril) terapia psicológica. *El Inventario de depresión de Beck: Su validez en población adolescente*.

Muriana E., Pettenó L., Verbitz T. (2007) *La depresión y sus máscaras*. (J. Bargalló. Trad.). España: Herder (trabajo original publicado en 2006).

National Institute of Mental Health (2001) *Depresión lo que toda mujer debe de saber*. Free-ebooks.

Preston J. (2002) *Como vencer la depresión*. (G. Gabeiras. Trad.)(1ª. reim. 2004) Mexico, D.F.: Pax. (Trabajo original publicado en 1989).

Retamal P. (1999) *Depresión*. (2ª. ed.) Santiago Chile: Universitaria.

Reynoso, L. y Seligson, I. (2002) *Psicología y salud*. México: Facultad de Psicología de la UNAM.

Rivera Ponce E. (2000) *Diabetes mellitus: programa completo para su tratamiento dietético*. México: Pax México.

Salinas Rodriguez J.L. (2010 septiembre). Revista de Psicología de Izcala. *El tratamiento de la depresión con un enfoque de activación conductual*, pp. 105-124.

San Molina, A. y Arranz, B.(2010) *Comprender la depresión*. Barcelona: Amat.

San molina L., Arranz Martí B. (2010) *El médico en casa, comprender la depresión*. Barcelona: Amat.

Tébar Massó, F. y Escobar Jiménez, F. (2009) *La diabetes mellitus en la práctica clínica*. Buenos Aires, Madrid: Medica Panamericana.

Warren, H. (1998). *Diccionario de psicología* (3a ed.). México: Fondo de cultura economica.

Yapko M. (2006) *para romper los patrones de la depresión*. México. Pax México.