



EDUCAR, RESTAURAR
TRANSFORMAR

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

DIVISIÓN DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

“MUJERES DIABÉTICAS Y LA DEPRESIÓN”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

BERENICE SANTACRUZ PÉREZ

GENERACIÓN 2009 – 2013

HUEJUTLA, HGO. OCTUBRE 2015



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: Berenice Santacruz Pérez

“Mujeres diabéticas y la depresión”

Título de la investigación:

Título a recibir: Licenciatura

Nombre de la licenciatura: Psicología

Fecha: Huejutla, Hgo; 15 de octubre del 2015.

El que firma Lic. En Psic. Jhonny Bautista Valdivia, acreditado por el Centro Universitario Vasco de Quiroga de Huejutla, como asesor 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. Jhonny Bautista Valdivia

Dedicatorias

A Dios:

- Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre:

- Por apoyarme en todo momento con sus consejos, valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, y principalmente por su grandioso amor.

A mi padre:

- Por los ejemplos de perseverancia, constancia y amor que lo caracterizan que me ha infundado siempre para seguir adelante.

A mis hermanos:

- Juan Ramiro, María del Rosario, Zuleica Citlali, Rafael, por estar siempre constantes durante este proceso, por sus enseñanzas, sus momentos y su gran amor incondicional.

A mis maestros:

- Por su gran apoyo y motivación para la culminación de los estudios profesionales y por la elaboración de tesis a el Psic. Jhonny Bautista Valdivia, a la Psic. Marlen Jiménez Redondo y al Psic. Juan Hernández Dolores, por impulsar el desarrollo y formación profesional.

A mis amigos:

- Psic. Rodrigo Jiménez Palma, Arq. Víctor Vázquez Méndez, Juan Gabriel Linares Rodríguez, quienes me ayudaron con sus palabras, sermones, presencia, preocupación, comprensión y apoyo incondicional.

Berenice Santacruz Pérez

Resumen

La investigación indaga sobre la diabetes mellitus tipo dos en mujeres adultas y el cómo padecer dicha afección genera síntomas depresivos, es por eso que se propone identificar el cambio conductivo conductual que se presenta cuando emergen síntomas depresivos, enfocado en una metodología cualitativa se describe el proceso que viven las mujeres diagnosticadas con dicha enfermedad crónico degenerativa a través del diseño de la teoría fundamentada basándose en datos empíricos mismos que generan los resultado encontrados a través de los instrumentos implementados.

Diabetes mellitus tipo 2, depresión, cognitivo conductual, mujeres adultas.

Abstract

Research investigates on diabetes mellitus in adult women two type and how having this condition generates depressive symptoms, therefore that aims to identify the conductive behavior change that occurs when depressive symptoms emerge, focused on qualitative methodology describes the process living women diagnosed with such a chronic degenerative disease through the design of the grounded theory based on same empirical data that generated the result found by the implemented instruments.

Type 2 diabetes mellitus, depression, cognitive-behavior, adult women.

Introducción

La presente investigación explora la diabetes mellitus tipo 2 que presentan las mujeres adultas y que por lo consiguiente evoca en sintomatología depresiva, dicha investigación surge a partir de que en la actualidad se ha incrementado en la región huasteca veracruzana la diabetes femenil, pues actualmente es considerado como una enfermedad común, contemporánea.

Los objetivos a averiguar en dicho proceso metodológico radican en saber la influencia que tiene la diabetes mellitus tipo dos para la presencia depresiva en las féminas; es decir al identificar el cambio de cada fémina que presenta dicha afección crónica ayudara a identificar, y describir la postura cognitiva conductual de las féminas.

Por lo consiguiente se aborda la presentación del problema donde se plasma brevemente los antecedentes de dicha investigación así como el porqué es importante embestir la temática y hacia donde se quiere llegar con este proceso de investigación. A su vez también se presenta el marco teórico mismo que fundamenta y aporta temas relevantes; por consiguiente se describe la conjetura planteada a la interrogante, así como la descripción de la muestra a trabajar y las técnicas empleadas en la misma, seguido del análisis de los resultados donde se describe por categorías donde se forma una triangulación de los resultados dando como producto final una conclusión.

Es así como al final se encuentra las sugerencias de dichos resultados de acuerdo a la población estudiada.

Índice

Portadilla

Dictamen

Dedicatorias

Resumen- Abstract

Introducción

Capítulo I: Presentación del problema

1.1	Antecedentes.....	02
1.2	Justificación.....	06
1.3	Descripción del problema.....	07
1.4	Objetivos.....	08
1.5	Planteamiento del problema.....	09
1.6	Interrogante de la investigación.....	09

Capítulo II: Marco teórico

2.1	Diabetes mellitus tipo 2.....	11
2.2	Diabetes en la mujer mexicana.....	13
2.3	Adulter media temprana.....	14
2.4	Desarrollo físico.....	15
2.5	Estilo de vida.....	16

2.5.1	Conductas saludables.....	19
2.6	Intervención cognitivo-conductual en el paciente con DM2.....	20
2.7	Reestructuración cognitiva.....	22
2.8	Depresión.....	23
2.9	Factores biológicos de la depresión.....	25
2.10	Factores psicosociales de la depresión.....	26
2.11	Sintomatología depresiva en mujeres.....	27
2.12	Sintomatología de la depresión y diagnóstico diferencial.....	29
2.13	Como identificar la depresión.....	31
2.14	Cultura y depresión.....	33
2.15	Estructura familiar y la depresión.....	34
2.16	Un estilo de vida terapéutico.....	35
2.17	Modelo cognitivo conductual en la depresión.....	37
2.18	Modelo psicológico de la depresión.....	40
2.18.1	Modelo Psicodinámica de Freud.....	40
2.18.2	Modelo cognitivo.....	41
2.18.3	Modelo conductual.....	42
2.18.4	Modelo interpersonal.....	42

Capítulo III: Diseño de la investigación

3.1	Hipótesis.....	45
3.2	Conceptualización de variables.....	45
3.3	Metodología de la investigación.....	45
3.3.1	Diseño de la investigación.....	46

3.3.2	Diseño teoría fundamentada.....	47
3.4	Población y muestra.....	48
3.4.1	Tipo de muestra.....	48
3.5	Técnicas e instrumentos utilizados.....	49
3.5.1	Entrevista semiestructurada	49
3.5.2	Historia de vida	50
3.5.3	Inventario de depresión de Beck.....	50

Capítulo IV: Análisis de los resultados

4.1	Descripción de los resultados.....	52
4.1.1	Resultados caso 1.....	52
4.1.2	Resultados caso 2.....	58
4.1.3	Resultados caso 3.....	64
4.2	Hallazgos encontrados.....	69
4.3	Categorización de los resultados por instrumento.....	71
4.4	Triangulación de los resultados.....	75
4.5	Conclusión.....	82

Capítulo V: Discusión y sugerencias

5.1	Discusión.....	82
5.2	Sugerencias de intervención.....	83

Anexos

	Anexo 1. Entrevista semiestructurada.....	89
--	---	----

Anexo 2. Historia de vida.....	91
Anexo 3.inventario de depresión de Beck.....	94
Glosario.....	97
Referencias bibliográficas.....	101

Capítulo I

Presentación del problema

1.1 Antecedentes

La primera referencia a la diabetes se encuentra a partir del siglo XVI ya que es cuando comienzan a suceder descubrimientos médicos, principalmente en Europa. Paracelso (1491-1541) escribió que la orina de los diabéticos contenía una sustancia anormal que quedaba como residuo de color blanco al evaporar la orina, creyendo que se trataba de sal y atribuyendo la diabetes a una deposición de esta sobre los riñones causando la *poliuria* y sed de estos enfermos.

Según Reynoso, Seligson (2005) precisa:

Cuando las concentraciones de *glucosa* se incrementan por encima de los 160 miligramos, el excedente empieza ser eliminado mediante la acción de los riñones, mismos que inician mecanismos compensatorios con la finalidad de eliminar dichos sobrantes; así, al eliminar una molécula de glucosa ésta va acompañada de una de agua, por tanto, se presenta el tercer síntoma, la poliuria (p.92).

La enfermedad denominada diabetes mellitus tipo 2 aqueja a una gran población en el mundo, no se ve obstaculizada por el nivel socioeconómico, característica física, edad, ni sexo, se ha analizado la enfermedad para ahondar las causa y revisar los posibles tratamientos.

No está claro si la diabetes causa la *depresión* sin embargo la OMS menciona como esta tiene relación con la diabetes, pero sí se sabe que la diabetes puede hacer que las personas se sientan agobiadas por las demandas del cuidado diario. Es posible que las personas con diabetes se preocupen por las posibles manifestaciones a largo plazo, por el costo del cuidado de la enfermedad y por los efectos que puede provocar en la vida familiar y el trabajo o hacer que las personas se sientas angustiadas por los cuidados diarios.

En la (asociación americana de diabetes, 2005, ¶ 10):

La depresión se trata con medicamentos y consejería o psicoterapia y se deben de utilizar ambos tratamientos, en la terapia psicológica se desarrollan las habilidades que se necesita para hacerle frente a la situación actual de su vida.

La epidemia de la *diabetes mellitus tipo 2* (DM2) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. En 2008 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta *epidemia*.

No obstante Romero (2009) especifica:

El paciente diabético puede vivir con control médico en condiciones generales satisfactorias durante aproximadamente 20 años, aunque tiene problemas progresivos e irreversibles en diferentes regiones del organismo; este tipo de daños suceden en los vasos sanguíneos de todo el organismo, aunque lo más notablemente afectados son los renales, cerebrales, retinianos, de los pies y del corazón (p.26).

Sin embargo el nivel de riesgo de *morbilidad* y *mortalidad* de las enfermedades está relacionado con el estilo de vida de las féminas que padecen esta afección y así mismo esto es lo que se cree ha contribuido a desencadenar síntomas depresivos.

Considerando que el padecimiento crónico degenerativo desencadena en manifestaciones depresivas en un porcentaje alto de lo casos, y que la depresión se conoce desde la antigüedad, por eso es que los trastornos que hoy se denominan afectivos pueden encontrarse sus manifestaciones de algunos en muchos documentos antiguos.

Kaplan (1987) refiere desde tiempo atrás se ha definido los estados de ánimo:

Hacia el 450 a.de J.C., Hipócrates utilizo los términos manía y melancolía para describir las alteraciones mentales. Cornelio Celso describió la melancolía en su obra depresión producida por bilis negra, y el término siguió siendo utilizado por otros autores médicos incluidos Galeno (p.246).

El trastorno depresivo es una enfermedad asociada a síntomas emocionales, vegetativos físicos, entre los que se encuentran los de naturaleza dolorosa que se sobreponen, dicho trastorno se asocia a una alta prevalencia así como a una importante carga, ya que se cree que dicha enfermedad se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el futuro estimando que se presentará en el año 2020 aquejando principalmente a la población femenina.

Kaplan et al. (1987) expone que el sexo se ve inmerso es el padecimiento depresivo:

Una tendencia casi universal, independientemente del país, es la mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres que entre los hombres. La incidencia de depresiones es dos veces mayor en mujeres que en los hombres por razones que no están del todo claras; algunas explicaciones es el manifestar alguna enfermedad crónica degenerativa como la diabetes mellitus tipo 2 (p.249).

La sintomatología depresiva es común que se manifieste en las personas diabéticas y más si son mujeres, ya que, la diabetes dobla el riesgo de padecer depresión por diversos factores, se estima que una de cada tres personas con diabetes experimenta síntomas de depresión sin percatarse de la presencia de lo que está manifestando, es más común que las féminas la experimenten en un mayor rango que los varones, sin embargo la probabilidad de que las mujeres busquen ayuda es mayor.

Lara (1996) en su proyecto realizado en el instituto mexicano de psiquiatría refiere:

Las investigaciones creen que la depresión se produce por la combinación de factores físicos, psicológicos y genéticos; las diferencias en la forma en que el cerebro funciona, las reacciones de una persona a eventos estresantes, como una enfermedad crónica o un divorcio, y un historial de depresión en la familia pueden hacer que una persona tenga probabilidad de padecer depresión (p.18).

El tener diabetes no significa que automáticamente se sufra depresión; sin embargo, está comprobado que las personas diabéticas están más predispuestas a sentirse deprimidas que quienes no padecen de diabetes mellitus tipo 2, tomando en cuenta los factores psicológicos y físicos que se ven inmersos en dicha enfermedad crónica degenerativa, ya que estos generan una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos.

Lorente (2000) refiere luego de que se diagnostica la diabetes:

Se siente que el mundo se viene encima con todos sus cambios: ejercicio, dieta, exámenes médicos, que se debe controlar cada aspecto de la vida; lo que se come, a qué horas, en qué cantidad, el ejercicio que se hace, cómo se viaja, qué se debe hacer cuando se sale a cenar afuera, etc. Además, ahora que se padece la diabetes se tiene que establecer una relación muy cercana con el médico y se debe marcar en su calendario las fechas para las visitas de control. Las palabras glucosa, sangre, azúcar, dieta, carbohidratos, complicaciones, peso, rondan todo el tiempo en la cabeza. Además de todo, se estará preguntando “¿por qué yo?” Definitivamente, el tener diabetes no es algo fácil de asimilar (p.61).

Por consiguiente el proceso de aceptación de la enfermedad crónica degenerativa diabetes mellitus tipo 2 y las modificaciones en la vida cotidiana se ven inmersas en un cambio lento, difícil de aceptar muchas veces, no obstante se debe destacar que el costo de atender a los mexicanos con diabetes se incrementa cada año 317 millones de pesos y de no tomar medidas oportunas podría llevar a la bancarrota al sistema de salud del país en la próxima década contemplando que es una enfermedad crónica que va en aumento en la población mexicana.

En referencia a la mortalidad en el estado de Veracruz representada del año 2000 al 2010, la mayor tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 corresponde al

año 2009 con una tasa de 77.42, seguida del 2008 con una tasa de 73.40 y para el 2010 representa una tasa del 77.66, pero es notorio que del año 2006 a la fecha el número de casos de defunción por este padecimiento sigue en aumento en el estado de Veracruz y también en todo el mundo, según la Federación Internacional de la Diabetes (FID), dicho padecimiento es una de las principales causas de enfermedad y muerte prematuras en la mayoría de los países.

De acuerdo a Torrijos (2006) explica que dentro de la sociedad moderna, la diabetes se ha vuelto muy común ya que:

Se sabe que la diabetes es el exceso de azúcar o glucosa en la sangre, que los que la padecen por lo general preceden de familiares que la padecen; es muy fácil hablar, pero cuando alguien realmente tiene la pesadilla de sufrir esta enfermedad, siente que el mundo se le viene encima, no hay necesidad de buscar una razón, es muy fácil entenderlo; la diabetes mellitus es una enfermedad que la ciencia médica aun no ha encontrado una cura definitiva (p.5).

La persona que padece diabetes mellitus tipo 2, la tendrá toda su vida y además se enfrentará al riesgo de tener complicaciones y estas a sus veces y en ocasiones serán sencillas, pero que se pueden agravar si no son atendidas a tiempo para su control oportuno.

Cuando se es diagnosticado con diabetes es necesario acudir al médico y estar al pendiente del chequeo médico, para así evitar complicaciones futuras ya que el descuido del tratamiento puede generar la manifestación de alguna sintomatología depresiva en la paciente diabética.

1.2 Justificación

Dicha investigación es planteada con el fin de hacer notar el comportamiento e ideologías que presentan las mujeres que padecen diabetes mellitus tipo 2, que acuden a la clínica hospital regional de Platón Sánchez Veracruz; Dr. Rodolfo Ortiz

Cortes; y que a su vez pueden presentar síntomas depresivos debido a la enfermedad crónica degenerativa, principalmente cuando las féminas adultas incrementan sus niveles de glucosa provocando un descontrol en su salud física y psicológica.

Por lo consiguiente se beneficia a la población de mujeres de la región huasteca, al momento de identificar el cómo se da una cognición negativa sobre el tratamiento y cuidados que implica dicha afección; de igual forma se describirá el comportamiento que las féminas evocan cuando este puede desencadenar en sintomatología depresiva.

Así mismo se busca identificar los comportamientos de las mujeres con dicho padecimiento crónico y reconocer porque no cumplen con el régimen médico al consumir sus medicamentos *hipoglucemiantes* o bien inyectarse insulina según sea el caso; además de ello, una cuestión muy importante es el someterse al reglamento dietético, por lo consiguiente se describirá un adiestramiento asertivo respecto a su forma de vida actual, para así desencadenar en una vida saludable y en equilibrio; con habilidades sociales para evitar que se deje el tratamiento y que se evoquen los síntomas depresivos, fomentando el aprendizaje de vivir con la enfermedad aunado a un estilo de vida saludable para el beneficio propio.

Por último la perspectiva se reflejará en una sugerencia a la adherencia al tratamiento farmacológico y en la oportuna prevención sobre algún síntoma depresivo que la paciente con diabetes identifique basado en el contexto en el que se hace dicha investigación.

