UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

"ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPOTIROIDISMO Y DIABETES EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO ENERO-ABRIL 2015"

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica

AUTORA:

Nohely Gabriela González Lojan

DIRECTOR:

Dr. Miguel Ángel González Sarmiento, M. Sc.

LOJA – ECUADOR

2015

Dr. M. Sc. Miguel A. González Sarmiento.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado: **"ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPOTIROIDISMO Y DIABETES EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO ENERO-ABRIL 2015"**, de autoría de la egresada, Nohely Gabriela González Lojan, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, 22 de Julio del 2015

Dr. M. Sc. Miguel A. González Sarmiento.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación, **"ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPOTIROIDISMO Y DIABETES EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO ENERO-ABRIL 2015"**, como también los contenidos, ideas, análisis, investigación de campo, conclusiones, plan de intervención psicológico y más elementos de juicio son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de tesis.

22 de Julio del 2015

.....

Nohely Gabriela González Lojan
1104999386

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo **Nohely Gabriela González Lojan**, declaro ser la autora de la tesis titulada: **"ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPOTIROIDISMO Y DIABETES EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO ENERO-ABRIL 2015"**, como requisito para optar el grado de **PSICÓLOGA CLÍNICA**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con la cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero**.**

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte y dos días del mes de Julio del dos mil quince, firma la autora.

Firma:

Autora: Nohely Gabriela González Lojan

Cédula: 1104999386

Dirección: Loja, Italia entre Av. Paltas y Quijos

Teléfono: 0995072517

Correo Electrónico: nohelygl89@gmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Miguel Ángel González Sarmiento, M. Sc.

Tribunal de Grado: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza **(Presidenta)**
Lic. Dolores Esperanza Auquilla Ortega
Lic. Diego Segundo Andrade Mejía**.**

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicada a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi familia, en especial a mi querido esposo e hijo, a mis padres por sus sabios consejos por el amor y el apoyo; han hecho de mí una persona de bien, a mis hermanos por su ayuda incondicional. A todos ellos gracias por la más grande felicidad de haber conseguido un logro más en mi vida personal.

Nohely G. González L.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por el camino recorrido, a la vida por lo aprendido.

A mi familia por todos los consejos dados, en especial a mi esposo y mi hijo, por el apoyo, los ánimos y la mutua ayuda psicológica cuando las cosas no salían como una esperaba.

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, que colaboraron a mi formación académica y personal, impartiendo los conocimientos necesarios para el crecimiento y maduración de uno de sus frutos, el cual les quedo infinitamente agradecida.

A la Carrera de Psicología Clínica por permitirme ser parte de sus profesionales, de la cual me siento orgullosa, ya que de ésta llevo mis más grandes experiencias y los mejores recuerdos.

Al Hospital General Isidro Ayora y en especial al Área de consulta externa, por permitir mi formación en el ámbito pre-profesional y realización uno de los requisitos previos a la obtención del título profesional.

A la planta docente de la carrera, que colaboró con mi formación, por ser las personas que brindaron de forma desinteresada, los conocimientos necesarios para crecer como persona y profesional.

a. TÍTULO

"ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPOTIROIDISMO Y DIABETES EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO ENERO-ABRIL 2015"

b. RESUMEN

Se debe analizar que en el proceso vital del ser humano existen múltiples factores que pueden causar una inestabilidad en su estado emocional, es así que el hecho de padecer una enfermedad endocrina o metabólica puede motivar la aparición de diversas patologías de orden psicológico como la depresión y ansiedad.

El presente trabajo investigativo se ha elaborado con la finalidad de realizar un estudio comparativo de los trastornos de ansiedad y de depresión que presentan los pacientes diagnosticados con hipotiroidismo y diabetes; establecer el promedio de pacientes que presentan diabetes e hipotiroidismo; comprobar el promedio de pacientes que presentan ansiedad y depresión; elaborar un plan de intervención para mejorar los estados de ansiedad y depresión de los estos pacientes.

En la investigación se utilizó el método inductivo, estadístico y descriptivo. De acuerdo a los datos obtenidos se determinó que existe un predominio de trastornos de Ansiedad, seguido de trastornos de depresión y de trastornos mixto ansioso depresivo, constatando la presencia de los trastornos afectivos en las enfermedades degenerativas. El escenario donde se generó el presente trabajo investigativo fue en el Área de consulta externa del Hospital General "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja, donde se aplicó los reactivos psicológicos, la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck, para poder realizar el estudio comparativo en estas patologías.

Palabras claves: Ansiedad, Diabetes e Hipotiroidismo.

ABSTRACT

It is necessary to analyze that in the vital process of the human being there exist multiple factors that can cause an instability in its emotional state, it is so the fact of enduring an illness endocrine or metabolic it can motivate the appearance of diverse pathologies of psychological order as the depression and anxiety. This research work has been developed in order to carry out a comparative study of disorders of anxiety and depression with patients diagnosed with hypothyroidism and diabetes; establish the average number of patients who have diabetes and hypothyroidism; check the average number of patients who have anxiety and depression; develop a plan of action to improve the States of anxiety and depression in these patients. Inductive, statistical and descriptive method was used in the research. According to the data obtained was determined that there is a predominance of anxiety disorders, followed by depression and joint disorders, anxious disorders depressive, noting the presence of affective disorders in degenerative diseases. The scenario where this investigative work was generated was in the Area of outpatient "Isidro Ayora" General Hospital in the city of Loja, where applied psychological reagents, the Hamilton anxiety scale and the Beck Depression inventory, to make comparative study in these pathologies.

Key words: Anxiety, Diabetes and hypothyroidism.

c. INTRODUCCIÓN

El actual trabajo de investigación está enfocado en un estudio comparativo entre los trastornos de ansiedad y depresión con las enfermedades degenerativas como es el caso de la diabetes y el hipotiroidismo.

El mundo actual se ha convertido en una sociedad industrializada y con un ritmo de vida muy acelerado, situaciones como la, depresión, ansiedad y además los trastornos metabólicos la diabetes y el hipotiroidismo se han convertido en algunas de las enfermedades más características a finales del siglo XX y de principios del XXI.

En estas sociedades existen innumerables factores que inciden en nuestra salud mental. Desde vivencias que parecen muy abstractas, como la presión por triunfar, la competencia en el trabajo o la falta de perspectivas en la vida, hasta otras que nos resultan más próximas, enfermedades como la diabetes y el hipotiroidismo las cuales en ocasiones se tornan intensas debido a la falta de tratamiento y establecimiento de normas de mantenimiento de la enfermedad todas ellas son factores causantes de alteraciones nerviosas.

En ciertas ocasiones pasan desapercibidas, como el insomnio, la agresividad, la falta de capacidad de concentración, etc., pero en otras se convierten en enfermedades graves, como las depresiones u otras enfermedades que afectan a la mente humana. No siempre es fácil encontrar las causas de estas alteraciones. Más difícil aún resulta evitarlas porque, como ya se ha indicado, se deben al tipo de vida obligado que llevamos y, muchas veces, la curación de estas enfermedades exige un cambio en el modo de vida y mucho más si se halla relacionada a una enfermedad degenerativa.

Las patologías degenerativas son un problema de gran magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia sino por el impacto debido a la sintomatología que

produce una desestructuración en el aspecto biopsicosocial de los pacientes en sus familias y en su entorno.

En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos psicológicos. A ello habría que sumar un amplio número de personas afectadas que nunca acuden a un profesional de la salud.

El tratamiento de los pacientes con trastornos mentales menos graves ha cambiado sensiblemente. En el pasado, los pacientes con depresión leve o trastornos de ansiedad eran tratados casi exclusivamente mediante la psicoterapia individual, la cual ha evolucionado hacia otros enfoques alternativos, como las terapias de grupo o de familia, a las que se ha sumado el empleo de fármacos psicotrópicos, que ayudan a aliviar los síntomas, más no con pacientes hipotiroideos y diabéticos con quien solo se ha manejado el control de su enfermedad y no los padecimientos emocionales.

Viendo la problemática actual se ha elaborado un estudio comparativo en el cual se han tenido en cuenta la condición médica en este caso la diabetes e hipotiroidismo con la ansiedad y la depresión.

Para ello, en los pacientes que acuden al servicio de endocrinología del Hospital General Isidro Ayora se ha realizado la aplicación de los test, inventario de Depresión de Beck, y la Escala de valoración de ansiedad de Max Hamilton, evidenciando altos índices de ansiedad y depresión, lo cual nos indica la urgencia de un plan de intervención encaminado a evitar alteraciones emocionales de los pacientes de este servicio.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

Capítulo I

1. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (DEPRESIÓN Y ANSIEDAD).

1.1 DEPRESIÓN.

1.1.1 Aspectos Históricos.

Los griegos, como Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra), este estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacía que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema. La manía por otro lado era ya reconocida, como un estado de exaltación por los griegos, pero fue Areteo de Capadocia, el que hizo la conexión entre la melancolía y maní, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma persona. (Gastó C, Vallejo J. 1990.).

El alienista Esquirol, alumno de Pinel, fue el primero que observó que hay formas de locura, que no avanzan más lejos que la tristeza profunda. Fue el quien describió a la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto. Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, discípulos de Esquirol, estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de "foli a double forme". Los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la observación de sus pacientes, por años, y de esta manera pudieron correlacionar los estados de melancolía y manía.

1.1.2 Definición de Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. (OMS, 2015)

Retamal manifiesta que la depresión es un tipo de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, y acompañado de diversos síntomas psíquicos (tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc.) y físicos (disminución de la libido, anorexia-hiperfagia, etc.). (Retamal, 1999).

1.1.3 Epidemiologia de la depresión

Prevalencia a lo largo de la vida: 14,5% en mujeres y 6% en hombres (globalmente 10,5%). Aumento consistente en los últimos 70 años.

Las predicciones para el año 2030 es que será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo (la primera en los países más desarrollados); Edad de inicio: de 30-40 años y un segundo pico (menor) entre los 50-60 años; Sexo: 2 mujeres: 1 hombre; En la infancia: > prevalencia en los niños (varones); Nivel socioeconómico: más frecuente en nivel bajo; más frecuente en entorno urbano

1.1.4 Causas de la depresión

La depresión puede ser de tipo reactivo (de afuera) o endógeno (de adentro). En el primer caso, constituye la respuesta hacia un estímulo externo que ocasiona duelo -la muerte de un ser querido o la pérdida de un trabajo-; sin embargo, cuando éste no logra superarse,

se transforma en depresión y pierde relación con el estímulo inicial. En el segundo caso, se trata de procesos que nada tienen que ver con la realidad, la persona simplemente se deprime sin existir una causa real. Una tercera postura es la que considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores, tanto endógenos como exógenos, en distintas proporciones en los distintos pacientes. Realmente es difícil encontrar una alteración física que no afecte al estado de ánimo y viceversa. (Shreeve, C. 1986).

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruman fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. (Jervis, G. 2005).

1.1.5 Criterios diagnósticos de Depresión

1.1.5.1 Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.

C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Síndrome Somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

(1) Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.

(2) Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.

(3) Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual

(4) Empeoramiento matutino del humor depresivo.

(5) Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)

(6) Pérdida marcada de apetito

(7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)

(8) Notable disminución la líbido.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. OMS.

1.1.5.2 Criterios diagnósticos Depresión, DSM-V

Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias.

En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Fuente: DSM-V.

1.1.6 Tipos de depresión

1.1.6.1 **El trastorno distímico.**

Es un tipo de depresión que no necesariamente impide por completo que una persona funcione normalmente, pero sí la mantiene en un estado de desánimo constante. Los trastornos distímicos son crónicos y de larga duración; a veces duran hasta dos años. (Mayor, L. y Tortosa, F. (2006).).

1.1.6.2 **El trastorno afectivo estacional.**

(SAD, por sus siglas en inglés) es un tipo de depresión que surge durante los meses de invierno, cuando hay menos luz solar natural. Las personas que sufren de SAD suelen salir de su depresión durante los meses de primavera y verano.

1.1.6.3 **El trastorno depresivo mayor.**

Es una forma de depresión severa que interfiere con la capacidad de una persona para comer, dormir, trabajar, estudiar o participar en las actividades diarias, como lo haría normalmente. Los episodios depresivos mayores suelen durar al menos dos semanas. Para la mayoría de las personas, un episodio de depresión mayor puede ocurrir sólo una vez, pero para algunas, puede volver a ocurrir a lo largo de su vida.

1.1.6.4 **La depresión postparto.**

Es un tipo de depresión que se produce en las madres primerizas dentro del primer mes del parto. Es muy posible que la depresión posparto sea causada por los grandes cambios que ocurren en los niveles hormonales después del parto.

1.1.6.5 **El trastorno bipolar.**

Es una forma de la enfermedad maníaco-depresiva que puede caracterizarse por “altos” y “bajos” extremos en el estado de ánimo de una persona.

