UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA :

La Distimia y su relación en los pacientes con Diabetes Mellitus que asisten al ¨Club de Diabéticos¨ del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ de la Ciudad de Loja en el periodo Abril - Septiembre del 2011

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

AUTOR:

Jorge Adalberto Sánchez Coronel

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Inés Lozano Salinas

LOJA – ECUADOR
2011

CERTIFICACIÓN

Psic. Clin. Inés Lozano Salinas

CATEDRÁTICO DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

C E R T I F I C O:

Que he dirigido el trabajo de investigación de tesis realizado por el Señor Jorge Adalberto Sánchez Coronel, el cual lleva el título: **LA DISTIMIA Y SU RELACIÓN EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ¨ISIDRO AYORA¨ DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE DEL 2011**, por lo que autorizo su presentación.

Loja, Noviembre del 2011

Psic. Clin. Inés Lozano Salinas

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Jorge Adalberto**, manifiesto que soy el autor y responsable del trabajo de investigación de tesis realizado bajo el tema: **LA DISTIMIA Y SU RELACIÓN EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ¨ISIDRO AYORA¨ DE LA CIUDAD DE LOJA**, así como de todos los conceptos e ideas que como propios en esta tesis son expuestos.

Loja, Noviembre del 2011.

Jorge Adalberto Sánchez Coronel.

POSTULANTE

DEDICATORIA

Con toda consideración, cariño y respeto, dedico este trabajo de tesis de manera muy especial a mi señora madre Enma Deysi Coronel Moncada, quien ha sido mi apoyo moral, a mi señor padre el Ing. Julio Adalberto Sánchez Ramírez, por su sagrado ejemplo de vida, formación personal y profesional, al innegable apoyo de mis hermanos: Julio Cesar, José Luis y Juan Carlos Sánchez Coronel, que me brindaron su comprensión y generosidad moral incondicional, quienes hicieron posible que logre obtener el Título Académico.

Jorge Adalberto Sánchez Coronel.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a los Doctores Efraín Muñoz Silva e Inés Lozano Salinas, como directores de tesis que de forma desinteresada fueron pilar fundamental a través de sus opiniones y sugerencias en el inicio y culminación de este trabajo de investigación.

- Al Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ por brindarme el espacio necesario para la realización de la presente investigación.

- A la Lcda. Elsa Vicente dado que por su trabajo humanista y desinteresado con el Club de Diabéticos, me pudo facilitar la realización esta investigación.

- A los pacientes que forman parte del Club de Diabéticos quienes brindaron su mayor colaboración, ya que sin ellos no se habría podido escribir nada de esta experiencia plasmada en estas páginas.

- A todos los catedráticos, funcionarios y más personal de la Carrera de Psicología Clínica de la gloriosa Universidad Nacional de Loja; y, de manera especial a la Dra. Lorena Celi por impartirme los más preciados valores y la excelente formación académica que estoy seguro regirán mi vida personal y profesional, mismos, que me han permitido culminar con éxito mi preparación académica e intelectual.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pag.
CERTIFICACIÓN……..	II
AUTORÍA……	III
DEDICATORIA……..	IV
AGRADECIMIENTO…….	V
INDICE……	VI
1. TITULO……	7
2. RESUMEN……..	8
3. SUMMARY…….	10
4. INTRODUCCIÓN……..	12
5. REVISIÓN DE LITERATURA…….	18
6. MATERIALES Y MÉTODOS……..	50
7. RESULTADOS…….	78
8. DISCUSIÓN……	97
9. CONCLUSIONES…….	106
10. RECOMENDACIONES……..	107
PLAN DE INTERVENCIÓN……	108
11. BIBLIOGRAFIA……	125
12. ANEXOS……	128

1. TÍTULO

La Distimia y su relación en los pacientes con Diabetes Mellitus que asisten al ¨Club de Diabéticos¨ del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ de la Ciudad de Loja en el periodo Abril - Septiembre del 2011

2. RESUMEN

El presente trabajo de tesis se lo llevo a cabo en el Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨, mediante un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el periodo Abril – Septiembre 2011, dando a conocer principalmente la existencia de distimia y por ende una relación de la misma con los pacientes que presentan diabetes mellitus que forman parte del Club de Diabéticos de la institución ya antes mencionada.

Los instrumentos que se utilizaron fueron fundamentales para este estudio, desde la observación, entrevista y valoración psicológica hasta el Inventario de depresión de Beck; y, las diferentes encuestas que proporcionaron la información necesaria para llegar a las respectivas conclusiones.

Dentro de este estudio se logró determinar la existencia de un 31,58% del trastorno distímico, en el total de la población insulinodependiente, contemplada en su mayoría por adultos mayores y de sexo femenino que van desde los 61 a 75 años de edad.

De un total de 19 pacientes 9 presentaron depresión moderada, 8 depresión leve; y, 2 depresión grave, obteniendo cada uno de ellos síntomas depresivos, de los cuales tuvieron mayor sobresalto la baja autoestima, la dificultad para concentrarse, los sentimientos de incapacidad a las responsabilidades habituales (como el autocuidado), el pesimismo sobre el futuro o preocupaciones del pasado, el aislamiento social y el insomnio, los mismos que los disponen a un trastorno, en este caso a la distimia, teniendo como factores de riesgo la pobreza y el pertenecer al género femenino.