1.3 Descripción del problema

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad que aqueja a la población de la

huasteca veracruzana y que por lo consiguiente acude a recibir tratamiento y un seguimiento como tal en el hospital regional, sin embargo no siempre se logra hacer una adherencia terapéutica para que las pacientes que son diagnosticadas con este padecimiento se comprometan a seguir las instrucciones al pie de la letra; ya que el 60% de las féminas que llevan un tratamiento farmacológico lo dejan; y como resultado al no darse una conexión se llega a manifestar una sintomatología depresiva la cual afecta el estado anímico y el comportamiento de las pacientes, no obstante se manifiesta en el contexto en el que la paciente se desenvuelve reflejado en el área social, laboral, y principalmente familiar; llegando a provocar que desistan del tratamiento farmacológico, e incluso esto desencadena en un riesgo a un desgaste físico que en ocasiones puede ser irreversible.

1.4 Objetivo general

Investigar la influencia de la diabetes mellitus tipo 2 para el desencadenamiento de síntomas depresivos en mujeres adultas que acuden a recibir tratamiento en la clínica hospital Dr. Rodolfo Ortiz Cortes.

1.4.1 Objetivos específicos

- Investigar las particularidades primordiales de la depresión en mujeres adultas diabéticas.
- Identificar el cambio cognitivo-conductual que se va presentando al evocarse los síntomas depresivos en las mujeres adultas.
- Describir la importancia de una adherencia terapéutica entre la población femenina diabética y el profesional de la salud.

1.5 Planteamiento del problema

En la actualidad la diabetes mellitus tipo 2 es considerada una enfermedad contemporánea crónico-degenerativa, la cual aqueja un del 60% de la población femenina adulta que se encuentran en la región norte veracruzana, esta afección no discrimina contexto, posición económica o ideología, sin embargo se considera que las mujeres son las que más la manifiestan y que se evoca por una herencia genética así como por exteriorizar patrones de conducta presentados por el estilo de vida, los cuales se manifiestan por padecer dicha alteración e incluso antes de ser partícipes de la misma, ya que al tener que hacer una reestructuración cognitiva y conductual se presentan síntomas depresivos mientras se vive el proceso de asimilación y aceptación de la enfermedad que presentan.

1.6 Interrogante de la investigación

La presente investigación pretende responder el siguiente cuestionamiento:

¿Cómo influye en las mujeres adultas la diabetes mellitus tipo 2 para el desarrollo de sintomatología depresiva?

Capítulo II:
Marco Teórico

2.1 Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónico-degenerativa que afecta en la actualidad un alto índice de la población mundial, mexicana y por lo tanto veracruzana, por lo consiguiente esta puede ser definida como la elevación de los valores de glucosa en sangre por encima de los 120 mg por 100 ml de sangre.

Reynoso (2005) este padecimiento tiene tres datos importantes:

Estos son datos clínicos importantes tales como poliuria; necesidad de orinar de manera profusa, *polidipsia*; sed exagerada y beber demasiada agua, *polifagia*; tener hambre y comer en exceso, estos tres datos son evidencia del mal manejo de la glucosa en el organismo (p.90).

La glucosa se utiliza en todas las células del organismo; sin embargo en esta enfermedad existe un problema metabólico que consiste en el manejo de la glucosa por una deficiencia parcial de la hormona llamada *insulina*, esta se produce en el páncreas.

Olmo, Carrillo, Aguilera (2008) En condiciones normales, gracias a la insulina, la glucosa penetra con facilidad al interior de las células:

Cuando existe diabetes, la relación insulina-glucosa se altera y la facilita con la que ingresa esta última es menor; por lo tanto, las células del organismo mueren de hambre aunque, de manera paradójica, se encuentra literalmente nadando en altas concentraciones de glucosa presente en el espacio extracelular (p.97).

A medida de las concentraciones del azúcar se elevan cada vez más, se presentan altos los datos clínicos que influyen para que las células nerviosas se encuentren en la misma condición, es decir se necesita de la insulina para que se dé el proceso de difusión facilitada y la glucosa penetre en su interior y así lograr una estabilidad en la glucosa.

Reynoso et al. (2005) Refiere que el proceso de la insulina es de suma importancia sin embargo: “en sitios específicos del sistema nervioso central en el hipotálamo existen receptores o centros del hambre los cuales responden de acuerdo a la glucosa y es por lo que se experimenta hambre esto explica la polifagia” (p.91). Todo depende de las concentraciones de azúcar.

En el mismo *hipotálamo* se encuentran centros nerviosos que miden la *osmolaridad* de la sangre.

Olmo et al. (2008) Una forma de medir la densidad de la misma “Para entonces, las concentraciones de azúcar elevan la osmolaridad sanguínea; por tanto, la respuesta ante esta alza detectada por el hipotálamo consiste en beber agua suficiente con el propósito de recobrar el equilibrio, de allí que ocurre la polidipsia” (p.92). Es decir cuando las concentraciones de la glucosa se incrementan por encima de 160 miligramos.

El excedente empieza a ser eliminado mediante la acción de los riñones, mismos que inician mecanismos compensatorios con el único objetivo de desechar dichos sobrantes; así al eliminar una molécula de glucosa ésta va acompañado de una de agua, por tanto, se presenta el tercer síntoma, la poliuria.

Si las pacientes diabéticas son controladas por los médicos la enfermedad puede ser bien manejada y la forma de lograrlo es evitando temporalmente algunos alimentos vía oral y sustituyéndolos por cantidades conocidas de solución glucosa o administrando la hormona insulina en algunos casos y para las pacientes que requieran este tipo de tratamiento.

2.2 Diabetes en la mujer mexicana

La diabetes mellitus tipo 2 es la que constituye un grave problema de salud pública en el país; el 98% de los casos con diabetes mellitus tipo 2, son más frecuentes en el medio urbano (63%) que en el medio rural (37%), además de que es más común en mujeres que en hombres, dicho padecimiento está asociado con una alta tasa de mortalidad.

Bustamante (2006) Ocasiona complicaciones crónicas que deterioran la calidad y el tiempo de vida de aquellas personas que las padecen:

Los pacientes en México viven 20 años en promedio con la enfermedad, el padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años de edad, anualmente se registran 210 mil mujeres diabéticas y fallecen cerca de 36 mil, por cada mujer diabética que muere, se diagnostica 7 casos nuevos de la enfermedad (p. 5).

La diabetes es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas, es uno de los principales motivos de hospitalización ya que los pacientes con enfermedades crónicas tienen el doble de probabilidad de morir que la población general.

La edad, el sexo, grado de obesidad, raza, urbanización, ingreso familiar, número de integrantes en la familia, dieta habitual, antecedentes de migración por motivos laborales, antecedentes familiares y personales de diabetes mellitus, duración de la enfermedad, son las variables que se ven involucradas en la población mexicana tomando en cuenta que estas variables son en su mayoría situaciones comportamentales de su estilo de vida en la cual se ven inmersos las féminas diagnosticadas con esta enfermedad crónica así como sus familiares (pareja, hijos) y en muchos casos se generaliza el estilo de malos hábitos con quienes se convive.

Vázquez (1993) realizó un estudio en el país encontrando:

En la muestra tomada el 52% de los individuos entrevistados refirió el antecedente de un familiar con diabetes mellitus, años después se realizó el mismo estudio obteniendo como resultado un incremento al 59.5% padecían diabetes mellitus tenían antecedentes no familiares (p.6).

Por lo consiguiente se percibe que la población mexicana cada vez tiene mayos probabilidad de desencadenar dicho padecimiento pues más de la mitad de la población mexicana tiene un familiar diabético lo que aumenta la prevalencia de padecer dicha enfermedad.

2.3 Adultez media temprana

Es la etapa de la vida que va de los 40 años a los 65, la vida de los adultos empieza a sufrir ciertos cambios tales como alteraciones en la apariencia, en el funcionamiento sensorio motor y sistemático, así como en sus capacidades reproductivas sexuales.

Papalia (2009) refiere que el significado de la edad adulta intermedia básicamente varia con la salud, genero, los factores étnicos, la condición socioeconómica, la cultura:

Conforme la vida continua avanzando, se vuele más difícil hacer las generaciones acerca de los años de la edad adulta intermedia a causa de esto también es difícil decir cuándo empieza y cuando termina, todo esto debido a que los avances en la vida están ampliándose (p.517).

Por lo consiguiente el estar en esta etapa puede ser estresante y con frecuencia está llena de grandes responsabilidades, y roles que les exige dedicación, tiempo y esfuerzo, así que esta etapa de la vida es cuando suele mirarse hacia atrás y hacia adelante es decir hacia los años vividos y los que se está por vivir

considerándolo como una época para replantear metas y aspiraciones, así como aprovechar mejor el resto de su vida.

Coom (2009) menciona que el interés por guiar a las siguientes generaciones produce un equilibrio emocional en este periodo:

En él se expresa el aprecio por sí mismo, por los hijos y las generaciones futuras, en todo caso, los intereses y energías deben dirigirse al exterior e interior e incluir el bienestar de otros y de la sociedad en general (p.137).

Si logran lo cometido se encontrarán en un estado óptimo sin embargo si no se logra lo cometido o no se encuentran en total satisfacción producirá estados anímicos anormales.

2.4 Desarrollo físico

La mayoría de las personas en edad adulta son bastante realistas para aceptar los cambios que experimentan su apariencia, el funcionamiento sensorial motor y sistemático; también la capacidad sexual y reproductora.

Papalia et al. (2009) sin embargo también se presentan otro tipo de cuestiones:

Como problemas visuales como la *presbiopía* (incapacidad para ver de cerca) y la miopía (ser corto de vista) y auditivos como la *presbiacusia*, empieza a declinar la sensibilidad al gusto, olfato, tacto y dolor menos tolerable; disminuye la fuerza y la coordinación, por lo que la destreza manual es ineficiente (p.527).

Dichos síntomas se ven evocados en todos los adultos sin embargo es preciso mencionar que en algunos es más tardío, dependiendo del estilo de vida en el que se halla visto inmerso con anterioridad, tomando en cuenta todo tipo de hábitos, y contexto, así como ocupación ya que todos estos elementos influyen para la

evocación de los síntomas antes mencionados.

En general también se ve inmersa la sensibilidad del gusto y el olfato empieza a declinar en la edad madura especialmente a aquellos que consumen medicamentos o siguen un tratamiento médico.

Coom et al. (2009) diversos factores se ven inmersos en esta etapa de la vida:

La fortaleza y la coordinación disminuye de manera gradual después de alcanzar su máximo a los 20 años, el tiempo de reacción simple, que implica una respuesta única a un estímulo único, información que deba procesarse y la clase de respuesta requerida (p.138).

En general la salud se ve afectada por diversos factores como posición socioeconómica, tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas y poco ejercicio físico, el origen étnico y el género, una influencia importante es el estrés, cuyos efectos acumulativos sobre la salud física y mental a menudo aparecen en la edad madura.

En dicha edad es cuando se presenta un mayor riesgo para padecer y desencadenar enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes, obesidad, nivel alto de colesterol.

2.5 Estilo de vida

El estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud; en los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades, dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

Reynoso et al. (2005) que en la actualidad y con la modernización el estilo de vida ha cambiado:

Los individuos han provocado la disminución de actividad física; ya que las personas en la actualidad utilizan el automóvil para ir de compras o cualquier cosa que necesiten en la tienda de la esquina, e incluso en casa no se levantan ni para cambiar el canal del televisor, la disminución de la actividad física se encuentra íntimamente relacionada con la salud, ya que las enfermedades se han vinculado con el estilo de vida de los individuos, porque la forma en que uno vive determinará el modo en el que ha de morir (p.115).

La actividad física cotidiana y mantener una buena condición ofrecen beneficios a la salud, ya que esto reduce la probabilidad de aparición de diabetes mellitus tipo 2, así como la disminución de muerte temprana, e incluso si es que se llega a padecer la diabetes se deben controlar estos factores conductuales de riesgo, tales como evitar mantenerse obeso, así como el consumo y abuso del tabaco y alcohol.

Coon et al. (2009) para prevenir que la enfermedad crónica degenerativa aparezca o que se presenten complicaciones cuando ya se tiene es necesario:

Si se lleva una dieta rica en grasas y colesterol, a lo largo de la vida irán acumulándose placas que *obturarán* las arterias y matarán al corazón; los factores de riesgo marcan la diferencia, y peor aún los estilos de vida enfermizos casi siempre generan riesgos múltiples (p.548).

Se requiere fomentar que las féminas cultiven más hábitos saludables, todo tipo de conductas y pensamientos que favorezcan su salud que van desde hacer ejercicio regularmente, eliminar el tabaco y alcohol, mantener una dieta balanceada, manejar el estrés y si se padece la diabetes aprender a vivir con ella.

El estilo de vida en las mujeres diabéticas saludable se alcanza cuando se tiene conciencia de sí mismo, de la gravedad de la enfermedad, ya que se requiere

una educación control y voluntad para mantenerse firme en la dieta y ejercitar el cuerpo, tomar el medicamento en los horarios establecidos para que el tratamiento resulte eficaz.

Torrijos (2006) menciona que “los diabéticos son los únicos que pueden seguir el régimen a pie de la letra, sus familiares y su médico, lo único que pueden hacer es asesorarlo y apoyarlo; lo demás depende del diabético mismo” (p.14). Sin la disposición del sujeto con la enfermedad crónica el tratamiento no dará buenos resultados.

Las personas con diabetes mellitus tipo 2, deben consumir alimentos variados para obtener las vitaminas y minerales que necesitan.

Miranda (2009) refiere que se puede tener un consumo de grasas y dulces:

Se puede comer dulces de vez en cuando, paletas de hielo sin azúcar, refrescos dietéticos, helado o yogurth congelado sin grasa, o chocolate sin azúcar, es necesario no mantener dulces en casa ni trabajo, cuando se coma fuera de casa, se debe pedir porciones pequeñas (p.58).

Es necesario trabajar estrechamente con el médico para conocer cuántas grasas, proteínas y carbohidratos se necesitan en la dieta. Las personas con diabetes mellitus tipo 2 deben seguir una dieta balanceada y baja en grasas.

Los principales claves son:

- Lograr un control del peso a través de la reducción de las calorías.
- Individualizar las pautas para los carbohidratos.
- Reducir la ingesta de grasa en la dieta. (grasas saturadas).

En la diabetes mellitus tipo 2, el objetivo principal está en el manejo de peso,

debido a que del 80% al 90% de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso, un plan de comidas, con reducción de calorías, incluso distribución de carbohidratos, y reemplazo de algunos de ellos con grasas mono insaturadas saludables ayudan a mejorar los niveles de *glucemia*.

Romero (2009) una buena alimentación acompañada de un mejor estilo de vida hacen la diferencia:

En muchos casos la pérdida moderada de peso y el incremento de la actividad física pueden controlar la diabetes tipo 2; en otros casos, las personas con diabetes deben tomar medicamentos orales o insulina además de los cambios en el estilo de vida (p.63).

Para poder fomentar que el individuo con diabetes se haga responsable de su salud y que esto provoque que aprenda a vivir con la enfermedad es necesario hacer cambios importantes en su estilo de vida, así este estará asegurando una vida más óptima.

2.5.1 Conductas saludables

La conducta saludable se lleva a cabo por la persona para mantener, lograr, o recuperar la salud y para prevenir la enfermedad, la conducta saludable refleja la opinión de cada persona sobre la salud, algunas conductas de salud comunes son prácticas de ejercicio de forma regular, hacer una dieta equilibrada.

González (1991) Para fomentar una buena salud es necesario cultivarla:

Las conductas corresponden a las acciones de cada día como sonreír, hacer ejercicio, trabajar, relajarse, estas son partes decisivas en el cultivo de la salud aunado a los pensamientos positivos y optimistas, resulta imprescindible descender al terreno de los hechos, hace falta la acción (p.69).

Al mismo tiempo que se logra implementar los comportamientos saludables se

fomenta una reestructuración cognitiva, misma que ayudará a las féminas a mantener una *homeostasis* en su vida, al evocar pensamientos positivos que favorezcan la salud propia de las mujeres que padecen diabetes mellitus tipo 2.

Las conductas saludables reducen la mortalidad en las personas con y sin diabetes, la efectividad de las conductas propias ayuda a retrasar la mortalidad en las mujeres diabéticas adultas. González (1991) “cuando se logra la congruencia interna, entonces sí aparece el resultado a nivel de comportamiento” (p.70). Manifestándose en una mejor salud.

2.6 Intervención cognitivo-conductual en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Existen diversas formas para dar tratamiento al paciente diabético dependiendo del tiempo de evolución y el manejo que se ha tenido sobre el padecimiento de una nueva enfermedad que lo acompañara toda la vida, de las condiciones generales del mismo y de la evaluación conductual que previamente debe realizarse.

Se ven inmersas varias condiciones y una de ellas mencionada por Reynoso et al. (2005) estas condiciones ayudarán a obtener mejores resultados:

El paciente deberá adherirse al régimen terapéutico que se le prescriba, en el caso de la diabetes como enfermedad crónica el paciente deberá tomar sus medicamentos hipoglucemiantes o bien inyectarse insulina; además de ello, una cuestión importante es la adherencia al régimen dietético (p.93).