1.1.7 La depresión como un trastorno con sustrato biológico específico.

Indudablemente los cuadros depresivos son enfermedades biológicas y sistémicas, pero con indudable gatillo y repercusión psicosocial. Aceptamos que sus bases fisiopatológicas producen los síntomas depresivos, los mantienen y son responsables de la recurrencia y de la cronicidad. Y sabemos que se caracteriza por trastornos de la alimentación, del sueño, por dolores, por síntomas neurodistónicos, mucho más allá del cerebro, es decir que involucramos ahora en la depresión, los aparatos endócrino, digestivo, cardiovascular, inmunitario, gonadal, renal, hemodinámico, respiratorio,

somatosensorial, osteoarticular, y obviamente el sistema nervioso central y autónomo. Es decir que la depresión afecta al cuerpo en su totalidad. Creo que hoy la depresión no puede ser vista como una enfermedad sólo cerebral, sino que es una enfermedad multisistémica. (Gutiérrez, J. 2006).

Es una enfermedad que comienza o termina en la neurona, sabemos que la compromete, pero no se limita sólo a la neurona, ni a la glía, ni a los circuitos cerebrales. Llega a ser neurotóxica y neurodegenerativa en su progreso, pero es incapacitante desde el inicio, debido a la minusvalía que produce en el cuerpo en su totalidad. Las alteraciones neuroquímicas y neuroendócrinas son muy conocidas pero las alteraciones sistémicas son centrales en esta neoconceptualización de la depresión como enfermedad sistémica.

1.1.8 Relación entre diabetes y depresión

La diabetes afecta a las personas que tienen esta afección, tanto en el día a día como a largo plazo, y tanto en términos físicos como debido a sus efectos psicosociales. Hoy se sabe que las personas con diabetes corren un riesgo notablemente mayor de experimentar sufrimiento mental, especialmente depresión. Además, un conjunto creciente de pruebas apunta a una relación bidireccional entre ambas afecciones. Sin embargo, la depresión a menudo se pasa por alto en las personas con diabetes.

También se cree que la depresión aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Las investigaciones más recientes sobre diabetes y depresión indican que tener ambas afecciones aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas, como enfermedad cardiovascular. La depresión también puede tener un efecto importante sobre el control glucémico, el autocontrol de la diabetes y la calidad de vida en general. Las personas con diabetes y depresión tienen más probabilidades de morir a una edad temprana.

Además, la depresión clínica puede resultar más recurrente, los episodios podrían durar más y el índice de recuperación a largo plazo ser mucho más bajo. Un reciente informe internacional ha demostrado claramente que la coexistencia de diabetes y depresión tiene un mayor impacto negativo sobre la calidad de vida en comparación con la depresión por sí sola, o con otras afecciones crónicas. La depresión podría ir vinculada al control glucémico, ya sea mediante la desregulación hormonal, o (más probablemente) a través de sus efectos negativos sobre el comportamiento relativo al autocuidado diabético, ya que puede provocar un descenso del nivel de actividad física, un aumento del consumo de tabaco y alcohol y una mala monitorización de la glucosa. Las pruebas recientes también muestran una asociación entre depresión e incremento del riesgo de aumento de peso y obesidad. (Lloyd CE. 2008).

La depresión puede hacer que le sea difícil prestarle atención al cuidado de su salud. Podría sentir que es demasiado problemático medirse la glucosa (azúcar) de la sangre o tratar de seleccionar comida saludable.

Puede desesperarse. Cuando no se cuida, sus niveles de glucosa en la sangre pueden aumentar y, con el tiempo, los niveles altos frecuentes pueden aumentar su riesgo de tener complicaciones relacionadas con la diabetes. Los estudios han mostrado que la depresión también puede hacer que parezcan peores los dolores y el malestar corporal. (by the American Diabetes Association, 2009).

Por otra parte, la diabetes se relaciona con un aumento de distrés psicológico, y se acepta generalmente que éste es un factor importante para el desarrollo de depresión y otras alteraciones neuropsiquiátricas. Se ha comunicado que aquellos pacientes con complicaciones crónicas de la diabetes (como el pie diabético) también presentan índices elevados de estrés psicológico identificado con cuestionarios especializados. Esto resulta

lógico debido a que las complicaciones crónicas generalmente aparecen por un desequilibrio metabólico, y éste también se ha relacionado con estrés psicológico. (J.I. Castillo-Quan, et al. 2010).

Hasta hace poco se infería que la depresión se desarrollaba como consecuencia de la diabetes; sin embargo, Tébar señala que la depresión se produce relativamente pronto en el curso de la enfermedad, antes incluso del inicio de las complicaciones, por lo que no parece que los altos índices de depresión en la diabetes se pueda explicar sólo por tratarse de una reacción emocional a una enfermedad crónica con complicaciones; también se sabe que hay un mayor número de complicaciones y empeoramiento del curso de la diabetes cuando se le añade la depresión, debido en parte a la peor adherencia y cumplimiento del tratamiento, en aquellos individuos con disminución de la motivación, pérdida de energía, desesperanza y comportamiento autodestructivo, propios de la depresión; lo cual llevaría a un inadecuado control glucémico, valorado mediante la hemoglobina glicosilada y al riesgo elevado de complicaciones como la retinopatía, nefropatía, hipertensión, enfermedad cardiaca y disfunción sexual. (Tébar, 2009).

1.1.9 Relación entre hipotiroidismo y depresión

La prevalencia de hipotiroidismo (de grado I a IV) es probablemente superior en pacientes con depresión resistente al tratamiento que en otros pacientes deprimidos. El hipotiroidismo también puede ser más prevalente en la depresión aguda que en la crónica. Los pacientes con hipotiroidismo y episodios previos de depresión son más propensos a presentar una recidiva, incluso con síntomas depresivos más graves, cuando se suspende el tratamiento hipotiroideo. En pacientes con trastorno bipolar, el hipotiroidismo se asocia con cambios rápidos de fase y una escasa respuesta al tratamiento. Aunque la disfunción tiroidea puede desencadenar un episodio de depresión, dicha disfunción también modifica la evolución y la respuesta terapéutica de los trastornos del estado de ánimo. Además, el

hipotiroidismo puede reagudizar una diátesis genética a la depresión. (Gloger S, Fardella C, Santis R, Bitran J. 1997; pp. 125)

Los signos y síntomas del hipotiroidismo son casi idénticos a los de la depresión. Cuando el paciente recibe la necesaria terapia sustitutiva, generalmente desaparecen los síntomas depresivos. Si los síntomas persisten debe tenerse en cuenta la posible existencia de una depresión autónoma.

Los cuadros depresivos primarios asocian a síntomas psicológicos como la tristeza, disforia, falta de interés o capacidad de placer y disfrute, sentimientos de inutilidad o culpa, estorbo, pensamientos de muerte que pueden llegar a ser de suicidio, otros síntomas somáticos como la pérdida de peso sin hacer régimen, aumento del mismo por hiperfagia, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía o disminución de la capacidad de concentración. Muchos de los síntomas de este segundo grupo son compartidos por otros síndromes y enfermedades médicas.

Tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo pueden producir síntomas atribuibles a una enfermedad psiquiátrica. En el hipotiroidismo son frecuentes la astenia psicomotora, el letargo, la somnolencia y trastornos cognitivos, como pérdida de memoria y falta de capacidad de concentración, todos ellos muy frecuentes en la depresión. Por otra parte, el hipertiroidismo puede ser causa de hiperactividad con taquicardia, nerviosismo, crisis vasomotoras e irritabilidad, que pueden confundirse con crisis de pánico o episodios de manía o hipomanía. (Fardella B. Carlos y Gloger K. Sergio. 2000).

Se postuló recientemente un novedoso mecanismo de acción de las hormonas tiroideas en el SNC, el cual se expresaría modulando la concentración de serotonina intracerebral Estudios en animales han demostrado que la administración tanto aguda como crónica de triyodotironina (T3) aumenta la concentración de serotonina intracerebral. Por otra parte,

se ha demostrado que la serotonina cerebral disminuye en el hipotiroidismo y aumenta en el hipertiroidismo. De esta forma, los cambios en la concentración de serotonina intracerebral podrían explicar la sintomatología anímica de pacientes afectados por disfunción tiroidea y en particular por hipotiroidismo. (Fardella B. Carlos y Gloger K. Sergio. 2000).

1.2 **ANSIEDAD**

1.2.1 **Definición de Ansiedad**

La ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso es fácil de definir. (Gutiérrez, J. 2006).

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa congoja o aflicción, el cual consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente (Cía, 2002).

Talarn, manifiesta que la ansiedad es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, ya sea externo o interno. (Talarn, 2005).

Otros autores como Baeza y col, expresan que la ansiedad es una emoción caracterizada por el sentimiento de miedo, temor, aprensión e inseguridad. (Baeza,J.C, 2008).

1.2.2 Etiopatogenia de los trastornos de Ansiedad

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología. (Reyes-TicasJA.2001).

1.2.3 Tipos de trastornos de ansiedad

Hay muchos tipos de trastornos de ansiedad, y cada cual tiene sus propios síntomas y tratamientos. Aquí una lista de algunos de ellos: (Instituto Nacional de Salud Mental de california, 2013)

1.2.3.1 **La ansiedad generalizada.**

Es una preocupación excesiva e incontrolable que no está relacionada con una cosa específica.

1.2.3.2 **La ansiedad social** o la fobia social.

Se caracteriza por un miedo a situaciones sociales o públicas (por ejemplo, conocer a gente nueva) en las que una persona podría sentirse avergonzado. Las personas que sufren de ansiedad social suelen evitar las situaciones sociales.

1.2.3.3 La agorafobia.

Es la ansiedad de estar en lugares o situaciones donde podría ser difícil o vergonzoso escapar si una persona sufre un ataque de pánico. Usualmente esas personas evitan ciertos lugares y situaciones.

1.2.3.4 La claustrofobia.

Es el miedo a los espacios cerrados o muy reducidos. Las personas que sufren de claustrofobia pueden experimentar ataques de pánico o el temor de sufrir un ataque de pánico, en elevadores o trenes.

1.2.3.5 **El trastorno de pánico.**

Ocurre cuando tienes ataques de pánico con frecuencia. Algunas personas pueden desarrollar agorafobia a raíz de los ataques de pánico.

1.2.3.6 **Las fobias específicas.**

Se caracterizan por un miedo intenso y permanente de objetos o situaciones concretas. Ver el objeto que te provoca miedo puede desencadenar un ataque de pánico. Por lo general, se evita el objeto o situación.

1.2.3.7 **La hipocondría.**

Se refiere a una preocupación extrema de sufrir una enfermedad grave. Las personas que sufren de hipocondría tienen una fijación constante con su cuerpo, y suelen auto examinarse y auto diagnosticarse.

1.2.3.8 **El trastorno obsesivo compulsivo** (OCD, en inglés).

Implica pensamientos e impulsos no deseados u obsesiones y comportamientos rutinarios repetitivos, también conocidos como compulsiones.

1.2.3.9 **El trastorno de estrés postraumático** (PTSD, en inglés)

Es un trastorno de ansiedad provocado por un evento traumático importante, como la violación o un accidente. Se caracteriza por recuerdos perturbadores, “embotamiento” de emociones y dificultad para dormir.

1.2.4 Relación entre diabetes y ansiedad

Estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, activando el circuito fisiológico característico del estrés. Este circuito fisiológico de estrés existía en los seres humanos primitivos como un mecanismo de supervivencia y fue diseñado para situaciones de estrés a corto plazo.

Cuando percibimos una situación de estrés, el hipotálamo, situado en nuestro cerebro, segrega HLC (hormona liberadora de corticotropina). Esta hormona estimula la glándula pituitaria para que libere ACTH (adrenocorticotropina), que a su vez hace que las glándulas suprarrenales segreguen tres hormonas adicionales: adrenalina, noradrenalina y glucocorticoide. (María I. Jiménez Chafey. 2007)

La adrenalina y la noradrenalina aumentan la presión sanguínea y el ritmo cardíaco, desvían el riego sanguíneo del sistema gastrointestinal a los músculos y aceleran el tiempo de reacción (Harrison et al., 1987).

La activación a largo plazo de este circuito fisiológico provoca enfermedades físicas y psicológicas crónicas y dañinas, como las dolencias cardíacas, las úlceras, la obesidad, las adicciones, la depresión, los desórdenes específicos de ansiedad y la debilitación del sistema inmunológico. Del mismo modo, exacerba enfermedades existentes en la persona, como lo es primordialmente la diabetes, y la predispone al desarrollo de complicaciones relacionadas con la condición.

Estudios han evidenciado que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud

Además, el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas aumenten el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes, ya sea

normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento y/o incorporando paulatinamente la buena alimentación y los ejercicios en sus estilos de vida. (María I. Jiménez 2007).