Muchas mujeres diabéticas podrían estar en mejores condiciones al seguir el régimen dietético, hacer ejercicio, cortarse las uñas con cuidado es decir, tener un mejor estilo de vida, el cual evitaría un deterioro físico y emocional para evitar que se

evoquen síntomas depresivos.

Sin embargo se ven inmersos otro tipo de situaciones en las mujeres que son amas de casa, puesto que su estilo de vida es diferente; ya que se enfrentan a realizar los alimentos cotidianos de la familia en los cuales muchas veces se ve inmerso altos porcentajes de grasa y esto provoca que no se adhiera al régimen que como diabética debe llevar por el estilo de vida en el que se ven sumergidas en el núcleo familiar.

Por ello Reynoso et al. (2005) considera que la evaluación conductual muestra que se debe trabajar con cada fémina con dicho padecimiento:

Se requiere trabajar con aspectos de asertividad y habilidades sociales para aprender a decir no, la diabetes genera estrés; el cual complica la enfermedad, el diabético es vulnerable a estrés crónico y por lo tanto intentará ajustarse en medida a la terapia medicamentosa, sigue parcialmente su dieta y genera falsas expectativas respecto al control de su enfermedad, por lo que acude a la consulta médica, previa realización de estudios de glucosa sanguínea, espera encontrarse bajo control y dentro de cifras normales; de modo que cuando el médico le da la noticia de que sus concentraciones de glucosa se encuentran elevadas, es común que muestre signos de depresión (p.94).

Ya que la paciente concluye que los esfuerzos realizados han sido infructuosos, y en muchos casos se abandona el tratamiento y se presentan recaídas, de esta forma se considera que la depresión en un problema cíclico en este tipo de pacientes.

Sin embargo Hernández (2007) menciona varios puntos importantes para generar un buen estilo de vida:

En el tratamiento médico, nutricional, el ejercicio y la educación son las únicas alternativas para el tratamiento del paciente diabético, actualmente la psicología de la salud ha incorporado una serie de estrategias e intervenciones psicológicas para el

tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas (p.58).

Por su puesto las intervenciones varían dependiendo del enfoque o corriente psicológico no obstante cabe recalcar que como alternativa la intervención cognitiva ha tenido una aceptación cada vez mejor al hacer cambiar en su forma de percibir, pensar, sentir y actuar, las pacientes lograrán por su intermedio una concepción diferente de sí mismas, de su enfermedad y de su entorno social.

2.7 Reestructuración cognitiva

Esta técnica consta de cinco elementos que son los siguientes:

- Reconocimiento de la sensación de malestar.
- Discriminar los eventos privados.
- Evaluar las bases lógicas y función adaptativa.
- Presentar alternativas.
- Premiarse (o pensar en premiarse).

El primer paso para comprender la utilidad de esta técnica es reconocer la importancia que tiene aquello que se piensa en las emociones y en la manera de actuar; las personas tienden a interpretar de forma diferente una situación conflictiva, estas variaciones dependen de factores individuales como las experiencias anteriores, los propios miedos, las expectativas personales. Es decir se toma en consideración las vivencias, y la forma de asimilarlas y percibir las así como las ideologías de los pacientes para llevar a cabo los puntos mencionados siempre llegando a un resultado favorable, con una reestructuración cognitiva para el

mejoramiento de la vida del involucrado.

Reynoso et al. (2005) Refiere que la primera etapa consiste:

En que el paciente y el psicólogo trabajen hacia el reconocimiento de las sensaciones de malestar; una vez reconocidas éstas, la discusión lógica se centra hacia la discriminación de los eventos privados del paciente, con el propósito de evaluar las bases lógicas y buscar entonces las alternativas de solución, siempre en términos de una discusión socrática guiada por el terapéutica, con el propósito de que el paciente encuentre las alternativas de solución, las ponga en práctica y se premie por ello, si es que los resultados son los esperados (p.68).

Es decir las maneras diferentes de ver una situación a sentir diferentes emociones tales como el miedo, seguridad, por mencionar algunas, ya que las formas de comportarse ante la situación también varían, en definitiva la forma en que se interpreta una situación influye de forma determinante sobre cómo se vive por lo tanto sobre el estrés y la ansiedad que se padece, sin embargo con la implementación de esta técnica se genera o retarda que aparezca una sintomatología depresiva.

2.8 Depresión

Por depresión se entiende síndrome o agrupación de síntomas en la cual se ven inmersas los sentimientos o emociones tales como la tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación de impotencia, así como síntomas de tipo cognitivo e incluso somático, ya que cuando se habla de depresión se considera que se encuentra en un estado emotivo de la actividad psicofísica baja que puede considerarse como anormal e incluso patológico.

Según Sturgeon (1987) la depresión es un trastorno del sistema nervioso central.

El sistema nervioso central en esa parte del cuerpo que, junto con las *glándulas endocrinas*, produce casi todas las sustancias químicas que nos hacen dormir y sentir hambre, que regulan nuestros impulsos sexuales y nuestro apetito, permiten, sobre todo, que nuestro cerebro funcione, que nos permita, pensar y razonar (p.25).

Muchos síntomas son claramente apreciables en la práctica clínica tomando en consideración datos sobre la historia personal de los sujetos, así como los antecedentes afectivos para poder indagar en la principal causa de la manifestación del deterioro del estado de ánimo.

Lammoglia (1995) en la depresión, la causa sea lo que fuere lo que acabe identificándose como causa:

Crea un desequilibrio de las sustancias químicas del sistema nervioso central, las hormonas más concretamente afectadas son las que utilizan en la función cerebral; por la razón que sea, se producen muchas más o muchas menos de las hormonas necesarias, los síntomas son evidentes de este desequilibrio se manifiestan en el sector del pensamiento y la conducta, por lo que se presta escasa atención a los síntomas físicos de la depresión (p.96).

La mayoría de los sujetos que sufren una depresión tienen o han tenido problemas emocionales, sin embargo en la población que se indaga el principal desencadenante para emitir comportamientos y pensamientos de estado anímico anormal es generado por el padecimiento de la diabetes mellitus tipo 2, considerando que el riesgo para las mujeres con diabetes tienen una prevaencia más alta de padecer depresión que los mismos varones con diabetes.

Sheay (2009) refiere que la diabetes mellitus tipo 2, es una preocupación crítica:

Para las personas con diabetes, la coexistencia de estas enfermedades (diabetes y depresión), suele generar un mal control glucémico y dificultad para mantener y seguir un plan de control diabético; la depresión de no tratarse lleva a todas las personas con diabetes a correr un mayor riesgo de complicaciones que podrán prevenirse (p.8).

Es por eso que la población que presenta diabetes es más vulnerable al manifestar síntomas depresivos a una persona que no padece dicha enfermedad crónica.

2.9 Factores biológicos de la depresión

No existe una sola causa de la depresión, se tiene la idea de que la causa de la depresión generalmente incluye una combinación de factores genéticos, y psicológicos.

Kaplan (1987) explica que los factores genéticos son:

Las posibles vinculaciones entre el cromosoma X y la enfermedad, el estudio directo de los rasgos ligados a X, sugiere que el trastorno afectivo se transmite por un gen denominante ligado a X. Los trabajos recientes muestran la transmisión padre a hijo de anomalías del transporte de la membrana de litio en los glóbulos rojos (p.249).

Considerando las investigaciones se ha identificado en la depresión ciertos trastornos biológicos del cerebro, de forma que las personas (mujeres) deprimidas podrían tener algún problema con las sustancias químicas en el cerebro; la *norepinefrina*, la *serotonina* y la *dopamina* son tres sustancias químicas cerebrales que les llama neurotransmisores y que permiten que las neuronas o células cerebrales se comuniquen entre sí, cuando hay poca cantidad de estas sustancias necesarias en el cerebro, se podría presentar la depresión.

Kaplan et al. (1987) además de los factores genéticos de la transmisión, otros factores biológicos pueden ser significativos:

Estos factores incluyen las alteraciones electrolíticas, especialmente de sodio y potasio; las alteraciones neurofisiológicas basadas en los hallazgos de los estudios *electrofisiológicos* que utilizan método *electroencefalográficos* y de potenciales evocados; anomalías neuroendocrinas, incluidos los cambios hipotalámicos,

hipofisarios, de la corteza suprarrenal, del tiroides en los neurotransmisores, sobre todo en las *aminas biogénicas*, que sirven como neurotransmisores en el sistema nervioso central y periférico (p.250).

La depresión es una entidad muy heterogénea, que está conformada por un conjunto de cuadros muy distintos, que no sólo es importante la precisión diagnóstica desde la clínica sino que todos los estudios biológicos apuntan precisamente a mecanismos biológicos o patógenos, por lo consiguiente es muy importante tener en consideración los aspectos antes mencionados para así identificar las causas de la depresión ya que también se pueden ver inmersos otros factores meramente fuera de lo genético.

Varios estudios sugieren la presencia de factores biológicos; Lara, Luna, Acevedo, (2009):

Una hipótesis alternativa plantea que tener un familiar con un trastorno afectivo puede causar una secuela negativa debido, no sólo a los factores genéticos, sino al impacto de una infancia más turbulenta, al aumento del estrés y al menor apoyo social por parte del adulto afectado (p.21).

Se ven inmersos para el desencadenamiento de una alteración en el estado de ánimo el contexto así como las normas e ideologías establecidas en el lugar donde se desenvuelve y estas aún se ven más afectadas si se convive con un sujeto depresivo que no ha tenido un tratamiento oportuno.

2.10 Factores psicosociales de la depresión

En general se considera que los sucesos de la vida desempeñan un papel importante en la etiología de la depresión, se enfatiza el papel de los procesos teóricos cognitivos en la génesis de la depresión; que parten de una concepción de la persona como un ser racional que procesa de forma consciente y voluntaria, es decir

la información es interpretada a través de la base de la construcción de las creencias de cada fémina.

Algunos clínicos refieren que hay relación entre las anécdotas importantes y la depresión. Kaplan et al. (1987) menciona: “algunos clínicos creen, que los sucesos vitales tienen el principal papel de los sucesos de la vida al de factores contribuyentes al comienzo y pauta temporal del episodio agudo” (p.252).

Se habla de factores referidos al entorno y la capacidad de la población femenil al momento de efectuar sus comportamientos dependiendo de las demandas del entorno, es decir los factores psicosociales se pueden ver inmersos en el desencadenamiento de la depresión aunque es común que se den de forma íntegra con los factores biológicos.

Según Lara et al. (2009) los factores sociales se ven inmersos:

La urbanización, la pobreza y los cambios tecnológicos, se han asociado con el desarrollo de trastornos mentales y conductuales; sin embargo, los efectos en la salud mental no son iguales para todos los segmentos de la sociedad, un modelo propuesto por la OMS, destaca en un sentido amplio, la pobreza se refiere a la carencia de recursos sociales (empleo, vivienda) y educativos, las personas pobres y con grandes carencias tienen las más altas prevalencias de trastornos mentales y conductuales (p.23).

Tomando en cuenta que esta población con carencias económica, educativas son las que no tienen acceso a recibir una atención oportuna reflexionando que en diversas ocasiones estas no saben el padecimiento que enfrenta por lo consiguiente no acuden a una unidad especializada.

2.11 Sintomatología depresiva en mujeres

La vida emocional está llena de altas y bajas, sin embargo cuando los tiempos

"bajos" son de larga duración o interfieren con la habilidad para funcionar se puede estar sufriendo de una enfermedad común; como la depresión, esta afecta el humor, la mente, el cuerpo, y el comportamiento, el tratamiento puede aliviar los síntomas en más del 80% de los casos, contrariamente de que muchas veces no es reconocida la depresión sigue causando que muchas mujeres la padezcan innecesariamente.

Preston (2002) se basó en investigaciones acerca de los estereotipos de género y prevalencia en México en donde se encuentran los siguientes resultados:

Se encontró una alta presencia de síntomas depresivos por encima de los estándares comparativos nacionales, se estimó que el motivo principal podía ser la crisis económica recurrente, además de la situación estresante de las mujeres, quienes tienen en casa un hijo menor a seis años (p.36).

Resalta la sintomatología depresiva más en las amas de casa que las mujeres con trabajo extra doméstico puesto que la depresión es una enfermedad persistente y debilitante que afecta a mujeres y hombres, sin embargo las féminas experimentan en una tasa casi lo doble que los varones aunado más aún si estas féminas que se dedican a el hogar padecen alguna enfermedad crónica degenerativa.

Lammoglia (1995) observo en las mujeres una necesidad de ayuda para resolver sus problemas emocionales:

Las mujeres tienen mayor probabilidad de experimentar un primer episodio depresivo, de presentar un mayor número de síntomas y malestar asociado con los mismos; además de presentar mayor *comorbilidad*, la cual se manifiesta en las mujeres en forma de ansiedad y trastornos en la alimentación (p.96).

Por lo regular las mujeres no son atendidas de manera adecuada, esto se da por qué no se conocen los principales aspectos de dicho padecimiento, estas características son las siguientes:

- Desconocimiento de síntomas depresivos.
- Desconocimiento de a qué profesional se debe consultar.
- En caso de saberlo no tenían información de opciones serias de atención a su problemática que no consistiera únicamente en recibir una ayuda con tratamiento farmacológico e incluso minimizar la problemática en torno a la depresión.
- No contar con seguridad social o escasas de recursos económicos para obtener atención privada o, en su caso para trasladarse desde su casa hasta algún centro de atención.
- Falta de redes de apoyo para que alguien cuide a sus hijos mientras ellas acuden a consulta.
- Poca disponibilidad de tiempo.

Es preciso mencionar que las mujeres que son parte de una familia siempre se van a preocupar por la salud de los suyos, es decir darán el primer lugar a los hijos, después a los abuelos, al esposo y por último a ellas.

Las mujeres suelen expresar mayor enojo y manifiestan síntomas somáticos, poca energía, afectación en su calidad de sueño y la falta de éste, palpitaciones, mayor emotividad, llanto y, en general daño en su salud.

2.12 Síntomas de la depresión y diagnóstico diferencial

Para realizar un diagnóstico diferencial exitoso, se identifican los siguientes síntomas de la depresión, retomados del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). El diagnóstico diferencial exige la presencia de por lo menos cinco

de los nueve síntomas, al menos durante dos semanas seguidas; algunos de estos síntomas son sentimientos de tristeza, desgano o bien, la pérdida de interés, alteraciones del sueño y pensamientos negativos.

(Francés, Pinus, First citado en Lara et al. 1994, p.20). En el manual:

1. Sentimientos de tristeza, desgano y vacío.
2. Pérdida de interés en las actividades más placenteras para la persona (como la actividad sexual, por ejemplo).
3. Trastornos de alimentación, desde la pérdida del apetito hasta comer en exceso, con las variaciones de peso correspondientes.
4. Trastornos del sueño, que incluyen insomnio, problemas para permanecer dormido, despertar muchas veces, no poder conciliar el sueño o dormir demasiado.
5. Moverse de manera lenta, sentir el cuerpo pesado, tener sentimientos de intranquilidad.
6. Apatía, fatiga y falta de energía.
7. Pensamientos de culpa, impotencia e inutilidad.
8. Falta de concentración, problemas de memoria y dificultad en la toma de decisiones.
9. Constantes ideas acerca de la muerte y el suicidio.

El reconocimiento de los diferentes niveles de la depresión es muy importante, ya que de la identificación oportuna de la sintomatología en la persona, o en quienes se relacionan con ésta, como padres, maestros, orientadores vocacionales,

psicólogos, se podrá hacer una intervención oportuna.

Cuando se da una canalización temprana de una depresión clínica se obtienen los siguientes beneficios; Preston et al. (2002) refieren que son evitar más trastornos discapacitantes, permitir el análisis de los orígenes de la depresión, coadyuvar para la resolución de la problemática en curso, disminuir los costos de sufrimiento personal, social (p.57).

En si la atención oportuna se ve inmersa en la cultura que se tiene sobre la depresión, el eliminar mitos sobre la enfermedad y el estar informado sobre las características para saber identificarla y poder actuar a tiempo.

2.13 Como identificar la depresión

La realidad es compleja; tanto que existen muy pocos *axiomas* básicos que resuman todo lo esencial sobre algún tema. Sturgeon et al. (1981) alude: “el depresivo necesita ayuda cuando la enfermedad interfiere en la capacidad de trabajar, amar y disfrutar de la vida” (p.93). La diferencia entre una condición leve y una depresión grave que incapacita es sólo gradual.

Un caso de depresión leve puede prolongarse toda la vida sin que alguien, ni siquiera el depresivo, sospeche que algo funciona mal, no obstante su rendimiento es bajo, suelen ser mujeres dotadas que nunca alcanzarán algún triunfo satisfactorio ya que se la pasan evitando ese impulso extra que sirve para lograr el éxito.

Por lo tanto estas depresiones leves son más difíciles de localizar, sobre todo porque los afectados jamás sospechan su presencia.

Díaz (2012) refiere que hay característica de duración que se presentan, además hay síntoma que ayuda a detectar la depresión.

La falta de interés o la incapacidad de placer al realizar cualquier actividad, debido a que la tristeza posee muy poca duración y su intensidad disminuye a medida que pasa el tiempo, la motivación o el placer fácilmente toman el lugar de la tristeza, por lo que esta no llega a entorpecer las actividades del individuo (p.01).

Otros síntomas que ayudan a identificar la depresión como enfermedad son:

- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
- Pérdida o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Ideas suicidas recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Es importante mencionar que la depresión es una enfermedad que aqueja a más sujetos. Díaz et al. (2012) indica que cada vez son las cifras más alarmantes: “al afirmar que uno de cinco mexicanos padece depresión, pero sólo uno de diez se atiende, lo que ocasiona que el país albergue al 17% de todos los depresivos a nivel mundial” (p.01). Según describe la Organización Mundial de la Salud la depresión es un trastorno mental frecuente en la actualidad considerada como una enfermedad contemporánea.

Lo consecuente, es acudir con un especialista, quien realizará pruebas sencillas para diagnosticar o descartar e identificar, así como hacer énfasis en el grado de depresión existente.

Así mismo acudir con algún profesional de la salud ayudará a identificar el grado de la situación.

Sturgeon et al. (1981) infiere la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente:

Como la dificultad sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria, si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero en su forma más grave, puede conducir al suicidio, por lo que será importante atenderse médicamente y recibir psicoterapia profesional para evitar situaciones peligrosas y prevenir futuras repercusiones en las áreas en las que el sujeto interactúa (p.97).

Si se pone atención a las pequeñas manifestaciones depresivas que se evocan, será más fácil actuar a tiempo; para poder diseñar un tratamiento de acuerdo a la necesidad del sujeto en cuestión.

2.14 Cultura y depresión

Para la conceptualización de los trastornos mentales, la depresión es actualmente una de las problemáticas de mayor relevancia dentro del ámbito clínico, ya sea por la gran cantidad de consultas que se realizan por esta dolencia como por las consecuencias sociales y económicas asociadas a la misma.

Lorente (2000) hace referencia a la universalización del hecho depresivo:

Afecta a todas las clases sociales y a todas las culturas, está causada la depresión por la prisa, el estrés, en una palabra, por el estilo de vida que caracteriza a el hombre moderno; sin embargo se especula en si se padece en igual proporción la depresión el hombre urbano que el hombre rural o si incide la enfermedad con la

misma intensidad en todas las cultura (p.108).

La depresión es una psicopatología con una marcada prevalencia creciente y continua siendo más frecuente entre las mujeres, por consiguiente la etiología de dicha enfermedad se asocia a una gran variedad de factores que no pueden deslindarse de los contextos sociales en que ocurre principalmente en la región huasteca veracruzana.

Ya que la cultura incluye el medio ambiente físico, pero más pertinentemente ese ambiente intersubjetivo, y también se ve inmerso el conjunto de valores, normas y creencias incluso de mitos, prejuicios y estas a su vez envuelve a los sujetos modificando comportamientos que se van reestructurando de generación en generación.

Así, por ejemplo una revisión de la confusión contemporánea, es que además el hábitat que cubre al hombre no es fácilmente identificable ni cuantificable. (Kendell, citado en Lorente, 2000, p.110).

2.15 Estructura familiar y depresión

La estructura familiar y sus implicaciones en dicha enfermedad del estado anímico se ve inmersa en la respuesta de las féminas diabéticas, ya que como función de la dinámica familiar es como se verán evocados los síntomas en el paciente, tomando en cuenta desde las actitudes de todos los integrantes del grupo familiar tales como la sobreprotección hacia algún miembro, la independencia o dependencia, así como la calidad de tiempo dedicado; incluso los reforzadores y castigo empleados en dicha colectividad, e incluso se ve sumergido la tolerancia y frustración, los estilos

cognitivos, todos estos datos están implicados en el hecho depresivo.

Lorente et al. (1985) refiere la importancia de la familia en la génesis de la depresión:

La cohesión social, especialmente en la naturalidad que es la familia puede tener también un papel relevante por cuanto las coordenadas axiológicas son inciertas, las tradiciones se desvanecen muy rápidamente, la trabazón de los familiares es casi inexistente y apenas si existe un modelo comportamental a imitar por el escaso tiempo de convivencia entre padres e hijos (p.145).

En la actualidad por falta de tiempo las familias ya no conviven y cuando lo hacen no lo hacen de la forma correcta, es decir no se conocen ni se manejan a través de estrategias asertivas por lo consiguiente estos comportamientos o falsas creencias fomentan que el paciente se deprima aún más.

2.16 Un estilo de vida terapéutico

Ya se dio a conocer los aspectos más importantes y terribles de la depresión: primero, que es una enfermedad que no discrimina sexo, clase social, cultura, y segundo; que no existe inmunidad contra ella; ya que cada episodio hace más probable incluso la recaída, es una perspectiva sombría, pero hay un medio de superar estos factores y protegerse contra la enfermedad.

Sturgeon et al. (1981) se basa en la importancia de impedir que el individuo se hunda en la enfermedad o la contraiga por transmisión de otro:

Es imperativo que todo depresivo y todo depresivo potencial conozca un sistema de autoprotección, no hay vacuna posible contra la depresión; un episodio puede desaparecer, produciéndose una completa recuperación y luego, años después, repetirse la enfermedad, destrozando al individuo e inculcándole un miedo para toda la vida (p.251).

En si varias personas que padecen esta enfermedad tienen temor cada vez

que se percatan que presentan alguna sintomatología depresiva, pese a la asesoría que se ha vertido en la terapia, la razón de este miedo será muy difícil desaparecerlo, la depresión es una enfermedad en la que debe ser el paciente el que ponga mucha disposición para obtener resultados favorables, ya que es una enfermedad en la que el paciente puede y debe impedir una repetición.

Aunque los psicólogos y amigos puedan sugerir diversos métodos y dar apoyo moral. Wan (2012) el depresivo y también el no depresivo que desea no caer en la depresión, debe llevar un estilo de vida terapéutico (p.10). El cual debe fomentar un equilibrio al alcanzar una adherencia terapéutica.

El estilo de vida de los pacientes influye mucho en el cómo enfrentar los episodios depresivos, soltar la depresión antes de que empiece a hundirse es la clave para eliminar un episodio depresivo pleno.

Sturgeon et al. (1981) “sólo un estilo de vida terapéutico enseñará a percibir cuándo aparece un síntoma, sólo esa identificación permitirá soltar los síntomas de modo que el episodio se elimine o, al menos, se minimice.”(p.22). Algunos hábitos personales siempre influirán en el cómo se desencadena una enfermedad, por lo tanto estos hábitos son los que hacen vulnerables a los sujetos. En su mayoría se tienen malos hábitos cognitivos y comportamentales que influyen en la salud.

Wan et al. (2012) deduce que las personas identifican de una forma más fácil los malos hábitos físicos:

Pero no existe campaña nacional contra los malos hábitos mentales los que le hacen a uno propenso a la depresión, o crean barreras que impiden hacer lo que queremos en la vida, estos malos hábitos mentales pueden curarse con terapia (p.11).

Hay diversos tipos de terapia psicológica, todos estos proponen ayudar a los pacientes a cambiar su estilo de vida para erradicar la evocación de los síntomas depresivos, todas las terapias que existen tienen el mismo objetivo que consiste en encontrar la solución.

Todo individuo debe comprender, si quiere disfrutar de su salud emotiva, en qué estado mental funciona mejor, y qué tipo de conducta le permite vivir una vida armónica, feliz y pacífica mentalmente.

2.17 El Modelo cognitivo-conductual en la depresión

En la actualidad la psicología del aprendizaje se ha ocupado también de la depresión al igual que la psicología cognitiva. La terapia Cognitiva-Conductual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos, para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos.

Compas (2003) luchar con la depresión es luchar sobre el concepto que se tiene de sí mismo, su mundo y su futuro:

Cambiar esas formas negativas de pensamiento es un aspecto central de uno de los medios más efectivos en el tratamiento de la depresión: la terapia cognitiva, surgió y se usa junto con otra forma importante de terapia psicológica, la terapia conductual (p.368).

Los fundamentos de ambos modelos hacen que las terapias puedan erradicar los pensamientos y comportamientos que se ven desencadenados por la depresión se esfumen en una terapia breve en sesiones, ya que las emociones se aprenden por lo tanto se pueden desaprender lo que evocara nuevos comportamientos para

tener un nuevo estilo de vida.

Bernstein (1988) Esfuerzos avanzados en el estudio de la conducta, vienen de tiempo atrás:

Desde la década de 1920, Pávlov y Watson demostraron el poder del condicionamiento para efectuar la conducta, se observó un incremento estable en el uso de procedimientos usados en el aprendizaje desarrollados para reducir los niveles de incomodidad emocional de los pacientes y eliminar sus conductas inapropiadas (P.394)

La mayor parte de las conductas anormales son susceptibles de modificación mediante la aplicación de los principios del aprendizaje, por los cuales las conductas inadaptadas aprendidas nuevas se desaprenden y reemplazan con conductas nuevas y más adaptadas.

Con las estrategias y técnicas cognitivas conductuales se concentra en gran medida en ofrecer experiencias de aprendizaje diseñadas para cambiar las conductas inadaptadas del paciente.

Compas et al. (2003) una meta importante de esta terapia es reducir o eliminar las conductas problema del paciente:

Incrementar la frecuencia de conductas más adaptadas; el acento colocado en las conductas manifiestas, en lugar de los conflictos intrapsíquicos más vagamente definidos, significa que las metas de la terapia conductual, por lo general, serán claras y específicas (p.373).

La terapia conductual trabaja de manera activa y en colaboración con el paciente en la planeación de las metas de la terapia y en la ejecución de los procedimientos diseñados para alcanzar esas metas.

Bernstein et al. (1988) “los terapeutas conductuales disponen de una amplia variedad de técnicas para enseñar o incrementar las conductas adaptadas y eliminar

las conductas desadaptadas” (p.397). Debido al gran número de técnicas es usada en la actualidad para eliminar comportamientos desencadenados por la depresión.

Es importante primero identificar y hacer la modificación de pensamientos o cogniciones distorsionados, con la creencia de que esos cambios llevarán a una reducción en los síntomas del malestar.

Algunas de las técnicas que se emplean actualmente para erradicar los síntomas depresivos son:

- Imaginación guiada: Herramienta útil para lograr un mayor control de las emociones y de los procesos internos, para efectuar cambios en la conducta.
- Entrenamiento asertivo: Se basa en la conducta interpersonal que implica la expresión honesta de los sentimientos.
- Modelamiento: Esta técnica permite enseñar al paciente una manera de facilitar el aprendizaje de conductas adaptativas, también es un método importante para enseñar diferentes habilidades que ayuden a manejar más efectivamente las demandas propias de una enfermedad crónica.
- Contrato conductual: Estrategia que se utiliza para cambiar conductas problemáticas, en el cual se ven tres personas involucradas en el desarrollo del mismo: paciente, psicólogo, y una persona que funja como mediador.
- Reestructuración cognitiva: Se trabaja en el reconocimiento de las sensaciones de malestar, una vez reconocidas estas, la discusión

lógica se centra hacia la discriminación de los eventos privados del paciente.

2.18 Modelos psicológicos de la depresión

Cada modelo o teoría psicológica de la depresión trata de definir una serie de variables que pueden jugar distintas funciones en el origen, mantenimiento y generalización de síntomas depresivos. Los modelos de la depresión han sido desarrollados por distintos teóricos, y cada modelo utiliza diversas estrategias para el tratamiento de esta.

2.18.1 Modelo psicodinámica de Freud

La teoría Psicodinámica considera la depresión como un trastorno afectivo que tiene sus raíces en conflictos originados en la infancia y la terapia está dirigida a facilitar la evocación de los procesos y contenidos inconscientes y en el establecimiento de la relación con la situación actual.

Yapko, Harari (2007) refiere la génesis de la depresión:

Basado en la perspectiva de Freud sobre la depresión, la vuelta de la agresión hacia sí mismo, asociando su origen a dolores no resueltos por pérdidas durante la niñez, como el rechazo por parte de los padres o la muerte de uno de ellos. La dependencia de un niño en sus padres es real y puede conducirlo al temor de abandono (p.21).

Dicho modelo se centra en la reconstrucción de la experiencia en la niñez como manera de acceder al conocimiento de la mente adulta, este modelo está basado en la interpretación de las relaciones transferenciales, resistencia y deseo inconscientes.

Sin embargo es un modelo que no es muy utilizado por lo que en la actualidad

se opta por un tratamiento terapéutico breve, que dé respuestas favorables en un tiempo corto, por lo contrario al modelo freudiano.

2.18.2 Modelo cognitivo

En la actualidad se ha aceptado el postulado sobre este modelo ya que se considera que los factores cognitivos pueden jugar un papel determinante en el origen y mantenimiento de los trastornos emocionales.

Bas, Andrés (1996) la teoría de Beck menciona que:

La depresión parece mantenerse por medio de la presencia de esquemas de significado desadaptativo, protegidos y fortalecidos por alteraciones cognitivas en el modo de procesar la información y la asimilación a su vez provocados por la acción de dichos esquemas (p.10).

Los contenidos de estos esquemas se expresan a través de los pensamientos y está basado en el reconocimiento de que los pensamientos del sujeto deprimido casi invariablemente son erróneos o distorsiones cognitivas en áreas específicas, cuando el sujeto aprende a identificar y a corregir sus distorsiones la mejoría casi siempre sucede con rapidez y duradera.

Bas et al. (1996) los pensamientos erróneos, las distorsiones cognitivas son:

Las distorsiones cognitivas son interpretaciones y predicciones que normalmente no se pueden justificar con la información disponible y que aparecen como respuesta ante experiencias vitales negativas, ambiguas o incluso manifiestamente positivas; las alteraciones de la lógica inferencial son más acusadas cuanto mayor sea la gravedad del sujeto depresivo (p.228).

En si la mayoría de los casos aplicados en este modelo han tenido buenos resultados, e incluso existe el cuestionario para adultos que trata de evaluar las distorsiones cognitivas y pensamientos negativos depresivos.

2.18.3 Modelo conductual

Dicho modelo se concentra en las acciones, o reacciones que se muestran, lo que se dice, lo que se hace, todo se ve inmerso en el comportamiento, esto influye en las experiencias que se buscan o evitan en la calidad de los pensamientos con otros.

Buela, Carrobles (1996) las consecuencias que dan forma a la conducta son la base del modelo conductual:

Se desea hacer lo que aporta un beneficio y se evita lo que conlleva a castigar de manera que se está sujeto a repetir acciones que en el pasado no han beneficiado y se evitan las que se sabe pueden causar dolor (p.23).

Este modelo conductual también toma en cuenta al sujeto que ha sido premiado por hacer lo equivocado y castigado por hacer lo correcto, dicha terapia conductual lucha por desarrollar un plan de acción que probablemente tendrá éxito y que incluya varios premios.

El sentimiento depresivo son consecuencias respondientes del fruto de la interacción de las personas en su contexto, por lo tanto se considera la depresión como la consecuencia de falta de reforzamiento, ya sea en términos de una baja densidad de reforzador positivo.

Este modelo ha generado buenas respuestas sin embargo combinándolo con el cognitivo resulta a un con más beneficios positivos para las personas depresivas que se ven en dicho tratamiento.

2.18.4 Modelo interpersonal

Las buenas relaciones sirven como protección contra enfermedades físicas y trastornos emocionales de todo tipo, incluida la depresión, ya que los demás sujetos

proporcionan amor, apoyo, compañerismo y punto de vista alternativos, cuando las relaciones van bien parece maravilloso y cuando va mal parece doloroso.

Buela et al. (1996) en varias ocasiones la depresión es causada por problemas:

En las relaciones lo contrario también es cierto, los problemas en las relaciones pueden ser y, a menudo son causados por la depresión, la muerte de un ser amado, un divorcio, un rompimiento, el rechazo, el desafío, y la honestidad, la humillación, el abuso, el abandono emocional y el aislamiento, todo ocurre en el contexto de las relaciones cercanas (p.24).

El modelo interpersonal abarca dichos temas, es decir los aspectos culturales; por lo tanto las relaciones de familia, los roles sociales, y transiciones en los roles como el retiro o convertirse en papá o mamá, así como la falta de habilidades o destrezas sociales, deseables, y necesarias en los objetos de la intervención interpersonal.

En la actualidad para algunos esta terapia es oportuna Buela et al. (1996) ya que en los estudios de resultados terapéuticos, la terapia interpersonal es calificada como la psicoterapia más efectiva en el tratamiento de la depresión severa, las buenas relaciones son esenciales para una buena salud mental (p.25). Es por eso que dicho método es utilizado frecuentemente sin embargo se sugiere que se empleó con la combinación de otro método, tomando en cuenta de que cada individuo necesita un tratamiento diferente, considerando sus ideologías, creencias y contexto en el que se ve inmerso.

Capítulo III:
Metodología de la investigación

3.1 Hipótesis de la investigación

La dilatada asimilación de padecer la diabetes mellitus tipo 2 en las mujeres adultas desencadena sintomatología depresiva.

3.2 Conceptualización de variables

Diabetes mellitus tipo 2: Conocida anteriormente como diabetes no-insulino dependiente; es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas.