La ansiedad desempeña una función adaptativa cuando se presenta de forma moderada, adoptando medidas de prevención y ayudando a afrontar una realidad nueva para el individuo como es el caso de padecer diabetes mellitus; sin embargo, cuando dicha situación de amenaza personal al bienestar físico se manifiesta con gran intensidad, alteraría el control adecuado de la ansiedad, relacionándose a su vez con los bajos niveles de salud y bienestar del individuo. (Del Bosque y Gutiérrez, 2002).

1.2.5 Ansiedad e hipotiroidismo

Un hipotiroidismo es una enfermedad en la que la glándula tiroides no produce la suficiente cantidad de la hormona tiroides, que son las que regulan muchas funciones del organismo humano, como la frecuencia cardiaca, la temperatura, la tasa metabólica, etc. En algunas personas los síntomas pueden parecerse a algunos síntomas de la ansiedad o depresión, como la hiperventilación, fatiga o abulia. Pero esos síntomas de ansiedad o depresión son consecuencia del hipotiroidismo, por lo que hay que hacer un tratamiento del hipotiroidismo. (Monzón M: 1996).

Sin embargo la lentitud, el letargo y la somnolencia, no se presentan en todos los pacientes hipotiroideos En algunos puede aparecer irritabilidad, inquietud e insomnio. Es una sintomatología que desorienta al médico, que puede pensar en una situación de ansiedad y tratarla con tranquilizantes o ansiolíticos que aun confunde más el cuadro clínico, ya que puede mezclarse ansiedad con cansancio y abatimiento.

En personas mayores el cuadro puede evolucionar y progresar hasta un **estado de agitación**. A veces pueden convertirse en personas agresivamente hostiles, con manías persecutorias y alucinaciones pasajeras. A los pacientes se les cataloga como demencia

senil, cuando en realidad es una demencia hipotiroidea. El problema es que estos cuadros suelen aparecer en personas muy mayores, en las que las manifestaciones de una demencia senil o una atrofia cerebral pueden aparecer mezcladas con las debidas al hipotiroidismo. (Monzón M: 1996).

Hay poca evidencia de disfunción tiroidea en trastornos de ansiedad

Los estudios encuentran niveles hormonales normales en trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico.

No obstante, hay evidencia preliminar de elevada prevalencia de bocio y enfermedad tiroidea en pacientes con trastorno de pánico. (Márquez López Mato A., Boullosa O.: 2002).

CAPITULO II

2. ENFERMEDADES ENDOCRINAS (HIPOTIROIDISMO Y DIABETES)

3.1 HIPOTIROIDISMO

3.1.1 Etiología del Hipotiroidismo

La causa más frecuente de hipotiroidismo primario adquirido es la tiroiditis crónica autoinmune (TCA) caracterizada por la pérdida de tejido tiroideo funcionante. La histopatología muestra una infiltración linfocitaria focal o difusa y fibrosis de la glándula. Existe una forma bociosa (enfermedad de Hashimoto) y una forma atrófica (mixedema atrófico). Es más frecuente en mujeres y existe una clara predisposición genética a padecerla. Los anticuerpos antiTPO son positivos en más del 90% de los casos, mientras que los antitiroglobulina sólo en un 60%. La segunda causa más frecuente de hipotiroidismo es el secundario a radiación o ablación quirúrgica del tiroides. La radiación puede haber sido externa, por tumores de cabeza y cuello o por el tratamiento de un hipertiroidismo con radioyodo. En ambos casos, al igual que en la tiroidectomía parcial, el hipotiroidismo puede aparecer de forma tardía, después de años de haber recibido el

tratamiento. (Guarnizo, M; Arbañil, HC, «Trastornos tiroideos subclínicos». Diagnóstico pp.48. 75-82, 2009).

Los fármacos son otra causa frecuente de hipotiroidismo, bien por interferencia en la producción de hormonas o por mecanismos autoinmunes. Otras causas raras de hipotiroidismo están relacionadas con enfermedades infiltrativas: hemocromatosis, amiloidosis, esclerodermia y otras. El hipotiroidismo central es casi excepcional en los ancianos, y se debe a una alteración anatómica o funcional de la hipófisis y/o el hipotálamo. Generalmente es consecuencia de tumores (primarios o metastásicos), radiación externa, infecciones, traumatismos o cirugía. (Godoy, J Mayo. «Síndrome de hipotiroidismo». Manual de Diagnóstico y Tratamiento del Hipotiroidismo .pp. 31-37, 2014).

3.1.2 Definición

Se define como un síndrome caracterizado por manifestaciones clínicas y bioquímicas de fallo tiroideo y de déficit de disponibilidad de hormona tiroidea en los tejidos diana. La forma más habitual es el hipotiroidismo primario. Foz M. (1992).

3.1.3 Epidemiologia

La prevalencia del hipotiroidismo en población anciana oscila entre el 1,7 y el 13,7%, dependiendo de la población estudiada y los criterios de selección establecidos en los distintos estudios. Es mayor en mujeres y existen variaciones geográficas importantes en relación al aporte de yodo con la dieta.

3.1.4 Manifestaciones clínicas del hipotiroidismo

Cutáneos: Piel seca, Caída del cabello, Edema facial y parpebral e Intolerancia al frío.

Neurológicos, psiquiátricos y conductuales: Parestesias, calambres musculares, Ataxia, Polineuropatía, Bradipsiquia, Apatía, Deterioro cognitivo, Síntomas psicóticos, confusión.

Endocrino-metabólicos: Ganancia de peso, Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.**,** Edema periférico, Tendencia a hipocalcemia, discreta elevación de PTH y de la 1-25 hidroxivitaminaD.

Musculoesqueléticos: Miopatía, mialgias, fatigabilidad, Artritis, artralgias, rigidez articular.

Cardiovasculares: Bradicardia, Derrame pericardio, Insuficiencia cardiaca e Hipertensión diastólica.

Digestivos: Estreñimiento.

Respiratorios: Apnea del sueño y respiraciones cortas.

Hematológicos: Anemia (generalmente normocítica, aunque también puede ser micro o macrocítica).

Renales: Posible aumento de creatinina e hiponatremia.

3.1.5 Exploración psicopatológica y trastornos mentales más frecuentes en el hipotiroidismo

3.1.5.1 Exploración psicopatológica

a) Experiencia actitud y actividad. Apariencia, actitud y actividad. Cierto grado de abandono de su aseo personal. Enlentecimiento global y abulia. Puede existir marcada agitación y agresividad.
b) Funciones cognoscitivas. Enlentecimiento psicomotor. Alteraciones de atención, concentración, comprensión, aprendizaje y memoria (especialmente memoria reciente).
c) Humor. Importancia sintomatológica afectiva con mayor tendencia a la apatía que a la depresión. Perdida de interés e iniciativa. Irritabilidad frecuente.

d) Pensamiento y percepción. Alteraciones en el contenido del pensamiento especialmente de tipo paranoide. (Rojo Rodes J.E, 1997).

3.1.5.2 Trastornos mentales

a) Delirium. Alteración más frecuente
b) Demencia. Relativamente frecuente; desarrollo insidioso indistinguible de una demencia presenil primaria.
c) Trastorno amnésico.
d) Trastorno psicótico. En la mayoría de los casos en el contexto de un delirium. Trastornos esquizofrénicos poco frecuentes.
e) Trastorno del estado de amino. Trastornos de le estado de ánimo graves. Marcada inhibición y apatía. Frecuente sintomatología psicótica con grave agitación o hipocondriasis rara. (Rojo Rodes J.E, 1997).

3.2 DIABETES

3.2.1 Definición

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales. (American Diabetes Association. 2014).

Hay tres tipos principales de diabetes: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes mellitus gestacional (DMG)

3.2.2 Datos y cifras

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. (OMS. 2014)

3.2.3 Causas

La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar el azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas. (Egede LE, et al., 2002).

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual el alimento se descompone y es empleado por el cuerpo para obtener energía. Suceden varias cosas cuando se digiere el alimento:

a) Un azúcar llamado glucosa, que es fuente de energía para el cuerpo, entra en el torrente sanguíneo.

b) Un órgano llamado páncreas produce la insulina, cuyo papel es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta los músculos, la grasa y las células hepáticas, donde puede almacenarse o utilizarse como energía.

Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar desde la sangre hasta los adipocitos y células musculares para quemarla o almacenarla como energía, y dado que el hígado produce demasiada glucosa y la secreta en la sangre. Esto se debe a que: (Golden SH, et al. JAMA. 2008 Jun 18).

El páncreas no produce suficiente insulina, Las células no responden de manera normal a la insulina y Ambas razones anteriores.

3.2.4 Sintomatología

Un nivel alto de azúcar en la sangre puede causar diversos síntomas, como: Visión borrosa, Sed excesiva, Fatiga, Micción frecuente, Hambre y Pérdida de peso: (Peralta Pérez G. 2007).

Debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con hiperglucemia son asintomáticas.

Los síntomas de la diabetes tipo 1 se desarrollan en un período de tiempo corto y las personas pueden estar muy enfermas para el momento del diagnóstico.

Después de muchos años, la diabetes puede llevar a otros problemas serios. Estos problemas se conocen como complicaciones de la diabetes y abarcan:

a) Problemas oculares, como dificultad para ver (especialmente por la noche), sensibilidad a la luz y ceguera.

b) Úlceras e infecciones en las piernas o los pies que, de no recibir tratamiento, pueden llevar a la amputación de estas extremidades.

c) Daño a los nervios en el cuerpo causando dolor, hormigueo, pérdida de la sensibilidad, problemas para digerir el alimento y disfunción eréctil.

d) Problemas renales, los cuales pueden llevar a insuficiencia renal.

e) Debilitamiento del sistema inmunitario, lo cual puede llevar a infecciones más frecuentes.

Aumento de la probabilidad de sufrir un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular. (Peralta Pérez G. 2007).

3.2.5 Exploración psicopatológica y trastornos mentales más frecuentes en la diabetes.

3.2.5.1 Exploración psicopatológica

a) Apariencia, actitud y actividad. Puede existir letargia y fatigabilidad
b) Funciones cognoscitivas. Dificultades de concentración. Deterioro mnésico.
c) Humor. Tendencia a la inestabilidad emocional, irritabilidad, soledad, desesperanza y humor depresivo.
d) Pensamiento y percepción. Actitudes hipocondriacas.
e) Otras manifestaciones. Perdidas de control y trastornos graves del comportamiento (pueden ser muy extraños o raros). (Rojo Rodes J.E. 1997).

3.2.5.2 Trastornos mentales

a) Delirum. Puede preceder a un coma diabético.
b) Demencia
c) Trastorno amnésico
d) Trastorno psicótico
e) Trastorno del estado de ánimo. Pueden aparecer trastornos distímicos y en algún caso trastornos depresivos (muy frecuente cuando la diabetes es secundaria)
f) Trastorno de ansiedad. Presencia de crisis de angustia graves con un miedo extremo, en muchos casos sin que el paciente sea capaz de concretar la causa.
g) Trastornos sexuales. Disminución del deseo sexual, alteraciones en la eyaculación, impotencia, anorgasmia o amenorrea. (Rojo Rodes J.E. 1997).

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

La investigación se caracteriza por ser de tipo descriptivo cuantitativo de corte transversal, desde un enfoque cualitativo con la finalidad de obtener una aproximación al estudio y la comparación entre variables como la presencia de ansiedad y depresión en un grupo de personas que son diagnosticados con Hipotiroidismo y Diabetes.

Universo:

La presente investigación estará dirigida a todos los 320 pacientes que asisten al servicio de Endocrinología del Hospital Isidro Ayora.

Muestra:

La muestra se define con los pacientes que sean diagnosticados previamente con diabetes e hipotiroidismo por la Médico Endocrinóloga del Hospital Isidro Ayora los cuales fueron 60 pacientes 30 con Diabetes y 30 con Hipotiroidismo.

Criterios de inclusión:

1) Pacientes que sean diagnosticados previamente por diabetes e hipotiroidismo.

Criterios de exclusión:

1) Consentimiento informado.
2) Trastornos mentales.

Técnicas e Instrumentos:

Para efectuar la vigente investigación se utilizara principalmente: Reactivos Psicológicos, técnicas que se consideren necesarias según sea el caso de cada paciente.

El uso de cada una de estas técnicas se llevara a efecto con el único fin de cumplir los objetivos propuestos y promover el bienestar del paciente.

Técnicas

a. **Hoja de recolección de datos**

Es una hoja de registro para reunir y clasificar las informaciones según determinadas categorías de un evento o problema que se desee estudiar. Su uso hace fácil la recopilación de datos y su realización, de forma que puedan ser usadas fácilmente y ser analizadas automáticamente.

b. **Consentimiento informado**

El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

Descripción De Instrumentos.

a) **<u>ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON</u>**

IDENTIFICACIÓN

Nombre: Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

Nombre original: Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Autores: Hamilton, M.

Versiones: Existe una versión reducida (CAS), otra computarizada y otra en vídeo.

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: escala de observación.

Objetivos: Permite determinar el grado de ansiedad global del paciente. Población: Pacientes diagnosticados de ansiedad.

Descripción: Escala compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referido al comportamiento durante la entrevista.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Consistencia interna: 0.79-0.86; Fiabilidad test-retest: 0.96.

Validez: Correlaciones de la HARS con la Escala de ansiedad de Covi: 0.73-0.75; y con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): 0.56. Correlaciones significativamente altas (0.62- 0.73) con la Escala para la Valoración de la Depresión de Hamilton (Ham-D). Al eliminarse los ítems referidos a depresión de la HARS y los ítems referidos a ansiedad de la Ham-D se alcanza una mejor discriminación entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con trastorno de depresión mayor, según criterios DSM-III-R. Puede distinguir entre pacientes con trastornos de ansiedad de aquellas personas control no clínicas y es sensible al cambio producido durante el tratamiento, encontrándose correlaciones significativas (0.59) entre los cambios en las puntuaciones en la HARS y los cambios en las puntuaciones en otras escalas de ansiedad global como la de Covi.

APLICACIÓN

Tiempo de administración: 15-30 minutos

Corrección e interpretación: La puntuación (suma de las puntuaciones en los ítems), oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona. A pesar de la ausencia de baremos estandarizados, algunos autores sugieren que una puntuación mayor o igual a 14 indica ansiedad clínicamente significativa.

b) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre del test: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Nombre del test en su versión original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).

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

Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson**;** Clinical and Talent Assessment España: Fréderique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Editor del test en su versión original: NCS Pearson, Inc. (U.S.A.)

Editor de la adaptación española: Pearson Educación, S.A

Fecha de publicación del test original: 1996.

Fecha de la publicación del test en su adaptación española: 2011

Breve descripción de la variable que pretende medir el test:

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos

en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Cualificación requerida para el uso del test de acuerdo con la documentación aportada

Nivel C

Aunque el BDI-II puede ser fácilmente aplicado y corregido por técnicos sanitarios, las puntuaciones deben ser interpretadas únicamente por profesionales con la adecuada preparación y experiencia clínica.

Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable

El BDI-II ha sido construido preferentemente para un uso clínico como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas

El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Procedimiento

Para la realización de la presente investigación se contó con el permiso correspondiente del Hospital Isidro Ayora, se entrevistó con la médico especialista en endocrinología para que se dé, la información necesaria de los pacientes que acuden a esta área, y así poder aplicar los reactivos psicológicos, entre los cuales se aplicaron los test de ansiedad de Hamilton y depresión de Beck, contando con una participaron de 60 pacientes entre diabéticos e hipertensos que fueron diagnosticados previamente, se administraron los dos test en una sola consulta, de igual manera se realizó un consentimiento informado que cada paciente firmo, y una hoja de recolección de datos la cual nos ayudó a constatar las diferentes patologías.

f. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla N° 1

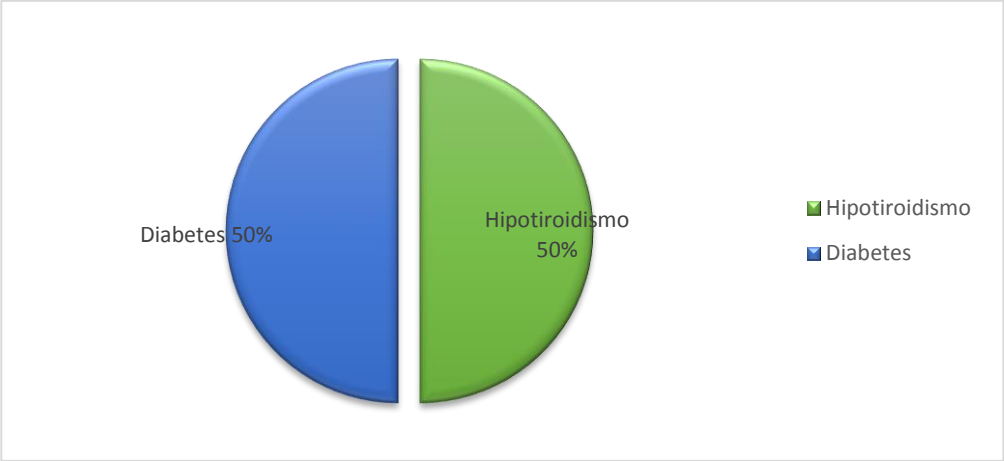
Promedio de pacientes que presentan Diabetes e Hipotiroidismo

Promedio de pacientes que presentan diabetes e hipotiroidismo	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Hipotiroidismo	30	50,00%
Diabetes	30	50,00%
TOTAL	**60**	**100,00%**

Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaborado: Nohely G. González L.

Gráfico N° 1

Promedio de pacientes que presentan diabetes e hipotiroidismo



Fuente: Hoja de recolección de datos.
Elaborado: Nohely G. González L.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Del 100% de los pacientes a los cuales se aplicó los reactivos correspondientes para el trabajo de investigación son un 50% de Diabéticos y 50% de Hipotiroideos.

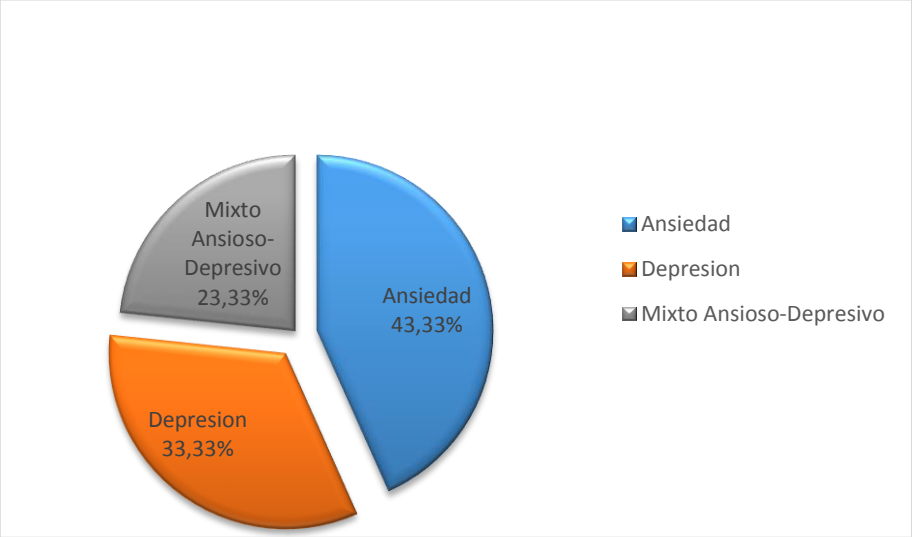
Tabla N° 2

Promedio general de pacientes que presentan ansiedad y depresión.

Promedio de pacientes que presentan ansiedad y depresión.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad	26	43,33%
Depresión	20	33,33%
Mixto Ansioso-Depresivo	14	23,33%
TOTAL	60	99,99%

Fuente: Test de Ansiedad de Hamilton y Depresión de Beck
Elaborado: Nohely G. González L.

Grafico N° 2
Promedio general de pacientes que presentan ansiedad y depresión.



Fuente: Test de Ansiedad de Hamilton y Depresión de Beck
Elaborado: Nohely G. González L.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

De acuerdo a los test aplicados del 100% pacientes Hipotiroideos y Diabéticos; en el test de Ansiedad de **Hamilton** se evidencio un 43,33% pacientes muestran algún tipo de ansiedad, frente al test de depresión de **Beck** con el 33,33% pacientes se muestran con algún tipo de depresión; se pudo encontrar en la investigación que el 23,33% pacientes presentan un tipo mixto ansioso depresivo.

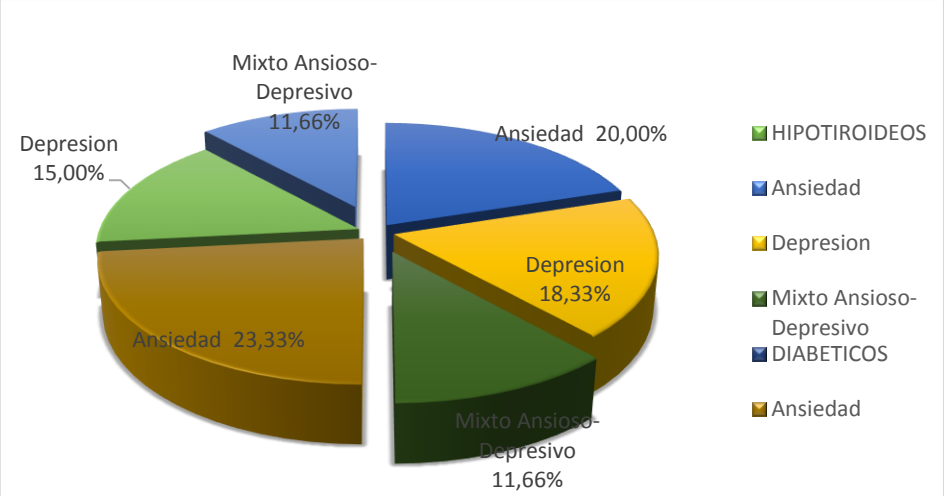
Tabla N° 3

Relación entre el hipotiroidismo y la diabetes con la Ansiedad y la Depresión.

Relación entre el hipotiroidismo y la diabetes con la ansiedad y la depresión		
HIPOTIROIDEOS	**f**	**%**
Ansiedad	12	20,00%
Depresión	11	18,33%
Mixto Ansiedad Y depresión	7	11,66%
DIABÉTICOS		
Ansiedad	14	23,33%
Depresión	9	15,00%
Mixto Ansiedad Y depresión	7	11,66%
TOTAL	60	99,98%

Fuente: Test de Ansiedad de Hamilton y Depresión de Beck
Elaborado: Nohely G. González L.

Grafico N° 3
Relación entre el hipotiroidismo y la diabetes con la ansiedad y la depresión



Fuente: Test de Ansiedad de Hamilton y Depresión de Beck
Elaborado: Nohely G. González L.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Con referencia a la relación entre el hipotiroidismo y la Diabetes Con La Ansiedad y La Depresión; tenemos de los 30 pacientes con **Hipotiroidismo** el 20,00% presentan ansiedad mientras que el 18,33% se evidencia depresión; encontrando un 11,66% pacientes presentan un trastorno mixto ansioso-depresivo. En cambio en los **Diabéticos** de los 30 pacientes el 23,33% se observa ansiedad y el 15,00% se muestra depresión; se encuentra un 11,66% con un trastorno mixto ansioso-depresivo.

Tabla N° 4

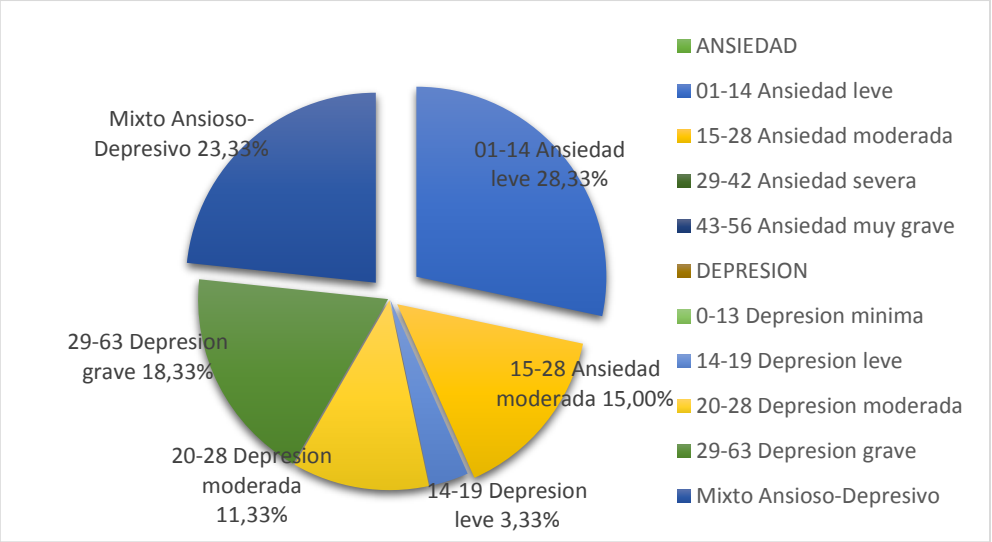
Tipos de Ansiedad y Depresión

HIPOTIROIDEOS y DIABÉTICOS		
RANGOS	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
ANSIEDAD		
01-14 Ansiedad leve	17	28,33%
15-28 Ansiedad moderada	9	15,00%
29-42 Ansiedad severa	0	0
43-56 Ansiedad muy grave	0	0
DEPRESION		
0-13 Depresión mínima	0	0
14-19 Depresión leve	2	3,33%
20-28 Depresión moderada	7	11,66%
29-63 Depresión grave	11	18,33%
Mixto Ansioso-Depresivo	14	23,33%
TOTAL	60	99,98%

Fuente: Test de Ansiedad de Hamilton y Depresión de Beck.
Elaborado: Nohely G. González L.