Depresión: Es un diagnóstico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total parcial para disfrutar las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.

3.3 Descripción de la metodología

La presente investigación está basada en una metodología cualitativa ya que se plantea un problema, sin embargo no seguirá un proceso claramente definido, no obstante se explorará, describirá el proceso en el cual las mujeres que son diagnosticadas con la diabetes mellitus tipo 2 llegan a manifestar sintomatología depresiva, dicho procedimiento se efectuará a través de una recolección de datos, es por eso que Sampieri (2006) menciona que la investigación cualitativa “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación”(p.8). Para posteriormente analizar la

información y así obtener las conclusiones que ayudarán a dar una respuesta a la interrogante planteada.

Con dicha metodología se pretende obtener las perspectivas de las féminas que padecen diabetes y cómo este padecimiento desencadena la depresión, Sampieri (2006) "la recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes; sus emociones, experiencias, significados, y otros aspectos subjetivos" (p.8). Una vez recabados los datos expresados por las participantes a través del lenguaje escrito, verbal no verbal se analizan y se indaga sobre la problemática en cuestión.

Por consiguiente la investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa tomando en consideración las acciones de la población que se encuentra inmersa por las féminas que se verá involucradas en dicho proceso de investigación basándose en un razonamiento inductivo sacando de los hechos particulares una conclusión en general.

3.3.1 Diseño de investigación

Se abordará el diseño de teoría fundamentada considerando que su propósito se centra en el desarrollo de teoría basada en datos empíricos dando pie a que esta investigación se efectuó en un contexto específico; Sampieri (2006) "diseño de la teoría fundamentada utiliza un procedimiento sistemático cualitativo para generar una teoría que explique en un nivel conceptual una acción, una interacción o un área específica." (p.687). Este trabajo de investigación se verá inmerso en un área en concreto, es decir en la clínica hospital regional Dr. Rodolfo Ortiz Cortes ubicado en

el municipio de Platón Sánchez Veracruz, considerando que es un contexto local y en si una situación en común como lo es el padecimiento crónico degenerativo de la diabetes mellitus tipo 2.

En este proceso se obtendrán diversos datos de la población femenina que presenta el padecimiento crónico degenerativo generando un entendimiento del fenómeno a investigar; Sampieri (2006) “el planteamiento básico del diseño de la teoría fundamentada es que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación, más que de los estudios previos” (p.687). A través de estos datos se verá cómo dicho padecimiento puede llegar a desencadenar sintomatología en las féminas adultas que acuden al hospital.

Por lo consiguiente se trabajará de una forma práctica y específica tomando en cuenta las ideologías, costumbres de las mujeres adultas que han sido diagnosticadas con la enfermedad crónica degenerativa diabetes mellitus tipo 2 y que radican en la huasteca veracruzana.

3.3.2 Diseño de la teoría fundamentada: sistemático con codificación abierta

En dicha investigación el investigador revisa todos los segmentos del material obtenido para así poder analizar y a su vez generar, por comparación constante; categorías iniciales con un significado relevante. Sampieri (2006) “elimina así la redundancia y desarrolla evidencia para las categorías, las categorías se basan en los datos recolectados” (p.688). Es decir a través de la información recolectada con la entrevista semiestructurada, historia de vida y el inventario de depresión de Beck, se formarán las categorías significativas para dicha investigación.

3.4 Población y muestra

Para dar mayor importancia a esta investigación se considera imprescindible basarse en fuentes reales para complementar este trabajo.

La población elegida se encuentra ubicada en la huasteca veracruzana misma que acude al servicio médico en la clínica hospital regional del municipio Platón Sánchez Veracruz, para llevar control sobre la enfermedad crónico degenerativa que es la diabetes mellitus tipo 2.

Dicha muestra posee en común las características de ser mujeres adultas entre 40 y 65 años y que padecen diabetes mellitus tipo 2, así mismo estas reciben su seguimiento médico en dicho hospital.

En cuanto a la escolaridad la mayoría carece de estudios básicos y en algunos casos son analfabetas, en su mayoría proceden de las localidades aledañas al municipio de Plantón Sánchez tales como; Chalma Veracruz, Tantoyuca Veracruz, Chiconamel Veracruz.

3.4.1 Tipo de muestra

Se empleará la muestra homogénea ya que la muestra tiene varias características similares como la edad que oscila entre 40 y 65 años, así mismo son del género femenino, y toda la muestra ha sido diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2, Sampieri (2006) “En esta las unidades a seleccionar poseen un mismo perfil o característica, o bien, comparten rasgos similares; su propósito es centrarse en el tema a investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social”

(p.567). Considerando todas estas variables se pretende llegar a un resultado, con el estudio de caso de 5 féminas.

3.5 Técnicas e instrumentos utilizados

La recolección de datos es fundamental, Sampieri (2006)” lo que busca un estudio cualitativo es obtener datos que se convertirán en información de personas, seres vivos, comunidades, contexto o situaciones en profundidad; en las propias formas de expresión de cada uno de ellos” (p.583). Los instrumentos utilizados para la recolección de datos servirán para analizar y comprender las percepciones, creencias, emociones, interacciones, pensamientos y experiencias de las mujeres que han sido diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2.

Se emplearán tres instrumentos para la recolección de datos cualitativos que permitirán organizar los datos recogidos, y se transcribirán a texto según sea necesario.

3.5.1 Entrevista semiestructurada

Es un instrumento útil en la investigación cualitativa, el cual será empleado de manera flexible y abierta tomando en cuenta la siguiente guía de asuntos y preguntas,(ver anexo 1) considerando que no todos las interrogantes están determinados, se introducirán cuestionamientos adicionales para precisar conceptos y así obtener mayor información sobre el tema a indagar, por consiguiente este instrumento se aplicará de forma individual dando apertura a la entrevistada de expresarse cómodamente, generando un ambiente de confianza para así obtener un desenvolvimiento en el discurso.

3.5.2 Historia de vida

Se recolectarán datos personales y fundamentales de las mujeres de una forma individual, pidiendo a la entrevistada que se extienda sobre sus vivencias, sentimientos, emociones que percibió y vivió en cada experiencia de su vida de una forma cronológica involucrando aspectos laborales, educativos, sexuales y de relación marital; haciendo hincapié en las vivencias con el padecimiento diabético.

3.5.3 Inventario de depresión de Beck

Se empleará el inventario de depresión de Beck creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck, estandarizado en 1998. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión el cual consta de 21 preguntas de respuesta múltiple que ayudara a percibir si existe sintomatología depresiva, y en qué nivel de depresión se encuentra; (mínima, leve, moderada, severa).

Este inventario está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

3.6 Cronograma

Actividad	Mayo 2014	Agosto 2014	Septiembre 2014	Octubre 2014	Enero 2015	Febrero 2015
Entrega de primer capítulo (Planteamiento del problema)						
Entrega del segundo capítulo (Marco teórico)						
Entrega de capítulo I y II a dirección técnica.						
Entrega del tercer capítulo (Diseño de la investigación)						
Entrega del cuarto capítulo (Análisis de datos)						
Entrega de capítulo III y IV a dirección técnica.						
Entrega de capítulo IV (Propuestas o sugerencias de trabajo)						
Entrega de tesis completa a dirección técnica, para lectura.						
Impresión de Tesis						

Capítulo IV

Descripción de los resultados

4.1 Descripción de resultados

En dicha recolección se mencionarán los hallazgos encontrados en los instrumentos implementados, el cual ayudará a tener una mejor comprensión de los datos recabados, en el presente análisis se presentará por caso, es decir se describirá lo obtenido de los tres instrumentos implementados por fémina.

El primer instrumento entrevista semiestructurada consta de 17 preguntas en el cual se dio apertura a que las entrevistadas se expandieran dando pie a realizar una entrevista flexible, semiestructurada, la cual se describen brevemente 3 de 5 entrevistas realizadas, rescatando los datos más importantes.

El segundo instrumento implementado es la historia de vida, en la cual se describen los datos más relevantes de 3 de las 5 entrevistadas.

El tercer instrumento aplicado a las mujeres adultas fue el inventario de depresión de Beck el cual se describe subjetivamente lo más destacado de 3 estudios de caso de 5.

4.1.1 Resultados caso 1

Caso 1: C.S.P.

Edad: 47 años.

Estado civil: Viuda.

Ocupación: hogar, encargada de negocio propio (tienda de abarrotes).

Instrumento: Entrevista semiestructurada.

Dicha fémina refiere haber sido diagnosticada con la diabetes en el 2009 hace tres años, asegura no llevar una dieta como tal, ya que no ha modificado su estilo de alimentación pues siempre come lo que le hace a su hijo, actualmente consume más agua que antes ya que le da mucha sed y esto a su vez fomenta que orine constantemente, en la actualidad solo vive con su hijo mayor; del cual muestra preocupación por el futuro de este más que el propio, sit. del paciente: *me preocupa que mi hijo no encuentre chamaca o una buena mujer, yo cuando me muera quiero dejarlo bien casado*, es así como la fémina deja ver que en el futuro le preocupa la vida de su hijo anticipando a que puede fallecer y dejar a su hijo soltero cuestión que no desea que pase.

Así mismo menciona que no sigue el tratamiento farmacológico como se lo ha indicado el médico, ya que menciona que avece se le olvida ingerirlo y que en ocasiones prefiere tomar un té, sit. del paciente: *La hoja min sirve para controlar el azúcar, y prefiero mejor hacerme un té.*

En su familia hay parentesco con diabetes mellitus sin embargo refiere no saber cuáles son las consecuencias de dicho padecimiento, desconoce el desencadenante y el tratamiento que debe seguir además del farmacológico, menciona que su ciclo del sueño se ha visto alterado últimamente y que se despierta muy temprano y logra conciliar el sueño muy tarde.

Cuando se indago en la dificultad que tiene actualmente para tomar decisiones se vieron lágrimas, ya que comenta que para tomar una decisión siempre acude a su hijo pues comenta que se apoyan mutuamente desde el fallecimiento de su

esposo; sin embargo posteriormente comenta sit. del paciente: *siento que mi hijo se aleja de mi porque estoy vieja, nada más me quita el dinero de las ganancias de la tiendita para irse a tomar con sus amigos (llanto), me duele que ya no pueda platicar con él como antes.*

Durante la conversación indica que a veces se pone muy triste incluso hasta llegar al llanto pero que si su hijo la encuentra sollozando la regaña por lo que la mujer llora cuando su hijo no se encuentra en casa, para evitar tener problemas con su hijo e incluso ha llegado a el nivel de la represión emocional pues no permite evocar el llanto.

Caso1: C.S.P.

Instrumento: Historia de vida.

La fémina mostro interés sobre el interrogatorio, en algunos puntos del dialogo se mostró con ansiedad, la cual fue disminuyendo con el transcurso de la conversación, se observa una vestimenta normal; de acuerdo al contexto en el que se desenvuelve, con una edad aparente mayor a la cronológica, constantemente se notó una tonalidad de voz baja.

La fémina relata padecer presión arterial conjuntamente a la diabetes mellitus tipo 2, además comenta no tener un régimen adecuado sobre el tratamiento en ninguno de los dos padecimientos, mencionando que no sabe las consecuencias de no seguirlo, por lo que no muestra preocupación por suspender lo constantemente, se encuentran antecedente familiares con diabetes, presión y obesidad.

Menciona haber tenido dos embarazos completos de 9 meses con los cuales fue atendida por partera en ambos casos dando a luz a su hijo mayor quien actualmente tiene 28 años quien es con quien vive; y tres años después nace su hija quien se encuentra radicando en Pachuca Hidalgo y con la quien solo tiene contacto vía telefónica.

Narra haber enviudado hace 4 años su esposo falleció ahogado en el río del lugar donde trabajaba, durante la indagación en este aspecto la mujer adopta una postura decaída con una tonalidad de voz baja y en ocasiones quebrada a punto de llegar al llanto, sit. del paciente: *desde que falleció mi esposo me siento muy sola y triste a veces quisiera verlo entrar por la puerta exigiendo sus enchiladitas*. La paciente comenta que desde la ausencia de su conyugue se siente triste constantemente y que continuamente se evoca el llanto.

La adulta comenta nunca haber trabajado, pues siempre estuvo viviendo con el sueldo de su cónyuge y actualmente con el programa de oportunidades, a su vez su esposo antes de fallecer creó la tiendita la cual aún está en funcionamiento y es atendida por ella; aunque comenta que le gustaría dejar de atenderla ya que le genera mucho trabajo y problemas con su hijo y vecinos. La señora menciona saber leer, escribir y hacer solo unas pequeñas cuentas mismas que le ayudan a su desempeño en la tienda.

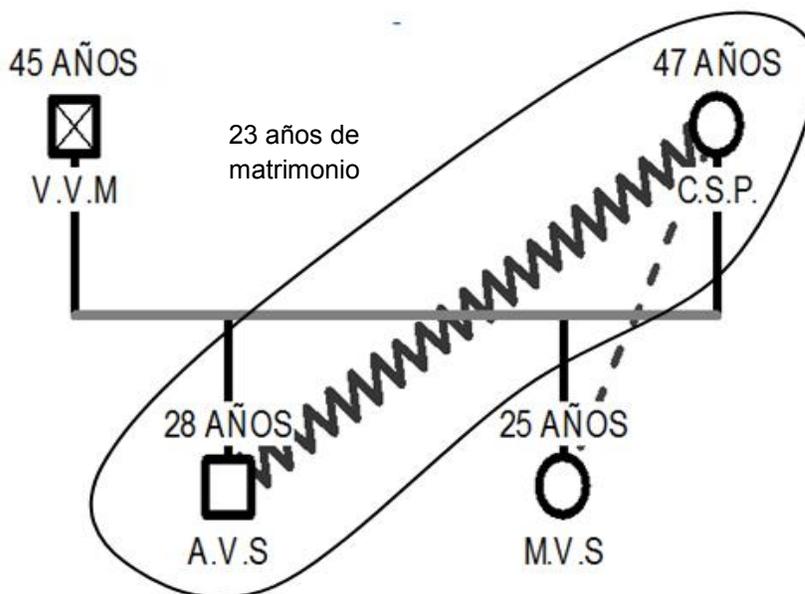
Contrajo matrimonio a los 20 años época en la cual inicio su vida activa sexual, solo tuvo dos hijos, sit. del paciente: *relata que son los hijos que Dios me quiso dar*, ya que no se logró embarazar nuevamente, desde que falleció su esposo

ha dejado de tener actividad sexual y menciona que ha perdido el interés en este aspecto.

Actualmente convive con las señoras del grupo de oportunidades y con las personas que llegan a su tienda hacer alguna compra.

Se observó una actitud general de desinterés sobre lo que pueda pasar en el futuro ya que la fémina hace alusión a que le preocupa el futuro de su hijo considerando que ella lo quiere casar antes de fallecer, comenta solo tener la necesidad de ver a su hijo casado para concluir con su misión de madre, descarta visiones a futuro después de que suceda dicho acontecimiento. En si se perciben sentimientos negativos hacia algún futuro esperanzador.

Ver familiograma:



En dicha grafica se percibe como se encuentra la estructura familiar de

acuerdo a lo recabado en los instrumentos, se puede notar que la fémina radica solo con su hijo varón de 28 años, con el cual mantiene una relación conflictiva, y con su hija de 25 años se encuentra una relación muy distante; es así como se puede observar que en la estructura familiar no existen límites definidos como tal; pues el poder jerárquico recae en el hijo, además de que dicho comportamiento ocasiona que la fémina pierda el interés en seguir un tratamiento para el control de la diabetes y a su vez esto acelere el desencadenamiento de sintomatología depresiva ocasionando que pueda llegar a ser severa; ya que la mujer se encuentra triste por la actitud que su hijo ha asumido pues este provoca sentimientos de culpa, desesperación en la mujer, por lo consiguiente dicha sintomatología genera que la paciente adopte una postura de desinterés mayor; en el cuidado sobre la enfermedad crónica degenerativa, generando que su estado orgánico empeore y a su vez este genere problemáticas psicoemocionales.

Caso1: C.S.P

Instrumento: Inventario de depresión de Beck.

La fémina respondió el test en un tiempo estimado de 15 minutos en el cual arroja que se encuentra insatisfecha de su vida actual, con un desinterés en lo que le pueda ocurrir, sin embargo muestra interés en el futuro de su hijo soltero, no manifiesta tener metas u objetivos relacionados con su vida, y a su vez se culpa sobre la vida actual que lleva, así mismo se castiga por las faltas que pueda evocar día a día, es sensible con una facilidad de manifestar el llanto continuamente aunque ha optado por reprimir el llanto para que su hijo no se moleste con ella, así mismo se

irrita fácilmente y constantemente con las personas que la rodean, actualmente tomar decisiones le es complicado, y en general el auto concepto de se encuentra en descenso considera que su aspecto es poco atractivo, manifiesta alteraciones del sueño ya que se despierta constantemente y en ocasiones no logra conciliar el sueño, muestra mucho cansancio cuando realiza cualquier actividad cotidiana, ha tenido modificaciones en su alimentación ya que a veces presenta pérdida del apetito, por lo consiguiente ha disminuido su peso sin hacer dieta o ejercicio, refiere que se encuentra preocupada por sus problemas físicos pues constantemente presenta molestias en diversas partes de su cuerpo sin embargo evita acudir con un especialista, por ultimo manifiesta haber disminuido el interés por el sexo.