Grafico N° 4

Tipos de ansiedad y depresión



Fuente: Test de Ansiedad de Hamilton y Depresión de Beck.
Elaborado: Nohely G. González L.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los test de Ansiedad y Depresión que se aplicó a los 60 pacientes se evidencio; el test de **Ansiedad de Hamilton** se obtuvo un 28,33% con una ansiedad leve, y el 15,00% se manifiesto una ansiedad moderada en los casos de ansiedad severa y grave no se halló alguno. En el test de **Depresión de Beck** se manifiestan los siguientes porcentajes, 18,33% presentan una depresión grave, el 11,66% muestran depresión Moderada, y el 3,33% con una depresión leve, en el caso de depresión mínima no se evidencio alguno. Se encontró un 23,33% de pacientes que presentan un **tipo Mixto Ansioso-Depresivo.**

g. DISCUSIÓN

En el transcurso de este proceso investigativo se ha podido determinar la existencia de ansiedad y depresión en los pacientes con diabetes e hipotiroidismo. Si estos problemas no se tratan de manera adecuada pueden traer consecuencias graves.

En los pacientes Diabéticos e Hipotiroideos de consulta externa del servicio de endocrinología, se logró confirmar la existencia de los trastornos de ansiedad y depresión, existiendo un 43,33% del trastorno ansioso, más sobresalientes fueron ansiedad leve, y ansiedad moderada; y 33,33% del trastorno de depresión los cuales son más frecuentes depresión grave, moderada y leve y finalmente se obtuvo el 23,33% un trastorno mixto ansioso-depresivo.

Además los datos obtenidos en la presente investigación se comparan con otros trabajos que corroboran éstas estadísticas relacionadas con el tema.

La investigación realizada en México en el 2010, cuya población fueron participantes en la "**Caminata Anual del Paciente Diabético**", la prevalencia de síntomas de ansiedad fue de 8.0%; de síntomas de depresión 24.7%, y de ansiedad y depresión combinados de 5.4%. Discrepando con este estudio ya que se encontró datos de ansiedad mayor y menor en depresión comparada para esta investigación. (Medicina Interna de México Volumen 26, 2010).

Un estudio realizado en **Chile del 2007**, con una muestra de 40 pacientes diabéticos tipo 2, encontraron una frecuencia de Ansiedad de 82,5% y de Depresión de 95%, evidenciándose una mayor frecuencia de estos trastornos. Asimismo, aunque se halla concordancia con el estudio en pacientes diabéticos y trastornos del ánimo los resultados no son similares, ya que predominan los trastornos ansiosos en esta investigación. (Rojas T.et al. "Prevención en la Diabetes" VII Congreso Cubano de Diabetes. La Habana, 2007).

En relación al estudio realizado por Collins en el 2009 en la "**University of California**", utilizaron un instrumento diferente: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la cual tiene pocos estudios publicados en pacientes diabéticos. Encontraron; Depresión leve: 12,30%, moderada: 8%, severa: 2,1% y Ansiedad leve: 16,9%, moderada: 10,3%, severa: 4,8%. En calidad de investigadora comparto con los resultados obtenidos en el estudio antes mencionado, ya que se relaciona con la presente investigación. (Collins M, et al, 2009).

En estudios realizados con hipotiroideos y trastornos del estado de ánimo, no se encontrado muchos estudios ya sea porque los síntomas que presentan los pacientes hipotiroideos, son muy similares a los de la ansiedad y la depresión, pero sobresale el siguiente:

Coincidiendo con el siguiente estudio donde los trastornos de ansiedad son mayor que los trastornos de depresión. De Sonino y cols 2004 "**Instituto Nacional de Endocrinología (INEN)**", con 146 pacientes consecutivos (39 de ellos con trastornos del tiroides) se observó que el 81% de los pacientes presentaban al menos un diagnóstico psiquiátrico. Los trastornos más frecuentes fueron el trastorno de ansiedad generalizada (29%), la depresión mayor (26%), el humor irritable (46%), la desmoralización (34%) y la somatización persistente (21%). (Sonino, et al, 2004).

En las investigaciones anteriores se pueden evidenciar que los resultados obtenidos demuestran la existencia de Ansiedad y Depresión en los pacientes diagnosticados de hipotiroidismo y diabetes.

h. CONCLUSIONES:

Una vez finalizado el trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

a) En los pacientes Diabéticos e Hipotiroideos de consulta externa del Hospital Provincial General "Isidro Ayora", se logró confirmar la existencia de los trastornos de ansiedad y depresión, existiendo un mayor número de pacientes con trastornos de ansiedad, seguido del trastorno de depresión, y de un trastorno mixto ansioso-depresivo de ahí la importancia de la intervención psicológica dirigida al manejo de estresores.

b) De acuerdo a los resultados obtenidos mediante el Inventario de ansiedad de Hamilton, se pudo concluir que los diagnósticos más sobresalientes fueron ansiedad leve, y ansiedad moderada; En el test de Depresión de Beck se evidencio que un número considerable de pacientes presentan síntomas de depresión grave, moderada y leve los cuales están ligados a la forma en que cada paciente acepta su enfermedad y se adhiere a su tratamiento, además se pudo constatar un gran número de pacientes con un trastornó mixto ansioso-depresivo.

c) Se elaboró un plan de intervención psicoterapéutico el cual podrá ser utilizado como guía para dar un tratamiento adecuado a las personas; el mismo que cuenta con técnicas cognitivas, conductuales, técnicas de psicoeducación, estas se encuentran encaminadas a prevenir, intervenir y disminuir la depresión y la ansiedad, como producto de la padecer alguna enfermedad médica, y así poder mejorar su estado emocional.

i. RECOMENDACIONES:

De acuerdo a la realización y recopilación de datos en este trabajo de investigación se puede recomendar:

a) Se recomienda al Hospital General "Isidro Ayora" aplicar el plan de intervención psicoterapéutico planteado ya que va enfocado a disminuir los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con enfermedades degenerativas.

b) Se exhorta implementar la participación de un Equipo multidisciplinario (Médico, Psicólogo Clínico, Educadora Para La Salud, Nutricionista) para ayudar a los pacientes ya que este es un pilar fundamental en el tratamiento de las enfermedades degenerativas con el fin de evitar o prevenir complicaciones y discapacidades en el futuro.

c) Además es muy necesario e importante que toda persona con diabetes e hipotiroidismo acuda o mantenga una entrevista y valoración psicológica, para determinar la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa, lo cual facilitaría a encontrar los mecanismos que colaboren a mejorar su estilo de vida.

d) Y ya que existe preocupación por la expansión de las enfermedades crónicas degenerativa, se debe poner mayor empeño en el control y manejo adecuado de estas enfermedades por parte de los pacientes que la padecen, y de los diferentes profesionales, para que esto a su vez sirva para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PLAN DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA PARA LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HIPOTIROIDES Y DIABETES.

Objetivo general

Diseñar un programa de intervención encaminada a reducir los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes que sufren de diabetes e hipotiroidismo.

Objetivos específicos

a) Concientizar en el paciente técnicas de autocuidado de su condición médica.
b) Crear técnicas de autocontrol de sus sentimientos y afectos.
c) Elevar el estado afectivo de los pacientes diagnosticados con hipotiroidismo y diabetes.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se enfoca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. (BALAREZO Lucio, 2007, PSICOTERAPIA, Terapia Racional y Terapia Cognitiva, Quito Ecuador, 73-75.).

Se utiliza terapias a corto plazo. Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. La meta de la TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. Pone el énfasis en el cambio. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento.

Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato "único" para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funciona.

Se caracteriza, entre otras cosas, por:

1. Ser una psicoterapia breve.
2. Focalizarse en el presente, en la problemática planteada y en su solución.
3. Hacer prevención hacia futuros trastornos.

PLAN DE INTERVENCION PSICOLOGICA

ENGANCHE	Rapport Empatía Encuadre
DIAGNÓSTICO	Elaboración de Historias Clínicas. Aplicación de Instrumentos psicológicos.
PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA **ANSIEDAD**	Entonamiento empático o Establecimiento De Rapport.- Elaboración de la Historia Clínica Psicológica Aplicación de reactivos psicológicos. Detección e identificación de pensamientos automáticos irracionales. Reestructuración y cambios de pensamiento Adquisición del INSIGHT Respuesta cognitiva-emocional (Racional-Emotiva) Terapia Racional Emotiva Psicoeducacion o sesión informática y educativa. Terapia focal de emociones
PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA **DEPRESIÓN**	Programas en actividades agradables. Entrenamiento en Habilidades Sociales. Terapia de Autocontrol. Entrenamiento en Solución de problemas.

Ejecución y/o desarrollo:

PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN ANSIEDAD.

Objetivos inmediatos:

1. Reducción de la frecuencia, intensidad y duración de la activación autonómica/ansiedad.
2. Facilitación de la adquisición de habilidades de afrontamiento
3. Identificación y modificación de la base cognitiva, fisiológica y motora de ansiedad.

Áreas de intervención:

1. Individual

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión I

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Entonamiento empático o Establecimiento De Rapport.-	1. Encuadre 2. Negociar el contrato psicoterapéutico 3. Establecer el ambiente propicio para el tratamiento psicológico 4. Lograr recolectar la información necesaria para establecer aproximaciones diagnósticas.	Presentación y narración individual del paciente de sus necesidades y conflictos.	El paciente se sentirá en confianza y armonía al saber que sus problemas serán tratados de la manera más óptima.	Psicoterapia Paciente Material didáctico	40 a 60 minutos aproximadamente
TAREA N # 1: Facilitar el compromiso en las metas y tareas de la terapia.					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión II

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Elaboración de la Historia Clínica Psicológica	Tener un panorama completo de la situación biopsicosocial del paciente.	A través del dialogo y la escucha empática se obtendrá información relevante acerca de la situación emocional del paciente.	La evaluación nos brindara datos de las áreas biopsicosocial del paciente.	Psicoterapeuta Paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 2: Realizar una hoja de vida ayudara a la recolección de datos.					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión III

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Aplicación de reactivos psicológicos.	Evaluación del paciente a través de los reactivos psicológicos.	A través de la colaboración del paciente se obtendrá la información relevante para su elaboración.	Conocer los niveles de ansiedad existentes en los pacientes.	Psicoterapeuta paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 3: Realizar una ficha de observación para concretar la información del paciente.					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión IV

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Detección e identificación de pensamientos automáticos irracionales.	Detectar los pensamientos irracionales causantes de malestar y conducta distorsionada en el paciente.	Aplicación del reactivo "inventario de pensamientos automáticos"	Dar a conocer al paciente los pensamientos de mayor fluctuación y como cambiarlos.	Psicoterapeuta Paciente Material didáctico	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 4: Elaboración del abanico de posibilidades entre "lo que es" "lo que puede ser" y "lo que sucede realmente"					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión V

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Reestructuración y cambios de pensamiento	Cambiar antiguas maneras de pensar por otras más adaptables.	Mediante el uso de fases y pensamientos positivos combatir y cambiar la antigua manera de pensar y obtener un pensamiento saludable.	Que él o la paciente logre reconocer que existe pensamientos que al parecer están bien el pero que terminan siendo causantes del malestar.	Psicoterapeuta Paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 5: Realizar una lista de pensamientos					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión VI

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Adquisición del INSIGHT	Mediante la redacción de vivencias personales e historia personal lograr un enfoque y conocerse así mismo.	Analizar el comportamiento de la persona y llevar a un autocontrol de la misma	Establecer un autoconocimiento del paciente para mayor autocontrol de sus reacciones emocionales. Que la sintomatología vaya disminuyendo en intensidad del 100% al 75 % hasta la siguiente sesión.	Psicoterapeuta Paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 6: Realizar una referencia personal para autoconocimiento.					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión VII

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Respuesta cognitiva-emocional (Racional-Emotiva)	Analizar estructura de pensamientos y sus maneras de sentir.	Identificar como el sujeto percibe su medio, filtra y procesa la información.	Cambiar la estructura mental para adoptar una mejor manera de sentir. Que la sintomatología del paciente vaya disminuyendo en intensidad del 75% al 50 % hasta la siguiente sesión.	Psicoterapeuta Paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 7: Detectar emociones e identificar sus mensajes.					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión VIII

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Terapia Racional Emotiva	Resarcimiento de síntomas presentes en el paciente producto de su padecimiento medico	A través de la narración	Que la sintomatología del paciente vaya disminuyendo en intensidad del 50% al 25 % hasta la siguiente sesión.	Psicoterapeuta Paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 8: Seguir una dieta favorable para su condición médica.					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión IX

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Psicoeducacion o sesión informática y educativa.	Lograr que los pacientes tomen conciencia de su enfermedad.	Mediante la utilización de material didáctico e imágenes digitales se tratara de llegar a la conciencia del paciente sobre su estilo de vida que debe llevar de ahora en adelante.	Concientizar y formar un criterio veraz sobre la diabetes e hipotiroidismo y sus normas para llevar una vida saludable.	Psicoterapeuta Paciente Diapositivas Collage	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 9: Un ejemplo de vida e información de un médico que maneja el tema en cuestión.					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión X

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Terapia focal de emociones	Llevar a la conciencia vivencias que son reprimidas.	A través de la narración	Como consecuencia de lo aprendido el paciente aprende a vivir y modificar lo que en su momento causo daño. Que la sintomatología del paciente vaya disminuyendo en intensidad del 25% al 0 %.	Psicoterapeuta Paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 10: El paciente debe empoderarse de todas las técnicas aprendidas en este proceso terapéutico para así aplicarlas en su diario vivir.					

PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN DEPRESION.

Objetivos inmediatos:

1. Disminuir la intensidad y duración de los síntomas de depresión.
2. Modificación de la base cognitiva, fisiológica y motora o conductual de la depresión.

Áreas de intervención:

1. Individual

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión I

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Programas en actividades agradables.	Lograr que el paciente se entrene en las diferentes técnicas y las pueda aplicar en su vida.	Mediante la utilización de material didáctico.	Consiste en un programa altamente estructurado, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo.	Psicoterapeuta Paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 1: llevar un horario de todas sus actividades diarias.					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión II

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Entrenamiento en habilidades sociales	Guiar al sujeto en el empleo de respuestas específicas o patrones de respuesta.	Mediante la utilización de ejemplos.	Lograr dar explicaciones claras y concisas centradas principalmente sobre las conductas a entrenar encada sesión (conductas objetivo).	Psicoterapeuta Paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 2: proponer al paciente que describa ejemplos de experiencias reales y las razones que justifiquen el nuevo comportamiento, así como también las pueda discutir con el terapeuta.					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión III

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Terapia de Autocontrol.	Aumentar la conciencia sobre los pensamientos que guían sus acciones.	1. Tablas o registros de conducta. 2. Planificación ambiental. 3. Auto-contratos.	Fundamental es tomar conciencia de la situación global que les conduce a repetir la conducta no deseada y poder modificar el ambiente para así adquirir nuevos comportamientos en donde los podrán reprender y compensar según sea su desempeño.	Psicoterapeuta Paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 3: Elaborar un registró de conductas.					

TERAPIA INDIVIDUAL

Sesión IV

TÉCNICA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	RECURSOS	TIEMPO
Entrenamiento en la solución de problemas	1. Orientación hacia el problema. 2. Definición y formulación del problema. 3. Generación de soluciones y alternativas 4. Toma de decisiones.	Consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al paciente a resolver sus propios problemas vitales.	Puesta en práctica y verificación de la solución.	Psicoterapeuta Paciente	60 minutos aproximadamente
TAREA N # 4: Guiar al paciente en la toma de decisiones frente al problema planteado.					

j. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. Copyright © 2014. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del dsm-5™: I. American Psychiatric Association, issuing body. II. Title. [DNLM: 1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Mental Disorders—diagnosis. 3. Mental Disorders—classification. WM 14. (pp. 103-129).
2. BAEZA Villarroel, J. C. (2008). Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad. *Higiene y prevención de la ansiedad.* Madrid y Barcelona.
3. BALAREZO Lucio, 2007, PSICOTERAPIA, Terapia Racional y Terapia Cognitiva, Quito Ecuador, 73-75.
4. FARDELLA B. Carlos y Gloger K. Sergio. (2000). "Función tiroidea y patología psiquiátrica" Boletín de la Escuela de Medicina. UN de Chile. Vol 29 Nro 3.
5. CÍA, A. H. (2002). La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. Cap. 1: (pp.31-40). Buenos Aires: Polemos.
6. DÍEZ, C. (2000). Clínica. En J. Vallejo, C. Gastó (Eds.), Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Barcelona: Masson (2ª Edc).pp.11-24.
7. DEL BÓSQUE, A y Gutiérrez, L. (2002). Evaluación de la adaptación. En Aragón, L. y Silva, A. (Eds), Evaluación psicológica en el área clínica. México: Pax pp10- 13.
8. M. G. Fabián., García Sancho, F. y Cobo, C. (2010). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el

tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. Medicina Interna de México, Vol. 26, Nº 2, marzo-abril.

9. FOZ M. (1992).Hipotiroidismo. En: Farreras Valentí PRozman C, ed. Medicina interna. 12ª edición. Barcelona: Ediciones Doyma.
10. GASTÓ C, Vallejo J. (1990). Aspectos históricos. En: Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona: Masson; p. 165-191.
11. GLOGER S, Fardella C, Santis R, Bitran J. (1997).Relevancia del estudio tiroideo en pacientes con trastornos psiquiátricos. Rev Med Chil; pp.125.
12. GUARNIZO, M; Arbañil, HC (abril-junio 2009). «Transtornos tiroideos subclínicos». *Diagnóstico* 48 (2): 75-82.
13. GUTIÉRREZ, J. (2006). Ansiedad y salud. En L. A. Oblitas (Eds.), Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Internacional Thomson (2ª Edc.).
14. GODOY, J (Mayo 2014). «Síndrome de hipotiroidismo». *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del Hipotiroidismo*: pp. 31-37.
15. JERVIS, G. (2005). La Depresión. Dos enfoques complementarios. Madrid: Fundamentos.
16. MINSAL, Ministerio de Salud. (2013). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago (ENETS Fecha 1ª Edición: 2007, Fecha 2ª Edición: 2009, Fecha 2ª Edición y publicación: 2013). MINSAL.
17. MÁRQUEZ López Mato A., Boullosa O.: (2002). Eje Córtico-LímbicoHipotálamo-Hipófiso-Adrenal. En: Márquez López Mato A. Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos. Ed. Polemos. Buenos Aires.

18. MAYOR, L. y Tortosa, F. (2006). Ámbitos de aplicación de la psicología motivacional (4° imp.). Bilbao: DDB.
19. MONZÓN M: (1996). Hipotiroidismo subclínico como causa de deterioro cognoscitivo reversible.- Neurología; (pp.11, 353).
20. TALARN, A. (2005). Trastorno de Ansiedad. En A., Jarne, A., Talarn (Comps), Manual de Psicopatología Clínica. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer y ediciones Paidos ibérica. Cap 7.
21. ROJO Rodes J.E. Cirera Costa E., (1997). Interconsulta psiquiátrica. Barcelona, España: Masson, S, A. (pp. 235, 245).
22. BURTON Robert. (1997,1998 y 2002).*Anatomía de la melancolía*, Madrid, AEN, 3 vols.
23. RETAMAL, P. (1999). Depresión. Santiago de Chile: Universitaria (2ª Edc).
24. ZUNG, ww. (1965). A self-rating depression scale. Archives of general Psychiatry 12: pp.63-70.

Referencias De Revistas y Páginas Web

25. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. (2014). Standards of medical care in diabetes --. Diabetes, causas y síntomas. Suppl. Recuperado el 30 de Enero del 2015. De http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm
26. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL DE CALIFORNIA., (Última revisión: 17 de enero, 2013). Depresión y Ansiedad, Enfermedad Mental en América. Recuperado el 2 de febrero del2015. De http://us.reachout.com/buscaapoyo/informate/depresion-causas-tipos-y-sintomas.

27. J.I. Castillo-Quan, et al. (2010). Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. www.neurologia.com Rev Neurol 2010; 51 (6): 347-359.
28. KUMAR A, Gupta R, Thomas A, Ajilore O, Hellemann G. (2009 Mar). Focal subcortical biophysical abnormalities in patients diagnosed with type 2 diabetes and depression. Arch Gen Psychiatry. Recuperado el 28 de Enero del 2015. De http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-la-diabetes/index.shtml.
29. JIMÉNEZ Chafey María I. (2007). Psicodiabetes. vol.25 no.1 Bogotá Jan./June. 609 Calle Cuevillas, Apto. 1-B, San Juan, Puerto Rico 00907. Correos electrónicos:mijimenez@uprrp.edu o marisabeljc@yahoo.com
30. OMS. (Noviembre de 2014). Datos y cifras. Recuperado el 2 de febrero del 2015. De http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
31. REYES-Ticas JA. (En prensa. 2001). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento y Prevalencia de trastornos mentales en 33 comunidades urbanas de Honduras. Recuperado el 1 de febrero del 2015. De http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf
32. RAMOS Mejía Rhina María. Psicóloga. Esp. Psicología de la Salud. (2005). Revista de la Facultad de Ciencias de Salud, Vol. 2 intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

k. ANEXOS

PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

TEMA

"ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESION QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPOTIROIDISMO Y DIABETES EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO ENERO-ABRIL 2015"

ASPIRANTE:

Nohely Gabriela González Lojan

Proyecto de tesis, previo a optar el grado de Psicóloga Clínica.

ASESORA:

Dr. M. Sc. Miguel González Sarmiento.

LOJA – ECUADOR

a. TEMA

“ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESION QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPOTIROIDISMO Y DIABETES EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO ENERO-ABRIL 2015”

b. PROBLEMATIZACIÓN

En el transcurso de la vida del ser humano siempre han existido múltiples factores que pueden causar un desequilibrio en su estado emocional, es así que el hecho de padecer una enfermedad puede motivar la aparición de diversas patologías de orden emocional como la depresión y ansiedad.

La depresión y la ansiedad se consideran entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia. Los pacientes experimentan un número importante de reacciones emocionales antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad, depresión, problemas de adaptación o de rebeldía.

Estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, han evidenciado que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud. (Gutiérrez, J. 2006).

Las enfermedades endocrinas y metabólicas se encuentran entre las más comunes que pueden afectar al ser humano. En las últimas décadas se ha observado un aumento en la prevalencia e incidencia de muchas de ellas, especialmente aquellas relacionadas con la nutrición y el metabolismo (obesidad, diabetes mellitus y enfermedades tiroideas).

Los pacientes con diabetes pueden sufrir de ansiedad y depresión al recibir el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y por otro lado el riesgo de que puedan tener complicaciones serias, además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de

cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa.

Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida. Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido para con su condición, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia. (Fabián, M. G., García Sancho, F. y Cobo, C. 2010).

Se estima que en el mundo existen 350 millones de personas padecen depresión más de la mitad de los afectados no recibe tratamiento, incluso el 90% en algunos países por falta de recursos y profesionales sanitarios. Si no se trata el trastorno puede agravarse, y cada año se suicidan un millón de personas por su causa. (OMS 2014).

La diabetes se está convirtiendo en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física. Se prevé que la diabetes se convierta en el año 2030 en la séptima causa mundial de muerte, se calcula que las muertes por diabetes aumentarán más de un 50% en los próximos 10 años. (OMS 2014)

En el mundo actual, el hipotiroidismo es una enfermedad que afecta al desarrollo social, físico y mental de las personas, en muchas de las ocasiones está patología afecta el desarrollo normal de cada día, su presencia va desde la infancia proceso que empieza de forma hereditaria y se desarrolla de manera silenciosa ya que los síntomas y signos al comienzo de la enfermedad no se manifiesta de forma brusca. (Monzon M.1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se ha establecido una prevalencia de 1 a 10% de hipotiroidismo en la población en general, registrándose entre un 3.4 a 6% durante la infancia entre (4-5 años). Esta prevalencia se incrementa en personas de edad avanzada, alcanzando valores del 16% en hombres mayores de 70 años y 20% en mujeres mayores de 60 años. (OMS.2009)

En el Ecuador datos recientes demuestran que el hipotiroidismo se presenta cerca del 8% en la población adulta, y el hipotiroidismo Congénito tiene una incidencia relativamente alta desde 1 en 1,500 nacimientos; tomando en cuenta que el Ecuador es uno de los países de América Latina que no tiene una ley que establezca la prevención del hipotiroidismo, con un programa de detección oportuna y seguimiento del recién nacido. (Investigación Del Hipotiroidismo Congénito En El Ecuador, Hospital de los Valles, Universidad San Francisco de Quito, Pág. 1-2)

Infortunadamente en nuestra ciudad Loja no contamos con una base de datos acerca de esta problemática.

De acuerdo con la problemática antes mencionada permito plantear la siguiente investigación. **"ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESION QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPOTIROIDISMO Y DIABETES EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO ENERO-ABRIL 2015",** como alternativa para dar solución al presente problema.

c. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos afectivos, como objeto de estudio, tiene por sí misma gran relevancia ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Es por esto que se ha visto la necesidad de un estudio comparativo de los trastornos de ansiedad y de depresión de los pacientes diagnosticados con hipotiroidismo y diabetes.