De acuerdo a lo arrojado se considera que la fémina presenta una sintomatología severa de depresión; según Beck.

4.1.2 Resultados caso 2

Caso 2: P.C.P.

Edad: 49 años.

Estado civil: unión libre.

Ocupación: hogar, venta por catálogo (Avon, fuller).

Instrumento: Entrevista semiestructurada.

En este diálogo la fémina comenta padecer la enfermedad crónico degenerativa desde hace 5 años, vive con su pareja, su hija, yerno y cuatro nietos, de los cuales se encarga ya que todos trabajan y ella se encargó de enviar a los nietos a la

escuela, darles de comer, lavarles, asearlos etcétera, actividades que menciona son muy cansadas y desesperantes pues a veces no culmina con las acciones encomendadas del día lo que le llega ocasionar discusiones con sus familiares por no cumplir las expectativas encomendadas por ellos cada día.

La mujer comenta que al notificarle que padecía de diabetes su primer pensamiento fue que fallecería, sit. del paciente: *sé que ya me voy a morir, creo que falta poco para eso pues mucha gente se muere de diabetes porque no se cura; así mismo refiere que no tiene una adherencia con el tratamiento farmacológico ya que a veces se le olvida consumirlo, a su vez describe que no ha modificado los hábitos alimenticios sit. del paciente: la comida sin sal o azúcar no me gusta y los cinco años con esta enfermedad llevo comiendo lo mismo y aquí sigo, total de algo me he de morir, (su actitud ante el cuestionamiento se nota con una mira aislante, y una tonalidad de voz baja).*

La fémina comenta que el tratamiento no le funciona porque aunque lo consume o no, siempre se siente igual, sin ganas de hacer nada, con mucho sueño, mucha sed, necesidad constante de orinar, poca hambre y frecuentemente se siente agotada, sit. del paciente: *no me dan ganas de hacer nada y me la paso discutiendo mucho con mis nietos, peleo mucho porque son muy latosos, y aunque a veces quisiera decirle a mi hija que ya no quiere atenderlos ella siempre me pide el favor y termino cuidándolos aunque esto me canse mucho todos los días; simplemente lo hago porque sé que tengo que hacerlo o si no , solo causaría discusiones con mi hija, yerno y hasta mi esposo.*

Caso 2: P.C.P.

Instrumento: Historia de vida.

La fémina se percibe aislada durante la conversación sin embargo en algunos puntos se explayo, la descripción física es de desaliño ya que se presenta despeinada, con la ropa sucia, calzado descuidado y sucio, refiere sentirse muy cansada y preocupada por las actividades que tiene que realizar en casa además de las ventas pendientes que tiene; haciendo hincapié en sus ventas constantemente, ya que trae consigo productos que debe entregar cuanto antes, sit del paciente: *a veces se me junta mucho el trabajo que quisiera morirme, quisiera que no existieran mis nietos ellos son los que me dan mucho problema, demasiado trabajo, me desesperan*, la paciente menciona que si les pasa algo a sus nietos su yerno la culpa e incluso ha llegado a discutir con él por lo que no tiene una buena relación con este ya que toda la responsabilidad sobre el cuidado de los nietos ha sido delegado por su hija y su yerno.

Se encuentra que la fémina padece gastritis, y problemas de riñón además de la diabetes diagnosticada hace 5 años, a pesar de que cuanta con familiares que padecen diabetes mellitus tipo 2 comenta no seguir el tratamiento farmacológico y no seguir ninguna dieta por no considerarlo importante, sit. del paciente: *de algo me he de morir*, además de manifestar no tener tiempo para sus cuidados pues en los nietos invierte la mayor parte de su tiempo.

Comenta que incluso hay ocasiones en las que se le olvida comer, pues tiene poca hambre aunque cuando recuerda que no lo ha hecho come en exceso, sin embargo hace hincapié en que siempre está muy cansada y que prefiere dormir,

aunque casi no lo puede hacer por las tareas domésticas que realiza todos los días.

La fémina relata que su infancia empezó a trabajar desde los 6 años en el corte del tabaco con sus papas; además de que no la dejaron estudiar por ser mujer, aprendió a leer y escribir hace 15 años con un programa de alfabetización, en este tiempo estudio porque se sentía aun fuerte.

Menciona haber tenido 3 embarazos logrados, todos sus embarazos fueron atendidos por partera en su localidad, actualmente sus dos hijos mayores se encuentran radicando en la ciudad de monterrey con los cuales tiene poco contacto vía telefónica y en raras ocasiones estos la visitan en época vacacional, sit del paciente: *ellos me han invitado para que los visite allá en monterrey pero la verdad me siento cansada para viajar prefiero esperar a que ellos me visiten si es que aun se acuerdan de su madre*, (llanto) la fémina comenta que sus hijos ya no la quieren por eso casi no la visitan, ni están al pendiente de su padecimiento crónico, por lo que atribuye que solo les causa problemas a sus hijos y por lo consiguiente estos evitan visitarla.

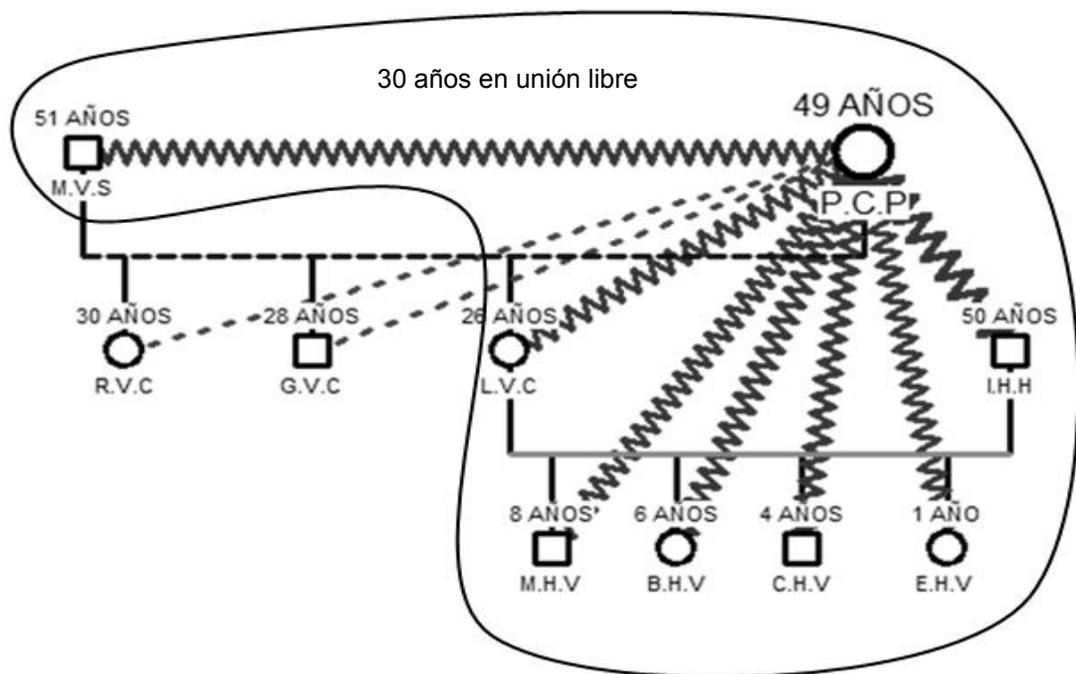
Sita haber tenido su primera experiencia sexual con su actual esposo a los 19 años, comente mantener poca comunicación con su cónyuge y ha perdido el interés sobre el aspecto sexual con su marido y por lo consiguiente evita este tipo de encuentros lo que ha generado discusiones con la pareja.

Actualmente tiene relación social con sus clientes los cuales consumen los productos que esta vende por catálogo, menciona que visita dos comunidades donde hace sus ventas aunque ha disminuida su visita a estas; pues actualmente

refiere cansarse con facilidad ya que es responsable de efectuar diversas actividades cotidianamente.

En general la mujer manifiesta no tener expectativas hacia el futuro pues ella considera que pronto puede fallecer ya que los que padecen su enfermedad se les acorta la vida, evocando pensamientos negativos sobre el futuro que considera no tendrá sit del paciente: *se que pronto moriré y pienso que es lo mejor para no dar lata a mis familiares además mi comadre duro sólo cinco años con esta enfermedad, con la diabetes uno se muere pronto*, creencia que ha ocasionado que la fémina no tome las medidas necesarias para sobre llevar dicho padecimiento.

A continuación se muestra familiograma:



En la gráfica anterior se muestra que la fémina vive en unión libre con la pareja, y a su vez la organización familiar en la cual se nota que la mujer tiene una relación

conflictiva con las personas que vive, como lo son su conyugue pues en este recae todo el poder jerárquico, por otro lado, la relación que lleva con la hija no tiene una delimitación de las funciones y responsabilidades que esta debe poseer como hija y madre, así mismo con el yerno carecen límites pues no tiene funciones definidas dentro del grupo parental y cuatro nietos quienes son los que abarcan el mayor territorio familiar, pues el atender a estos cotidianamente denota sintomatología en la fémina como irritabilidad, desesperación, fatiga; misma que puede empeorar si no se atiende oportunamente, con los dos hijos con quienes no vive mantiene una relación distante, sin embargo las actitudes y acciones de la familia influyen en que la mujer no se atienda como es debido la enfermedad diabética por lo que ha generado desgaste físico y a su vez el desarrollo de la manifestación de síntomas depresivos que pueden empeorar si no es atendido a tiempo dicha sintomatología depresiva.

Caso 2: P.C.P.

Instrumento: Inventario de depresión de Beck.

El test fue contestado en 20 minutos aproximadamente ya que la fémina repaso varias veces tres apartados e incluso pregunto insistentemente en dos ocasiones a que se refería la pregunta.

Por las respuestas obtenidas se percibe que la fémina se siente triste y desesperada constantemente, y no tiene una visión sobre su futuro pues esta ha dejado de proponerse metas a largo plazo ya que percibe que las cosas en su vida no mejoran, e incluso se siente culpable por la situación actual en cuanto a lo personal y familiar, principalmente en el cuidado de sus nietos, lo que fomenta que

se sienta triste e irritable constantemente, refiere sentirse aburrida, también menciona tener un mal auto concepto de sí misma considerando que tiene un aspecto horrible.

Manifiesta cansancio constantemente, por lo que en ocasiones prefiere no realizar algunas actividades o deberes, a su vez muestra preocupación por los problemas físicos que va presentando, pues considera que se enferma constantemente, refiere haber perdido el interés por el sexo.

De acuerdo a lo arrojado en el test se considera que la fémina se encuentra inmersa en una sintomatología severa de depresión; según Beck.

4.1.3 Resultados caso 3

Caso 3: I.H.H.

Edad: 52 años.

Estado civil: casada.

Ocupación: hogar.

Instrumento: Entrevista semiestructurada.

La entrevistada menciona padecer la enfermedad crónica degenerativa desde hace 4 años, actualmente vive con cónyuge y un hijo de 17 años, así mismo refiere que su esposo padece diabetes y que cuando ella fue diagnosticada con este padecimiento ya sabía de qué se trataba la enfermedad, sit .del paciente: *mi esposo también tiene diabetes y ya sabía cómo es la enfermedad ya que yo cuidó la alimentación de mi*

esposo y aunque a veces por la economía solo comemos frijoles o enchiladas y el cafecito. Por lo tanto la fémina no tiene una alimentación adecuada constante, así mismo menciona que no lleva una actividad física en la cual ejercite su cuerpo.

La mujer menciona que la tarea que le gusta realizar en sus ratos libres es el dormir, pues cuando lo hace despierta con mucha energía para realizar las actividades pendientes. Sit. del paciente: *todos los días después de las 12 del día duermo unas dos horas porque ya me siento cansada, pero si duermo me despierto con ganas de trabajar para hacer la comida, es decir la fémina ahora duerme más que antes.*

Por último la mujer relata que ella toma las decisiones en casa y que a veces le pregunta a su esposo que hacer, sin embargo hay ocasiones en que ella sola toma las decisiones pues así está acostumbrada y después sólo le informa a su esposo, (la fémina comenta con una sonrisa) por lo consiguiente su pareja está de acuerdo en la toma de decisiones de la fémina.

Caso 3: I.H.H.

Instrumento: Historia de vida.

Durante los cuestionamientos la fémina se notó tranquila, con una facilidad de palabra congruente, aunque en ocasiones con una tonalidad de voz cambiante, la descripción física de la paciente se observa con un aspecto general de aliño de acuerdo al contexto en el que se desenvuelve, es decir ropa limpia, peinada y aseada, una estatura baja, complexión delgada, tez morena, ojos café oscuro, pelo negro largo y con algunas canas.

Diagnosticada desde hace 4 años con la diabetes mellitus tipo 2, sin embargo ha vivido con la diabetes de su cónyuge desde hace 10 años por lo que existe un conocimiento veraz de la enfermedad y por lo consiguiente fue más fácil realizar algunos cambios en su estilo de vida, aunque manifiesta que el medicamento farmacológico le quita el hambre y a veces prefiere no consumirlo y lo suspende por uno o dos días y posteriormente lo retoma.

Desciende de familiares diabéticos, actualmente radica con su esposo y el menor de sus hijos, se casó a los 19 años tuvo 5 hijo de parto natural y con partera, todos viven, la mayor tiene 33 años casada y radica en Huejutla Hidalgo, y a pesar de que vive cerca tienen poca comunicación, seguido de una hija de 30 años casada y radicando en Tampico Tamaulipas, posteriormente esta su hijo de 27 años quien se encuentra trabajando en Estados Unidos el cual le da apoyo económico y que en ocasiones esto le ocasiona discusiones con el esposo ya que él no tiene una buena relación con su hijo y se opone a que este les ayude económicamente, consecutivamente esta su hijo de 24 años que vive en Monterrey Nuevo León; comenta tener relación con todos sus hijos y en su mayor parte por vía telefónica con los que se encuentran más lejos.

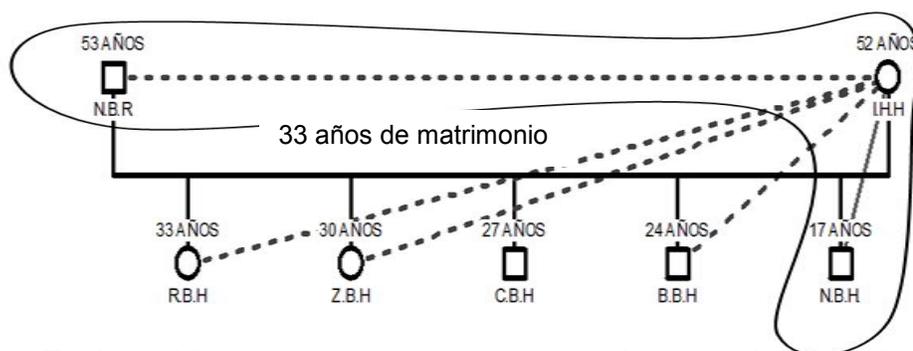
Menciona haberse juntado con su primer novio a los 16 años con quien inicio su vida sexual, posteriormente se separaron al año y a los 19 años se unió con su actual pareja con quien tiene poca comunicación, sin embargo menciona que prefiere evitar el contacto sexual con esta ya que siempre se siente muy cansada y a perdido el interés en dicha práctica.

Explica que en su adolescencia trabajo ayudando a una familia realizando labores domésticas en el cual duro solo dos años de los 17 años a 19 años pues este trabajo lo consideraba muy pesado por las diversas actividades que tenía que realizar todos los días, de ahí no ha vuelto a tener trabajo con sueldo.

Refiere que antes le gustaba salir a pasear y visitar a su familia que se encuentra en Huejutla ya que es la que tiene más cerca, sin embargo lo ha dejado de hacer desde hace un par de años pues considera que no le alcanza el tiempo para realizar sus actividades cotidianas además de que se cansa fácilmente y constantemente tiene que orinar, por lo que prefiere estar siempre en casa pues es allí donde se siente segura.

Así mismo refiere que en el futuro solo quisiera llegar a ver a sus nietos para cuidarlos sin embargo comenta que es posible que no lo pueda realizar, sit. del paciente: *con la diabetes voy a vivir menos años por eso no me emociono en conocer a todos mis nietos, ellos crecerán sin abuelos porque mi esposo y yo podemos morir pronto.* Es así como la mujer deja ver que no tiene metas a futuro pues considera que su fallecimiento será pronto, por lo que ha dejado de planear su vida a futuro considerándolo innecesario ya que la enfermedad que padece ella y su esposo no tiene cura y por lo consiguiente estas propensos a fallecer pronto por eso mismo han dejado de planear su vida futura pues estos han asimilado que en cualquier momento podrían perder la vida.