Como estudiante de la universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana Carrera de Psicología Clínica, y al conocer sobre su aporte con la comunidad nacional y local, encuentro la necesidad de que la ciudad cuente con un trabajo investigativo en este ámbito para que exista claridad en los profesionales tanto de salud mental como en el sector salud, ante la realidad de esta problemática.

La importancia de este proyecto será inicialmente con una investigación para conocer la realidad de la depresión y la ansiedad en los pacientes diagnosticados con Hipotiroidismo y Diabetes. Posteriormente se analizara y expondrá los resultados, se sugerirá implementar un plan de intervención encaminado a modificar la conducta.

El presente trabajo de investigación será para el sector salud, pacientes y usuarios donde se emprenderá el presente proyecto. Del mismo modo encuentro la factibilidad de realizar el presente trabajo de investigación, al contar con el recurso humano, material bibliográfico y el uso de instrumentos estandarizados que sustentaran la confiabilidad del estudio.

d. OBJETIVOS

Objetivo General

Realizar un estudio comparativo de los trastornos de ansiedad y de depresión que presentan los pacientes diagnosticados con hipotiroidismo y diabetes en el servicio de Endocrinología del Hospital Isidro Ayora de Loja.

Objetivos Específicos

1. Establecer el promedio de pacientes que presentan diabetes e hipotiroidismo con los registros que posee la Médico Endocrinóloga del Hospital Isidro Ayora
2. Comprobar el promedio de pacientes que presentan ansiedad y depresión con la aplicación de los test de ansiedad de Hamilton y depresión de Beck.
3. Relacionar el hipotiroidismo y la diabetes con la ansiedad y la depresión.
4. Elaborar un plan de intervención para mejorar los estados de ansiedad y depresión de los pacientes con diabetes e hipotiroidismo.

e. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

La investigación se caracteriza por ser de tipo descriptivo cuantitativo de corte transversal, desde un enfoque cualitativo con la finalidad de obtener una aproximación al estudio y la comparación entre variables como la presencia de ansiedad y depresión en un grupo de personas que son diagnosticados con Hipotiroidismo y Diabetes.

Universo:

La presente investigación estará dirigida a todos los pacientes que asistan al servicio de Endocrinología del Hospital Isidro Ayora.

Muestra:

La muestra se define con los pacientes que sean diagnosticas previamente con diabetes e hipotiroidismo por la Médico Endocrinóloga del Hospital Isidro Ayora los cuales fueron 60 pacientes 30 con Diabetes y 30 con Hipotiroidismo.

Criterios de inclusión:

2) Pacientes que sean diagnosticas previamente por diabetes e hipotiroidismo.

Criterios de exclusión:

3) Pacientes que no sean diagnosticas por diabetes e hipotiroidismo.

4) Pacientes que recurren a otras áreas del Hospital.

Instrumentos:

Para efectuar la vigente investigación se utilizara principalmente: Reactivos Psicológicos, técnicas que se consideren necesarias según sea el caso de cada paciente.

El uso de cada una de estas técnicas se llevara a efecto con el único fin de cumplir los objetivos propuestos y promover el bienestar del paciente.

Descripción De Instrumentos.

a. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

IDENTIFICACIÓN

Nombre: Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

Nombre original: Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Autores: Hamilton, M.

Versiones: Existe una versión reducida (CAS), otra computarizada y otra en vídeo.

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: escala de observación.

Objetivos: Permite determinar el grado de ansiedad global del paciente. Población: Pacientes diagnosticados de ansiedad.

Número de ítems: 14

Descripción: Escala compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referido al comportamiento durante la entrevista.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Consistencia interna: 0.79-0.86; Fiabilidad test-retest: 0.96.

Validez: Correlaciones de la HARS con la Escala de ansiedad de Covi: 0.73-0.75; y con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): 0.56. Correlaciones significativamente altas (0.62-0.73) con la Escala para la Valoración de la Depresión de Hamilton (Ham-D). Al eliminarse los ítems referidos a depresión de la HARS y los ítems referidos a ansiedad de la Ham-D se alcanza una mejor discriminación entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con trastorno de depresión mayor, según criterios DSM-III-R. Puede distinguir entre pacientes con trastornos de ansiedad de aquellas personas control no clínicas y es sensible al cambio producido durante el tratamiento, encontrándose correlaciones significativas (0.59) entre los cambios en las puntuaciones en la HARS y los cambios en las puntuaciones en otras escalas de ansiedad global como la de Covi.

APLICACIÓN

Tiempo de administración: 15-30 minutos

Normas de aplicación: El terapeuta debe evaluar la conducta que ha tenido la persona durante la entrevista en una escala de o (ausencia de síntomas) a 4 (intensidad máxima).

Corrección e interpretación: La puntuación (suma de las puntuaciones en los ítems), oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona. A pesar de la ausencia de baremos estandarizados, algunos autores sugieren que una puntuación mayor o igual a 14 indica ansiedad clínicamente significativa.

Momento de aplicación: evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.

b. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre del test: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Nombre del test en su versión original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).

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

Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson**;** *Clinical and Talent Assessment España:* Fréderique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Editor del test en su versión original: NCS Pearson, Inc. (U.S.A.)

Editor de la adaptación española: Pearson Educación, S.A

Fecha de publicación del test original: 1996.

Fecha de la publicación del test en su adaptación española: 2011

Fecha de la última revisión del test en su adaptación española: 2011

Área general de la variable que pretende medir el test: Escalas Clínicas

Breve descripción de la variable que pretende medir el test:

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los

criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Formato de los ítems

Tipo Likert

En las instrucciones de la versión original del BDI-II se solicita a la persona evaluada que “si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto” y, en consecuencia, se le pide también que se asegure “de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito)”. No obstante, en el estudio piloto de la adaptación española, dos personas (10%) informaron no sentirse cómodas eligiendo una sola alternativa, ya que en algunos ítems había varias alternativas que las describían. Por tanto, y en consonancia con las instrucciones para la aplicación oral del cuestionario, para los estudios de investigación iniciales y análisis psicométricos de la adaptación española, se mantuvieron esas instrucciones , en las que se le pide a la persona evaluada que “si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también”, dejando que la elección de la alternativa con el número más alto descansara en el evaluador, no en la persona evaluada. Sin embargo, para poder comparar los resultados que se obtengan en la adaptación española BDI-II con los obtenidos internacionalmente, se han mantenido las instrucciones de la versión original en inglés del BDI-II (en las que se sugiere elegir solo una categoría).

Cualificación requerida para el uso del test de acuerdo con la documentación aportada

Nivel C

Aunque el BDI-II puede ser fácilmente aplicado y corregido por técnicos sanitarios, las puntuaciones deben ser interpretadas únicamente por profesionales con la adecuada preparación y experiencia clínica.

Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable

El BDI-II ha sido construido preferentemente para un uso clínico como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Procedimiento de corrección: Manual

Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas

El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta.

También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico.

El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

VARIABLES:

Independientes:

a) Diabetes
b) Hipotiroidismo

Dependiente:

a) Ansiedad
b) Depresión

f. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
Presentación del tema			x													
Aprobación del tema				x												
Elaboración del Proyecto de tesis					x	x										
Presentación para la declaratoria de pertinencia del proyecto de tesis										x						
Elaboración y desarrollo de la tesis											x	x	x			
Presentación del borrador de tesis														x	x	
Sustentación de la tesis																x

g. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS

a. Nohely Gabriela González Lojan, estudiante egresada de la Carrera de Psicología.

b. Pacientes que acuden al servicio de endocrinología del Hospital Isidro Ayora.

c. Director (a) de tesis.

RECURSOS MATERIALES

a. Materiales de oficina y de cómputo

b. Bibliografía (libros, folletos e internet)

c. Reactivos Psicológicos

d. Transporte

RECURSOS INSTITUCIONALES

a) Universidad Nacional de Loja

b) Hospital Isidro Ayora

c) Bibliotecas del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, Biblioteca Municipal, y, Biblioteca de la Universidad Técnica Particular de Loja.

FINANCIAMIENTO

El presente trabajo será financiado por la autora.

FINANCIAMIENTO	
Computadora/ laptops	500
Impresora	100
Tinta	27
Libros	500
Test	150
Copias	80
Materiales de escritorio	50
Trasporte	40
Empastado de las tesis	70
Anillados	20
Imprevistos	150
Total	**1687**

h. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación americana de psiquiatría. **C**opyright © 2014. **Guía de consulta** de los **criterios diagnósticos** del **dsm-5™:** I. American Psychiatric Association, issuing body. II. Title. [DNLM: 1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Mental Disorders—diagnosis. 3. Mental Disorders—classification. WM 14. (pp. 103-129).

Cía, A. H. (2002). La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. Cap. 1: (pp.31-40). Buenos Aires: Polemos.

Díez, C. (2000). Clínica. En J. Vallejo, C. Gastó (Eds.), Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Barcelona: Masson (2ª Edc).

Fabián, M. G., García Sancho, F. y Cobo, C. (2010). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. Medicina Interna de México, Vol. 26, Nº 2, marzo-abril.

Gutiérrez, J. (2006). Ansiedad y salud. En L. A. Oblitas (Eds.), Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Internacional Thomson (2ª Edc.).

Jervis, G. (2005). La Depresión. Dos enfoques complementarios. Madrid: Fundamentos.

López Mato A. (2005). Psiconeuroinmunoendocrinología. En: Marchant N, Monchablon.

MINSAL, Ministerio de Salud. (2013). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago (ENETS Fecha 1ª Edición: 2007, Fecha 2ª Edición: 2009, Fecha 2ª Edición y publicación: 2013). MINSAL.

Márquez López Mato A., Boullosa O.: (2002). Eje Córtico-LímbicoHipotálamo-Hipófiso-Adrenal. En: Márquez López Mato A. Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos. Ed. Polemos. Buenos Aires.

Mayor, L. y Tortosa, F. (2006). Ámbitos de aplicación de la psicología motivacional (4° imp.). Bilbao: DDB.

Monzon M: (1996). Hipotiroidismo subclinico como causa de deterioro cognoscitivo reversible.- Neurologia; (pp.11, 353).

Rojo Rodes J.E. Cirera Costa E., (1997). Interconsulta psiquiátrica. Barcelona, España: Masson, S, A. (pp. 235, 245).

Solomon, George F. (2001). Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencias y consecuencias. Segundo congreso virtual de psiquiatría, Interpsiquis 2001. Mesa Redonda: Psicosomática, 1 Febrero – 7 Marzo.

Referencias De Revistas y Páginas Web

American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetes --. Diabetes, causas y síntomas. Suppl. Recuperado el 30 de Enero del 2015. De http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm

Egede LE, Zheng D, Simpson K. (2002 Mar). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. Diabetes Care. Recuperado. El 30 de enero del 2015. De http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-la-diabetes/index.shtml.

Golden SH, Lazo M, Carnethon M, Bertoni AG, Schreiner PJ, Roux AV, Lee HB, Lyketsos C. (JAMA. 2008 Jun 18). Examining a bidirectional association between

depressive symptoms and diabetes.299 (23):2751–9.Recuperado. El 30 de Enero del 2015, de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-la-diabetes/index.shtml.

Instituto Nacional de Salud Mental., (Última revisión: 17 de enero, 2013). Depresión, Enfermedad Mental en América. Recuperado el 2 de febrero del2015. De http://us.reachout.com/buscaapoyo/informate/depresion-causas-tipos-y-sintomas.

Instituto Nacional de Salud Mental, (Última revisión: 17 de enero, 2013). Ansiedad, Enfermedad Mental en América. Recuperado. El 1 de febrero del 2015. De http://us.reachout.com/buscaapoyo/informate/trastornos-de-ansiedad-tipos-causas-y-sintomas; http://www.nascia.com/sintomas-y-tipos-de-ansiedad/

J.I. Castillo-Quan, et al. (2010). Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. www.neurologia.com Rev Neurol 2010; 51 (6): 347-359

Kumar A, Gupta R, Thomas A, Ajilore O, Hellemann G. (2009 Mar). Focal subcortical biophysical abnormalities in patients diagnosed with type 2 diabetes and depression. Arch Gen Psychiatry. Recuperado el 28 de Enero del 2015. De http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-la-diabetes/index.shtml.

Lloyd CE, Dyer PH, Barnett AH. (Marzo 2008). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. Diabet Med 2000; 17: 198-202. | Volumen 53 | Número 1. Pag 23. Práctica clínica

María I. Jiménez Chafey. (2007). Psicodiabetes. vol.25 no.1 Bogotá Jan./June. 609 Calle Cuevillas, Apto. 1-B, San Juan, Puerto Rico 00907. Correos electrónicos:mijimenez@uprrp.edu o marisabeljc@yahoo.com

OMS. (Noviembre de 2014). Datos y cifras. Recuperado el 2 de febrero del 2015. De http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/

Psicomag. Revista. (Última actualización: Thu 27th 2014f November 2014). Hipotiroidismo y diabetes. Recuperado el 1 de febrero del 2015. De http://www.depresion.psicomag.com/hipotiroidismo_y_depresion.php.

Peralta Pérez G. (2007). Seminarios de diabetes Depresión y diabetes. Depression and diabetes. Fundació Rossend Carrasco i Formiguera. Av Diabetol. Recuperado el 1 de febrero del 2015. De http://sediabetes.org/resources/revista/00011254archivoarticulo.pdf

Reyes-Ticas JA. (En prensa. 2001). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento y Prevalencia de trastornos mentales en 33 comunidades urbanas de Honduras. Recuperado el 1 de febrero del 2015. De http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf

Rhina María Ramos Mejía. Psicóloga. Esp. Psicología de la Salud. (2005). Revista de la Facultad de Ciencias de Salud, Vol. 2 intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

ESCALA DE VALORACIÓN DE ANSIEDAD
DE MAX HAMILTON

N°

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos: …… Nombre: ……Sexo: ……..

INTRUCCIONES: Seleccione para cada ítem la nota que corresponde, según su experiencia, a la intensidad del comportamiento. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra (0 a 4) que define la intensidad. Todos los ítems deben ser anotados.

0 AUSENTE
1 INTENSIDAD LEVE
2 INTENSIDAD MODERADA
3 INTENSIDAD GRAVE
4 INTENSIDAD MUY GRAVE

1.- **ANSIEDAD** Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad					
2.- **TENSIÓN** Sensación de Tensión, cansancio, sobresaltos, sensación de irritabilidad, Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor.					
3.- **MIEDO** A la oscuridad. A los extraños, A quedarse solo(a), a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones.					
4.- **INSOMNIO** Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5.- **FUNCIONES INTELECTUALES (Intelecto)** Dificultad de concentración, reducción de la memoria.					
6.- **HUMOR DEPRESIVO** Perdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna.					
7.- **SINTOMAS SOMATICOS GENERALES(Musculares)** Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular.					
8.- **SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (Sensoriales)** Zumbidos de oídos, Visión borrosa, oleadas de calor y frio, sensación de debilidad, sensación de perforación.					
9.- **SINTOMAS CARDIOVASCULARES** Taquicardia. Palpitaciones. Precordialgía, pulsaciones, sensación de desvanecimiento.					
10.-**SINTOMAS RESPIRATORIOS** Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea.					
11**.-SINTOMAS GASTROINTESTINALES** Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, nausea, vomito, borborigmos, meteorismo, pérdida de peso, estipsis.					
12.-**SINTOMAS GENITO URINARIOS** Micción frecuente, Amenorrea, Menorragia, frigidez, eyaculación precoz, perdida de libido, Impotencia.					
13.- **SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO** Sequedad de la boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas, piloerección.					
14.- **COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA** (GENERAL) tenso, incomodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, prieta los puños. Inestabilidad: postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento de tono muscular. Respiración jadeante. Palidez facial. (FISIOLOGICO) Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20/mn. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmia. Sudor. Mioclonìas palpebrales					

CALIFICACIÓN:

0- Ausente de Ansiedad…….15-28- Ansiedad Moderada
01-14- Ansiedad Leve……. 29-42- Ansiedad Severa
43-56 Ansiedad Muy grave

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Apellidos: …… Nombre: ……..……Sexo: ……..

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido.

1	**0**	No me siento Triste
	1	Me siento triste
	2	Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
	3	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2	**0**	No me siento especialmente desanimado(a) frente al futuro
	1	Me siento desanimado(a) frente al futuro
	2	Siento que no tengo nada que esperar
	3	Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3	**0**	No creo que sea un fracasado(a)
	1	Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
	2	Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
	3	Creo que soy un fracaso absoluto como persona
4	**0**	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la solía obtener antes
	1	No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
	2	Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada
	3	Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo
5	**0**	No me siento especialmente culpable
	1	Me siento culpable una buena parte del tiempo
	2	Me siento bastante culpable casi siempre
	3	Me siento culpable siempre
6	**0**	No creo que este siendo castigado(a)
	1	Creo que puedo ser castigado(a)
	2	Espero ser castigado(a)
	3	Creo que estoy siendo castigado(a)
7	**0**	No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a)
	1	Me he decepcionado(a) de mí mismo(a)
	2	Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a)
	3	Me odio
8	**0**	No creo ser peor que los demás
	1	Me critico pos mis debilidades y errores
	2	Me culpo siempre de mis errores
	3	Me culpo por todo lo malo que me sucede
9	**0**	No pienso matarme
	1	Pienso en matarme, pero no lo haría
	2	Me gustaría matarme
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad
10	**0**	No lloro más que de costumbre
	1	Ahora lloro más de lo que sabía hacerlo
	2	Ahora lloro todo el tiempo
	3	Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera
11	**0**	Las cosas no me irritan más que de costumbre
	1	Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
	2	Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo
	3	Ahora me siento irritado(a) una buena parte del tiempo
12	**0**	No he perdido el interés por otras personas
	1	Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre
	2	He perdido casi todo el interés por otras personas

	3	He perdido todo mi interés por otras personas
13	**0**	Tomo decisiones casi como siempre
	1	Postergo la toma de decisiones más que de costumbre
	2	Tengo más dificultad para tomar más decisión que antes
	3	Ya no puedo tomar más decisiones
14	**0**	No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
	1	Ne preocupa el hecho de parecer viejo(a) sin atractivos
	2	Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parece poco atractivo(a)
	3	Creo que me veo feo(a)
15	**0**	Puedo trabajar tan bien como antes
	1	Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
	2	Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
	3	No puedo trabajar en absoluto
16	**0**	Puedo dormir tan bien como siempre
	1	No duermo tan bien como solía hacerlo
	2	Me despierto unas dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
	3	Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme
17	**0**	No me canso más que de costumbre
	1	Me canso más fácilmente que de costumbre
	2	Me canso sin hacer casi nada
	3	Estoy demasiado cansado (a) para hacer algo
18	**0**	Mi apetito no es peor que de costumbre
	1	Mi apetito es tan bueno como solía ser
	2	Mi apetito esta mucho peor que ahora
	3	Ya no tengo apetito
19	**0**	No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente
	1	He rebajado más de dos quilos y medio
	2	He rebajado más de cinco kilos
	3	He rebajado más de siete kilos
20	**0**	No me preocupo de mi salud más que de costumbre
	1	Estoy preocupado(a) por mis problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
	2	Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa
	3	Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
21	**0**	No he notado cambio alguno recientemente en mi interés por el sexo
	1	Estoy menos interesado (a) en el sexo de lo que solía estar
	2	Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo
	3	He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACIÓN TOTAL:……..

Puntuación	**Nivel de depresión**
0--------13	DEPRESIÓN MÍNIMA
14------19	DEPRESIÓN LEVE
20------28	DEPRESIÓN MODERADA
29------63	DEPRESIÓN GRAVE

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado/da y en consecuencia autorizo mi participación en el proceso investigativo con el respectivo tema **"ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIPOTIROIDISMO Y DIABETES EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS. PERIODO ENERO-ABRIL 2015",** teniendo en cuenta que:

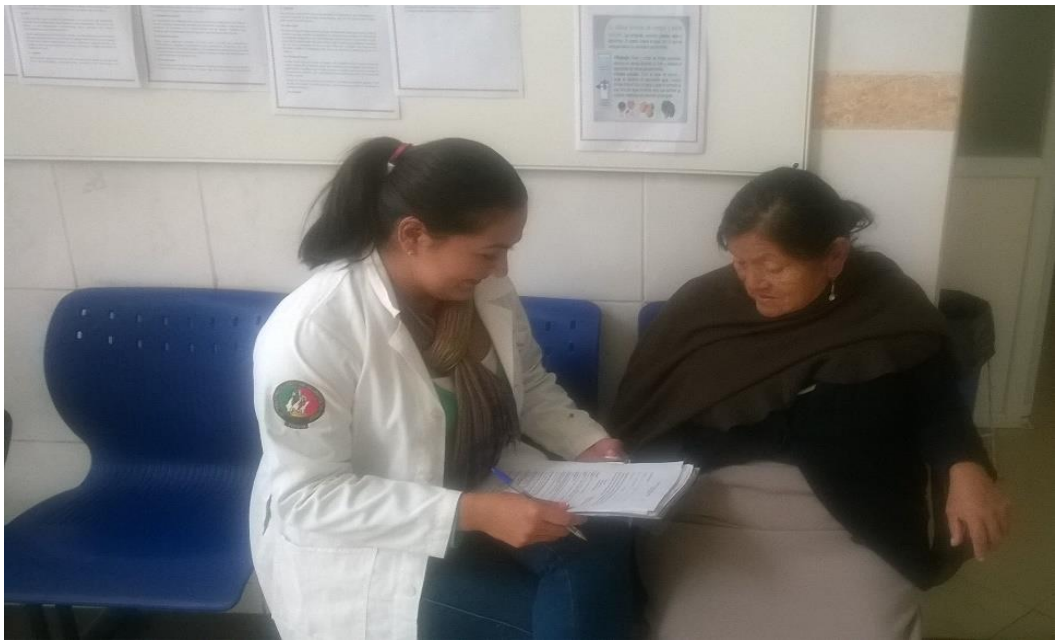
1. He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento.
2. He tenido oportunidad de aclarar mis dudas.
3. Estoy satisfecho/a con la información proporcionada.
4. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento del proceso investigativo.
5. Reconozco que todos los datos proporcionados son ciertos y que no he omitido ningún dato que sea relevante para la investigación.

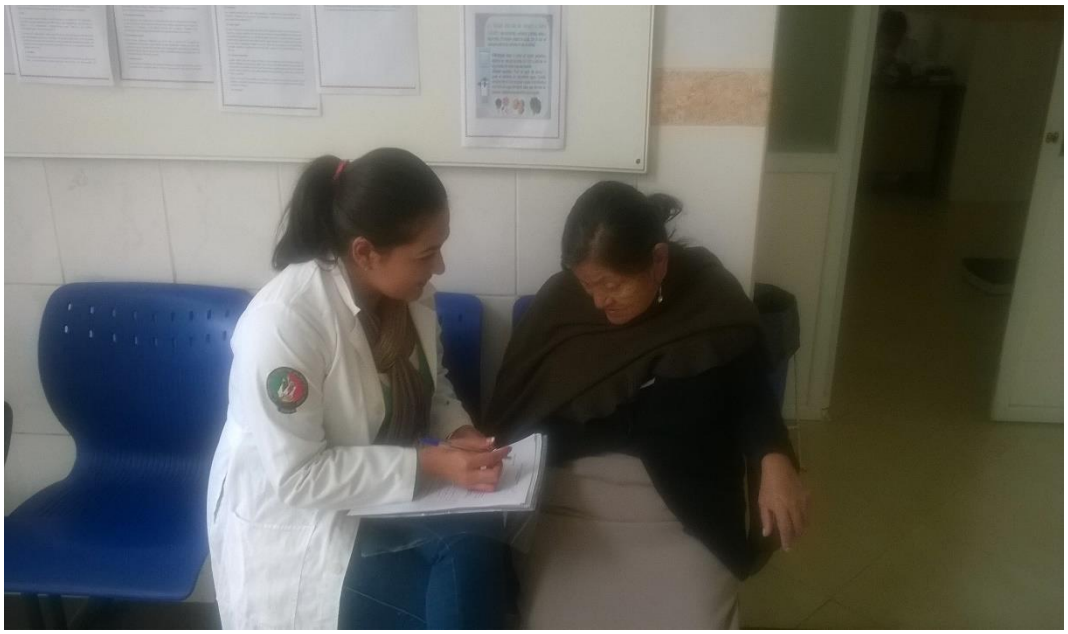
Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi consentimiento expreso para participar en el proceso investigativo.

……
CI.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA				
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS				
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	CÉDULA DE IDENTIDAD	N° DE HISTORIA CLÍNICA		
	SEXO	EDAD		
DIAGNÓSTICO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD
OTRAS ENFERMEDADES				
ENCUESTADOR				

CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA"





ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA……i

CERTIFICACIÓN.....ii

AUTORIA.....iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN…….…iv

DEDICATORIA…….....v

AGRADECIMIENTO.....vi

a. TITULO.....1

b. RESUMEN.....2

ABSTRACT.....3

c. INTRODUCCIÓN.....4

d. REVISIÓN DE LITERATURA.....6

e. MATERIALES Y MÉTODOS.....28

f. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....34

g. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....38

h. CONCLUSIONES.....40

i. RECOMENDACIONES.....41

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO……42

j. BIBLIOGRAFÍA.....61

k. ANEXOS.....65