A continuación se muestra familiograma del caso



En la gráfica se muestra como se ve inmersa la dinámica familiar de la fémina vive con su pareja e hijo menor; con el conyugue tiene una trato distante, y con el hijo menor una concordancia unida; por lo contrario a la relación que actualmente lleva con los otro cuatro hijos con quienes mantiene una comunicación distante; así mismo se percibe como la jerarquía del poder recae en la fémina, de igual manera esta presenta una alianza con el menor de sus hijos quien es con quien vive, dicho núcleo parental ocasiona que la femenina pueda evocar síntomas depresivos pues constantemente manifiesta sentimientos de culpa, a su vez dicha red del hogar constituye el soporte de mayor importancia sin embargo con la actual relación y las modificaciones que esta ha hecho y ha dejado de hacer en cuanto a sus hábitos y estilos de vida pueden complicar la diabetes y por ende evocar mayor sintomatología depresiva.

Caso: 3.

Instrumento: Inventario de depresión de Beck.

La adulta contesto el test en una tiempo aproximado de 17 minutos en las respuestas seleccionadas se percibe los siguientes aspectos.

Percibe desalentador su futuro pues tiene poca esperanza en este y por lo

consiguiente se siente culpable por la situación actual, así mismo menciona que en la actualidad hay ocasiones en las que le resulta difícil tomar alguna decisión, en cuanto su ciclo del sueño refiere que este se ha visto alterado ya que despierta en varias ocasiones por la noche y le es difícil volver a conciliar el sueño, actualmente ha perdido peso sin llevar una régimen dietético o de ejercicio lo que evoca que se presente una preocupación por sus problemas físicos, por ultimo manifiesta tener poco interés en la actividad sexual.

De acuerdo a lo arrojado se considera que la fémina presenta una sintomatología moderada de depresión; según Beck.

4.2 Hallazgos encontrados

En general los hallazgos encontrados entre las interrogadas sobre el primer instrumento aplicado, la entrevista semiestructurada; se puede notar que estas coinciden en que:

- Tienen familiares con diabetes.
- No han efectuado cambios en su estilo de vida después de ser diagnosticadas con diabetes.
- Carecen de una adherencia al tratamiento farmacológico, por lo consiguiente se evoca la poliuria, polidipsia, polifagia.
- Tienen poca visión hacia su futuro (no se plantean metas).
- Muestran alteraciones del sueño.
- Les es complicado la toma de decisiones.

Estos seis puntos que se mencionan en forma de listado son los que se

obtuvieron en los tres casos expuestos, y que fueron obtenidos con el primer instrumento lo que dará pie a realizar las categorías que a su vez servirán para generar un resultado significativo sobre el tema de investigación que es de interés considerando que son las manifestaciones que concuerda con las féminas entrevistadas por lo que obtienen un papel importante en la investigación y que a su vez servirá para evocar resultados.

En general los hallazgos encontrados entre las historias de vida se puede notar que estas coinciden en:

- Tienen familiares con diabetes.
- Carecen de una adherencia al tratamiento farmacológico, por lo consiguiente se evoca la poliuria, polidipsia, polifagia.
- Tienen poca visión hacia su futuro.
- Muestran alteraciones del sueño.
- Perdida de interés sexual.
- Cansancio y estrés por trabajo extra doméstico.

Dichos resultados ayudaran a generar una categorización con propiedades representativas, considerando que se hará una eliminación de los resultados redundantes, para así solo plasmar en dicha categorías las más relevantes para la investigación en cuestión.

En general los hallazgos encontrados entre los test de depresión de Beck puede notar que estas coinciden en:

- Tienen poca visión hacia su futuro.

- Muestran alteraciones del sueño.
- Alteraciones del apetito.
- Perdida de interés sexual.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Reducida autoestima.

Dichos datos obtenidos ayudaran a la categorización de los hallazgos significativos para dar una interpretación sobre la investigación en cuestión.

4.3 Categorías de los resultados por instrumento

Instrumento: Entrevista semiestructurada

Indicador	Descripción
Padecimiento hereditario.	Refieren tener familiares con la misma enfermedad crónica degenerativa tales como hermanos, tíos, sobrinos e incluso cónyuge.
Estilo de vida.	A partir de ser diagnosticadas con la diabetes las féminas señalan que no han hecho modificaciones en el aspecto dietético, ni en el ejercitar su cuerpo para combatir la enfermedad.
Adherencia al tratamiento	Refieren no tener una norma en el consumo de

farmacológico.	fármacos, ya que a veces se les olvida o que prefieren utilizar otras alternativas naturales de controlar la diabetes, e incluso mencionan que este no les hace ningún cambio positivo sobre su estado físico actual.
Expectativas futuras.	No poseen expectativas futuras, piensan más en sus parientes (nietos, hijos), refieren estar conscientes de que pronto podrán morir, ya que se manifiestan tener una enfermedad crónico degenerativa que no tiene cura.
Alteraciones del sueño. (insomnio o hipersomnias)	Se manifiesta que tienen alteraciones en el sueño ya que a veces despiertan frecuentemente durante la noche, y en ocasiones es difícil volver a conciliar el sueño; o prefieren dormir durante el día.
Toma de decisiones.	Actualmente se les dificulta la toma de decisiones ya que están acostumbradas a cuestionar o pedir apoyo a familiares cercanos para emitir una decisión.

Instrumento: historia de vida

Indicador	Descripción
Padecimiento hereditario.	Las féminas refieren tener familiares cercanos (tíos, primos, hermanos, cónyuge) con el padecimiento diabético.
Adherencia al tratamiento farmacológico.	Refieren no tener un régimen en el consumo de fármacos, mencionando que a veces se les olvida o que prefieren utilizar otras alternativas naturales para controlar la diabetes, e incluso mencionan que este no les hace ningún cambio positivo sobre su estado físico.
Expectativas futuras.	Se carece de expectativas futuras, piensan en el futuro de sus descendientes, refieren estar conscientes de que pronto podrían morir, ya que se padece una enfermedad crónico degenerativa sin cura.
Interés sexual.	Indican no tener un interés en la actividad sexual, considerando que se sienten cansadas perdiendo todo interés sobre este aspecto de su vida actual.
Trabajo extra doméstico.	Señalan que las actividades tales como atender el negocio propio les genera estrés, cansancio y las

	pone irritables considerando que no tienen tiempo para realizar todas las actividades cotidianas.
--	---

Instrumento: inventarios de depresión de Beck

Indicadores	Descripción
Expectativas futuras.	Perdida de interés en el futuro propio, sin embargo piensan en el futuro de sus descendientes, refieren estar conscientes de que pronto podrán morir, ya que se padece una enfermedad crónico degenerativa.
Toma de decisiones.	Actualmente les es complicada la toma de decisiones propias ya que están acostumbradas a pedir apoyo a familiares cercanos, para disponer de alguna nueva decisión.
Baja autoestima.	Carecen de una homeostasis en el auto concepto ya que refieren sentirse poco atractivas e incluso tener un aspecto horrible.
Alteraciones del sueño. (insomnio o hipersomnía)	Se manifiesta que tienen alteraciones en el sueño ya que a veces despiertan frecuentemente durante la noche, y que en ocasiones es difícil volver a conciliar el sueño; o que en ocasiones prefieren dormir constante mente a veces durante el día.

Alteración del apetito.	Refieren tener pérdida del apetito al nivel de a veces olvidar que no han comido, sin embargo cuando lo recuerda llegan a ingerir más alimento de lo normal.
Interés sexual.	Indican no tener un interés en la actividad sexual, considerando que se sienten cansadas perdiendo todo interés sobre este aspecto de su vida.

4.4 Triangulación de los resultados

Entrevista semiestructurada: en dicho instrumento se recabaron datos en común con los tres caso expuestos ya que las féminas mencionan que no han efectuado cambios en su estilo de vida por lo consiguiente esto sólo provoca que el régimen farmacéutico y médico no de resultados esperados, generando la evocación de alguna sintomatología depresiva.

Historia de vida: se rescata que las féminas con trabajo extra doméstico tienen mayor probabilidad de desencadenar sintomatología depresiva, pues al estar ocupadas en diversas actividades de las cuales son responsables estas se olvidan de consumir los fármacos recetados e incluso de tener los cuidados que todo diabético debe llevar a cabo, por lo consiguiente al no poder realizar las actividades cotidianas con un nivel de glucosa estable puede generar la presencia de la sintomatología depresiva.

Test de depresión de Beck: en dicho instrumento se perciben la sintomatología depresiva, a la que las féminas pertenecientes a la muestra están más vulnerables y

que si no son atendidas con tiempo pueden evocar una depresión como tal.

Por lo consiguiente se infiere que las mujeres que padecen dicha enfermedad crónica degenerativa son vulnerables a desencadenar sintomatología depresiva, por no adecuarse al régimen recetado por los profesionales de la salud, por verse expuestas a un desequilibrio de la glucosa provocando malestares físicos así como por las ideologías que se tienen sobre dicha enfermedad que provocan que no le den el interés adecuado para combatir y controlar dicha afección.

Analizando las referencias recogidas a través de las diferentes técnicas, los datos arrojan que los aspectos más relevantes inmersos en la investigación como un punto importante son los siguientes cinco puntos que influyen en el desencadenamiento de sintomatología depresiva en las féminas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2.

- Adherencia al tratamiento.

El tratamiento que debe llevar un paciente con diabetes mellitus tipo 2, depende de muchas cosas, tales como el seguimiento del consumo de los fármacos de la adherencia al régimen terapéutico y dietético para así tener resultados óptimos sobre la enfermedad y a su vez retardar la presencia de otras molestias desencadenadas por el padecimiento crónico, como se menciona Reynoso (2005) “la diabetes genera estrés; la cual complica la enfermedad e incluso genera falsas expectativas respecto al control de su enfermedad.”(p.115).Fomentando que el paciente genera pensamientos positivos sobre al poder llevar un buen estilo de vida, por lo consiguiente se debe fomentar que se dé una estructuración en la alimentación, en

ejercicio y en el consumo del fármaco recetado, generando una adherencia equilibrada para ver resultados relevantes mencionado Hernández (2007); “el tratamiento médico, nutricional, el ejercicio y la educación son las únicas alternativas para el tratamiento del paciente diabético” (p.58). Y logrando el equilibrio de estos se podrá disminuir e incluso erradicar la presencia de sintomatología depresiva.

- Expectativas futuras.

Ya se ha mencionado que la diabetes mellitus tipo 2 está asociado con una alta tasa de mortalidad, pues el padecer esta enfermedad crónica degenerativa refiere Bustamante (2006) “la diabetes mellitus tipo 2 ocasiona complicaciones crónicas que deterioran la calidad de vida de aquellas personas que la padecen” (p.05). Por lo consiguiente genera que las féminas eliminen sus pensamientos a futuro, es decir estas se convencen de que pronto pueden perder la vida, generando que no especulen en su futuro, las personas tienden a interpretar de forma diferente una situación conflictiva, estas variaciones dependen de factores individuales como las experiencias anteriores, los propios miedos, las expectativas personales; e incluso la perdida de interés sobre un futuro se puede considerar una característica de la depresión.

- Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnía).

Las alteraciones del sueño se consideran síntomas de depresión tal y como lo menciona el (DSM), según (Francés, Pinus, First citado en Lara 1994, p.20). “Trastornos del sueño, que incluyen insomnio, problemas para permanecer dormido, despertar muchas veces, no poder conciliar el sueño o dormir demasiado”. Estas

características son consideradas como manifestaciones de que las féminas se encuentran en un estado emocional alterado pues el padecer insomnio o hipersomnia se considera como un estado anormal del sueño puesto que estos síntomas son criterios del diagnóstico depresivo.

- Toma de decisiones.

Otra característica de la presencia de síntomas depresivos en la dificultad de la toma de decisiones, se menciona en el (DSM), (Francés, Pinus, First citado en Lara 1994, p.20). “La falta de concentración, problemas de memoria y dificultad en la toma de decisiones son características de una persona que puede entrar en un cuadro depresivo severo”. Por lo consiguiente la presencia de esta sintomatología ayuda a identificar la depresión para su atención oportuna, implementando un entrenamiento asertivo, así como una reestructuración cognitiva para mejorar la toma de decisiones oportunas y favorables para la fémina que han manifestado esta sintomatología.

- Pérdida de interés sexual.

Este también es uno de los primeros episodios que desencadenan la depresión menciona el (DSM), (Francés, Pinus, First citado en Lara 1994, p.20). “Pérdida de interés en las actividades más placentera para la persona como la actividad sexual.” Por lo consiguiente es necesaria la canalización temprana cuando se ven inmersas estas manifestaciones.

A través de la aplicación de los instrumentos (entrevista semiestructurada, historia de vida, inventario de depresión de Beck) la presente investigación da como resultado relevante la presencia de cinco indicadores latentes en los casos de la

muestra de mujeres diabéticas que son: una mala adherencia al tratamiento, la falta de expectativas a futuro, alteraciones del sueño; insomnio o hipersomnia, la incapacidad para la toma de decisiones y pérdida de interés sexual; indicando que existe sintomatología depresiva en las féminas, sin embargo se considera que si las féminas no son atendidas respecto a esta sintomatología su estado físico puede verse deteriorado con rapidez a causa de la diabetes, provocando que se desencadenen enfermedades orgánicas y a su vez se incremente la sintomatología depresiva.

Sin embargo es considerado normal sentirse triste de vez en cuando, pero algunas féminas sienten una tristeza que simplemente siempre está latente, y sentirse de esa manera durante gran parte del día por un lapso de dos semanas o más es una señal de una sintomatología depresiva severa.

La mayoría de las mujeres con diabetes no se deprimen en cualquier momento, sin embargo, las féminas que forman parte de la muestra y que manifiestan dicha afección muestran tener mayor de probabilidad de desencadenar una sintomatología depresiva profunda, considerando el estilo de vida que llevan aunado a los pensamientos y comportamientos que manifiestan al ser partícipes de dicha enfermedad; pues el ser diagnosticadas con diabetes mellitus provoca estrés, y al no saber cómo manejar dicha enfermedad, provocando que los niveles de azúcar se eleven por un mal manejo de la enfermedad y al acudir con el profesional de la salud se puede llegar a sentir frustrada y triste por el descontrol de la glucosa.

Por el contrario el padecer una sintomatología depresiva se convierte en un

obstáculo para que la fémina tenga atención personal sobre la enfermedad crónica degenerativa.

4.5 Conclusión

A través de los resultado arrojados se puede observas que dicha afección crónica degenerativa como lo es la diabetes mellitus tipo 2 en mujeres adultas de la región huasteca afecta la calidad de vida de cada una de las involucradas, pues se ve inmerso diversos criterios como el no hacer una reestructuración en el estilo de vida oportuno, el no hacer este cambio cognitivo durante el primer indicio de un diagnostico diabético que puede llegar afectar su estado anímico, como se menciona anteriormente si no se tiene una adherencia con las recomendaciones del médico que incluye desde tener actividad física a una dieta saludable. Sin embargo se ha observado que cuando se es diagnosticado con dicho padecimiento las féminas lo asocian con el fallecimiento prematuro, pues comentan que la diabetes no tiene cura por lo consiguiente el estado anímico de las féminas se ve afectado ya que estas adoptan una postura de conformismo, sin hacer un cambio cognitivo conductual mismo que da pie a evocar sintomatología depresiva.

Capítulo V

Discusión y sugerencias de intervención

5.1 Discusión

De acuerdo al cuestionamiento planteado en la investigación se considera que las féminas de la región huasteca que acuden a la clínica hospital Dr. Rodolfo Ortiz Cortes son más vulnerables a desencadenar una sintomatología depresiva partir de ser diagnosticadas con la diabetes mellitus tipo 2, ya que se considerada una enfermedad crónico degenerativa; y se tiene que llevar un tratamiento de por vida, es decir esto las hace más propensas a padecer una sintomatología depresiva.

Así mismo se considera que la mujer adulta diabética que esta inmersas en situaciones estresantes mismas que se presentan en las diferentes actividades que realiza en las diversas áreas de la vida de la fémina tales como el familiar, social y laboral provocan manifestaciones que desequilibran el estado anímico.

Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen y al no darse una adaptación oportuna sobre la enfermedad crónica esto evoca que la fémina presente un descontrol en sus niveles de azúcar fomentando un estado físico complicado con diversas molestias, mismo que puede desencadenar síntomas depresivos pues al no hacer las modificaciones en su estilo de vida se considera que no hay una adaptación y por lo tanto se presentan sentimientos de tristeza y se sienten afligidas ya que al no asimilar su enfermedad en su contexto esto genera que constantemente se evoquen desequilibrio en la glucosa y afecte el estado anímico.

5.2 Sugerencias de intervención

Se propone atender a las féminas que son diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 en los siguientes componentes basados en las orientaciones de la terapia cognitivo-conductual enfocándose a la vinculación del pensamiento y la conducta de las participantes; considerando que la conducta humana es aprendida con la relación de significados personales, esquemas cognitivos o reglas pues los aspectos cognitivos y conductuales están interrelacionados considerando que el cambio de uno de ellos afecta a el otro componente.

Educativo: este consiste en brindar información sobre la enfermedad crónica degenerativa que padece, abarcando sintomatología, causas de la enfermedad, las consecuencias que genera el no adecuarse a las recomendaciones del profesional de la salud, con el objetivo de fomentar un sistema terapéutico generando que se siga el régimen farmacológico, dietético y el hacer ejercicio, en si orientando a modificar el estilo de vida a través de comunicar información para generar una asimilación del padecimiento actual y prevenir futuros problemas físicos y psicológicos.

Psicológico: consiste en promover cambios en las mujeres en relación con su manera de pensar, con su conducta y creencias, es decir fomentar que las féminas reestructuren sus pensamientos y sentimientos y que además aprendan a expresarlos con diversas actividades como el llevar un diario el cual ayudará para que se identifiquen patrones de pensamientos, emociones, sensaciones corporales y comportamiento haciendo énfasis en un listado de las emociones de cada día.

Para lograr lo antes mencionado se propone que la clínica hospital Dr. Rodolfo Ortiz Cortes de atención individual a través de un psicólogo, para que este a su vez realice un diagnóstico comportamental, y cognitivo, ayudando y promoviendo que la paciente genere pensamientos asertivos para que así tenga habilidad para solucionar los problemas que se le presentan en su vida cotidiana dando una atención preventiva y una intervención como tal cuando se identifique sintomatología depresiva.

También se propone una atención grupal donde se vea incluya a las féminas que son diagnosticadas con la diabetes para que así se asimile la enfermedad de una forma oportuna comentando sus experiencias, creencias, sobre la enfermedad con una atención de profesionales de la salud con los cuales dispone el hospital, (nutrióloga, psicólogo, médico general) fomentando una adherencia al tratamiento, generando que las involucradas eliminen la inhibición de sus actividades tales como el quedarse en casa, evitar el contacto con otras personas, además de promover la terapia ocupacional de acuerdo a los intereses de la paciente.

Para el trabajo grupal también se propone un trabajo con las mujeres diabéticas que presentan una sintomatología depresiva como tal; de 8 sesiones, para ello se debe de considerar implementar en cada sesión los siguientes aspectos:

- Se sugiere aplicar un buen rapport.
- Identificar la importancia que tiene al inicio de cada una de las sesiones, el recuperar las experiencias de las mujeres en realización de las actividades en casa, orientar y motivar la participación.

- Reconocer la importancia de dar a conocer las experiencias a las demás mujeres.
- identificar la necesidad de realizar un buen cierre de la intervención al destacar los aspectos relevantes vividos durante las sesiones.
- Promover la reflexión alrededor de las sesiones a partir de las propias experiencias.
- Se debe reforzar los pequeños cambios.

Es de considerar los aspectos mencionado para cada una de las 8 sesiones, las cuales se impartirán una por semana de 2 horas aproximadamente cada una, considerando la apertura a cambios que generen un mejor resultado.

Primera sesión: se dará la bienvenida y explicara el propósito de dicha sesión, posteriormente se abordará el tema ¿Qué es la depresión?, identificando que es la depresión y los síntomas que se presentan, para que así se reconozca los síntomas de la depresión y se puedan tomar medida efectivas a tiempo, así mismo se sugiere tener la vivencia de un ejercicio de relajación; para que las mujeres puedan practicar en casa, cuantas veces sea necesario, se compartirá lo reflexionado.

Segunda sesión: se dará a conocer las formas de pensar de una persona deprimida, así como los factores que influyen en la depresión (acontecimientos de la vida, factores biológicos y sociales), por último se dará un entrenamiento asertivo, se compartirán las formas de pensar de las mujeres, se compartirá lo reflexionado.

Tercera sesión: se abordará la historia infantil de cada participante, todos los

acontecimientos de la vida en donde se evoquen síntomas depresivos con la finalidad de detectar los estados de ánimo depresivos que han sido reforzados durante la vida y por lo consiguiente aprendidos por lo que siguen influyendo en la actualidad, así mismo se implementarán ejemplos vivenciales sobre habilidades sociales para saber decir no y siempre dar una respuesta de una forma asertiva, se compartirá lo reflexionado.

Cuarta sesión: se permitirá dar salida a la tristeza, miedos, enojo a través de cartas, ejercicios de visualización a fin de aligerar las experiencias, y por último se implementará una relajación y se compartirá lo reflexionado.

Quinta sesión: se dará a conocer todo lo relacionado a la condición social de la mujer diabética (relación de pareja, maternidad, área laboral, rol de madre.), dando pie a una reflexión individual y grupal, compartiendo las creencias, e ideologías sobre esta afección para hacer una asimilación positiva de la misma, por último se compartirá lo reflexionado.

Sexta sesión: se definirá que pasa cuando se es diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2, para identificar los errores y cualidades comportamentales sobre dicho diagnóstico, se realizara un listado de cosas positivas que se realizan y que se deben realizar, se compartirá lo reflexionado.

Séptima sesión: se llevará a cabo el tema “le veo el lado positivo a mis problemas”, con el propósito de reforzar en casa los aspectos positivos que las mujeres han logrado identificar a lo largo de las sesiones, se compartirá lo reflexionado.

Octava sesión: se explicará que amarse a sí misma es fundamental para generar cambios y llevar acciones para salir de la depresión y saber sobrellevar el padecimiento diabético, se promoverán formas positivas de percibir su entorno y así mismas, se guiará como trabajar en casa de forma asertiva así como los planes a futuro, se dará una reflexión de lo aprendido.

Los materiales a utilizar pueden ser diversos dependiendo de la ubicación geográfica a trabajar, se sugiere implementar diversas estrategias como diapositivas, películas, la utilización de música, dinámicas lúdicas para la integración de las temáticas en cada sesión, considerando los intereses de las participantes; así como la imaginación guiada para una reestructuración cognitiva positiva.

En si el objetivo de dichas sesiones es intercambio de experiencias, la reflexión personal y grupal, mejoramiento de la autoestima, cambios positivos en la manera de pensar y sobrellevar la enfermedad, la toma de decisiones asertiva, fomentando la prevención o la reducción a la incidencia depresiva.

Anexo 1. Entrevista semiestructurada

Nombre:		Fecha:	Hora:
Lugar de nacimiento:		Edo. Civil:	
Edad:	Género:	Ocupación:	

a) Lugar de residencia:
b) ¿Con quién vive?:
c) ¿Desde cuándo fue diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2?:
d) ¿Cómo tomo la noticia de padecer diabetes mellitus tipo?:
e) Mencione los cambios que hizo en su vida cotidiana:
f) Mencione el tratamiento que está empleando:
g) ¿Considera que le funciona el tratamiento?:

h) ¿Algún familiar padece la diabetes mellitus?:
i) ¿Ha perdido el apetito?:
j) ¿Qué actividad le gusta realizar en sus ratos libres?:
k) ¿Cómo ve su futuro?:
l) ¿Algún familiar está pendiente de su tratamiento farmacológico?:
m) ¿Cómo es su estado de ánimo desde que fue diagnosticada con DM2?:
n) Mencione un lugar donde se siente a gusto:
ñ) ¿Se siente culpable por su enfermedad? ¿Por qué?:
o) ¿Duerme tan bien como antes?
p) ¿Le es fácil tomar decisiones en su vida?: ¿por qué?

Anexo 2. Historia de vida

Nombre:	Edad:	Escolaridad:
Lugar de nacimiento:	Estado civil:	Fecha:
Ocupación:	Religión:	
Domicilio:	Fecha de nacimiento:	
Fecha en que fue DX con DM2:		

Observación en la entrevista (descripción física; conducta; actitud; patrones de interacción):
--

<p>Padecimientos actuales:</p> <p>(inicio, factores, desencadenantes, evolución, tratamientos).</p>	
<p>Antecedentes familiares</p> <p>(patológicos y no</p>	

patológicos)	
Constelación familiar (Familiograma)	
Historia personal (embarazos, familia, escuela, laboral, sexual, conyugal, social).	

<p>Examen mental (Actitud general, sensaciones, percepción, lenguaje, pensamiento, funciones intelectuales, afectividad).</p>	
<p>Observaciones:</p>	

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck

Nombre:		
Ocupación:	Edad:	Fecha:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones, por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió la semana pasada inclusive el día de hoy.

Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió, si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una.

Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

0 No me siento triste 1 Me siento triste. 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3 Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.
0 No me siento especialmente desanimada respecto al futuro. 1 Me siento desanimada respecto al futuro. 2 Siento que no tengo que esperar nada. 3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran.
0 No me siento fracasada. 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.
0 Las cosas me satisfacen tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. 3 Estoy insatisfecha o aburrida de todo.
0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3 Me siento culpable constantemente.
0 No creo que esté siendo castigada. 1 Me siento como si fuese a ser castigada.

<p>2 Espero ser castigada. 3 Siento que estoy siendo castigada.</p>
<p>0 No estoy decepcionado de mí misma. 1 Estoy decepcionado de mí misma. 2 Me da vergüenza de mí misma. 3 Me detesto.</p>
<p>0 No me considero peor que cualquier otra mujer. 1 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores. 2 Continuamente me culpo por mis faltas. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. 2 Desearía suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>
<p>0 No lloro más de lo que solía llorar. 1 Ahora lloro más que antes. 2 Lloro continuamente. 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.</p>
<p>0 No estoy más irritado de lo normal en mí. 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes. 2 Me siento irritado continuamente. 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.</p>
<p>0 No he perdido el interés por los demás. 1 Estoy menos interesada en los demás que antes. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. 3 He perdido todo el interés por los demás.</p>
<p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. 1 Evito tomar decisiones más que antes. 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. 3 Ya me es imposible tomar decisiones.</p>
<p>0 No creo tener peor aspecto que antes. 1 Me temo que ahora parezco más vieja o poco atractiva. 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva. 3 Creo que tengo un aspecto horrible.</p>
<p>0 Trabajo igual que antes. 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.</p>

<p>2 Tengo que obligarme mucho para hacer algo. 3 No puedo hacer nada en absoluto.</p>
<p>0 Duermo tan bien como siempre. 1 No duermo tan bien como antes. 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.</p>
<p>0 No me siento más cansada de lo normal. 1 Me canso más fácilmente que antes. 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa. 3 Estoy demasiado cansada para hacer nada.</p>
<p>0 Mi apetito no ha disminuido. 1 No tengo tan buen apetito como antes. 2 Ahora tengo mucho menos apetito. 3 He perdido completamente el apetito.</p>
<p>0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. 1 He perdido más de 2 kilos y medio. 2 He perdido más de 4 kilos. 3 He perdido más de 7 kilos. Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.</p>
<p>0 No estoy preocupada por mi salud más de lo normal. 1 Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. 2 Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. 3 Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.</p>
<p>0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesada por el sexo que antes. 2 Estoy mucho menos interesada por el sexo. 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo</p>

GRACIAS

Puntuación: _____

Diagnostico _____

Glosario

Aminas biogénicas: Son compuestos formados por la transformación de los aminoácidos que se encuentran en los alimentos por la acción de enzimas generadas por microorganismos.

Axioma: En un sistema hipotético-deductivo es toda proposición no deducida (de otras), sino que constituye una regla general de pensamiento lógico, por oposición a los postulados.

Comorbilidad: es un término médico, que se refiere a dos conceptos: la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario, el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

Depresión: (del latín depressio, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana

Dopamina: es una hormona y neurotransmisor producida, según su estructura química, la dopamina es una feniletilamina, una catecolamina que cumple funciones de neurotransmisor en el sistema nervioso central.

DM2: o diabetes del adulto (conocida anteriormente como diabetes no-insulina dependiente) es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas.

Electroencefalograma: es una exploración neurofisiológica que se basa en el registro de la actividad bioeléctrica cerebral en condiciones basales de reposo, en vigilia o sueño, y durante diversas activaciones

Electrofisiológicos: es el estudio de las propiedades eléctricas de células y tejidos biológicos. Incluye medidas de cambio de voltaje o corriente eléctrica en una variedad amplia de escalas.

Epidemia: es una descripción en la salud comunitaria que ocurre cuando una enfermedad afecta a un número de individuos superior al esperado en una población durante un tiempo determinado.

Glándulas endocrinas: son un conjunto de glándulas que producen sustancias mensajeras llamadas hormonas, vertiéndolas sin conducto excretor, directamente a los capilares sanguíneos, para que realicen su función en órganos distantes del cuerpo (órganos blancos).

Glucemia: es la medida de concentración de glucosa en la sangre, suero o plasma sanguíneo.

Glucosa: indica que se trata de un azúcar.

Hipotálamo: es una región nuclear del cerebro que forma parte del diencefalo, y se sitúa por debajo del tálamo. Es la región del cerebro más importante para la coordinación de conductas esenciales, vinculadas al mantenimiento de la especie. Regula la liberación de hormonas de la hipófisis, mantiene la temperatura corporal, y organiza conductas, como la alimentación, ingesta de líquidos, apareamiento y agresión.

Homeostasis: es una propiedad de los organismos vivos que consiste en su capacidad de mantener una condición interna estable.

Hipoglucemiante: fármaco que posee la capacidad de disminuir los niveles de glucosa en la sangre.

Insulina: su déficit provoca la Diabetes Mellitus y su exceso provoca hiperinsulinismo con hipoglucemia.

Morbilidad: es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

Mortalidad: Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Norepinefrina: es una catecolamina con múltiples funciones fisiológicas y homeostáticas que puede actuar como hormona y como neurotransmisor.

Obtuarán: tapar o cerrar una abertura o conducto introducido o aplicando un cuerpo.

Osmolaridad: es la medida usada por farmacéuticos, médicos, odontólogos, veterinarios, y biólogos para expresar la concentración total.

Presbiacusia: se define como la pérdida progresiva de la capacidad para oír.

Presbiopía: es una condición de la visión que hace que los ojos pierdan gradualmente la habilidad de ver las cosas de cerca.

Polidipsia: es la denominación médica que se le da al aumento anormal de la sed y que puede llevar al paciente a ingerir grandes cantidades de líquidos, habitualmente agua.

Poliuria: es un signo médico que consiste en una emisión de un volumen de orina superior al esperado. Es un gasto urinario excesivo.

Polifagia: es el aumento anormal de la necesidad de comer que puede deberse a ciertos trastornos psicológicos o a alteraciones de tipo hormonal.

Serotonina: un tipo de depresión caracterizada por tristeza, irritabilidad o estallidos agresivos, ansiedad, problemas de sueño y obsesiones.

Referencia bibliográfica

Buela, G., Vicente, E. (1996). *Manual de evaluación en psicología*. España: Siglo veintiuno.

Bruner, J.S (1998). *Desarrollo cognitivo y educación*. Madrid: Morata.

Coo, D. (2009). *Psicología*. (10^a.ed.). México: Leangace learning.

Compas, B.E., Gotlib, H.I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc GrawHill.

Frager, R., Fadiman, J. (2009). *Teorías de la personalidad*. [s.c]: Alfaomega.

Goleman, D. (2011). *La inteligencia emocional*. México: Vergara.

González, L.G. (1991). *Nuevo estilo de vida*. [s.c]: Salud.

Hernán, S.M. (1975). *Salud y enfermedad*. México: [s.e].

Hernández, L.N., Sánchez, S.J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. México: Red.

Kaplan, H.I., Sadock. B.J. (1987). *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat.

Kumate, J.R. (1990). *La salud de la mujer en México*. México: [s.e].

Lammoglia, E. (1995). *El triángulo del dolor*. México: Grijalbo.

Lara, M.A., Lara, M.S., Acevedo, M. (2009). *Ayudando a mujeres con depresión, intervención psicoeducativa*. México: Pax.

Lara, M.A. (1996). *Es difícil ser mujer*. México: Instituto mexicano de psiquiatría.

Lorente, A.P. (2000). *La depresión*. Barcelona: Serie salud.

Mustard, H.S., Stebbins, E.L. (1982). *Introducción a la salud pública*. México: La prensa medica mexicana S.A.

Papalia, D.E., Olds, S.W., Fiedman, R.D. (2010). *Desarrollo humano*. México: Mc Grawhill.

Reynoso, E.L., Seligson, N.I. (2005). *Psicología clínica de la salud*. México: Mexicanos unidos.

Romero, M.D. (2009). *Diabetes aprendiendo a vivir con ella*. México: Leyenda.

Rosselle, J., Bernl, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitivo-conductual de la depresión*. México: [s.e].

Sampiere, H.R., Collado, F.C., Lucio, B.P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Grawhill.

Smith, T., BmBch, M. (1991). *Guía completa de la salud familiar*. [s.c]: Planeta.

Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar modelos y técnicas*. México: Manual moderno.

Sturgeon, W. (1987). *Depresión, como identificarla como superarla*. México: Grijalbo.

Torrijos, S. (2006). *Recetario para diabéticos*. México: Mexicanos unidos.

Vázquez, G.J. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: [s.e].

Yapko, D.M., Hari, J. (2007). *Para romper los patrones de la depresión no tienes que sufrir para vivir*. México: [s.e].

Paginas consultadas en internet

[http:// www.asociacionamericanadediabetes.com.mx/2005/08/53407](http://www.asociacionamericanadediabetes.com.mx/2005/08/53407)

Asociación americana de diabetes 2005, párrafo 10.

Consultado el 15 de octubre del 2014.