En esta investigación además fue ejecutado por parte de los pacientes el Apgar Familiar el cual dio a conocer la existencia de una disfunción familiar leve, dando a entender que el problema de la diabetes mellitus es incidente, debido a que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la

necesidad y deseos de vivir y esto a su vez lo lleve a un mejor control de su enfermedad.

En ocasiones la depresión, se da a conocer como algo natural en la vida del ser humano. Sin embargo, algunas personas sienten una tristeza en remisión. La vida parece no tener esperanza. El sentirse así durante la mayor parte del día, semana tras semana, o por más tiempo, es una señal de una depresión crónica. Por ello las personas con diabetes corren un riesgo mayor de sentirse deprimidas que las personas que no sufren de diabetes.

La depresión puede introducir a la persona en un círculo perverso, interfiriendo con el buen auto cuidado de la diabetes, llevándolo a la tristeza; y, a la posibilidad de que las actividades que realizaba diariamente le parezcan demasiado pesadas.

Con respecto al plan terapéutico se propuso la psicoterapia **cognitivo conductual,** la misma que se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos, requiriendo un compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana.

Aquí el Psicólogo Clínico es más directivo complementando la escucha con intervenciones que promueven no solo a la reflexión sino además a la acción, generando una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.

La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante tanto a nivel biológico como psicológico, considerando que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso, mejorando finalmente su calidad de vida.

3. SUMMARY

The present thesis work carries out it in the General Provincial Hospital ¨ Isidro Ayora¨, by means of a descriptive, prospective and traverse study in the period April- September 2011, giving to know mainly the distimia existence and for ende a relationship of the same one with the patients that present diabetes mellitus that are already before part of the Club of Diabetics of the institution mentioned.

The instruments that were used were fundamental for this study, from the observation, he/she interviews and psychological valuation until the Inventory of depression of Beck; and, the different surveys that provided the necessary information to reach the respective conclusions.

Inside this study it was possible to determine the existence of 31,58% of the dysfunction distímico, in total population with diabetes, contemplated in their majority by bigger adults and of feminine sex that you/they go from the 61 to 75 years of age.

Of a total of 19 patients 9 presented moderate depression, 8 light depression; and, 2 serious depression, obtaining each one of them depressive symptoms, of which had bigger fright the drop self-esteem, the difficulty to concentrate, the feelings of inability to the habitual (the care for herself) responsibilities, the pessimism on the future or concerns of the past, the social isolation and the insomnia, the same ones that prepare them to a dysfunction, in this case to the distimia, having as factors of risk the poverty and belonging to the feminine gender.

In this investigation it was also executed on the part of the patients Family Apgar which gave to know the existence of a family light dysfunction, insinuating that the problem of the diabetes mellitus is incident, since the emotional aspect and appropriate or inadequate coexistence with the family influence in the behavior, indifference or motivation so that a diabetic patient sits down the necessity and desires of living and this in turn takes it to a better control of her illness.

In occasions the depression, is given to know as something natural in the human being's life. However, some people feel a sadness that doesn't take off. The life seems not to have hope. Feeling this way during most of the day, week after week, or for more time, it is a sign of a chronic depression. Hence people with diabetes run a risk bigger than feeling depressed that people that don't suffer of diabetes.

The depression can introduce the person in a perverse circle, interfering with the taken care good car of the diabetes, taking it to the sadness; and, to the possibility that he finds the activities that he/she carried out daily too heavy.

With regard to the therapeutic plan he/she intended the psychotherapy behavioral cognitive, the same one that is met to modify behaviors and thoughts, before to offer the patient the opportunity of simply to discharge their feelings, requiring a commitment and the patient's protagonistic list who it is not limited to converge to the sessions, but rather he/she also goes producing gradual changes in their daily life.

Here the Clinical Psychologist is more directive supplementing the he listens with interventions that not promote alone to the reflection but also to the action, generating a collaborating relationship among therapist and patient, in which the therapist's list consists on to advise and to accompany in the road toward the changes that are wanted to promote.

The reflection on the past has as purpose to generate changes presently in pro of a fuller and gratifying life so much at biological level as psychological, considering that the therapy was effective in the measure that the patient achieves the goals that she intended, improving her quality of life finally.

4. INTRODUCCIÓN

La diabetes se ha convertido en un problema grave de salud pública a nivel mundial. De hecho, se estima que hoy en día existen más de 180 millones de individuos con este padecimiento, y muchos de ellos aún no lo saben. Esto se debe, según la Federación Internacional de Diabetes (FID), a que un número creciente de personas en el mundo no ha tomado conciencia sobre su enfermedad, siendo probable que esta se duplique antes del 2030[1].

Por otro lado, América Latina es una de las regiones que ha incrementado los casos de diabetes en los últimos 10 años, así lo manifiestan los informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta última da a conocer que en nuestro país se han registrado 700 mil personas con el mal, de estas el 70% no puede pagar el tratamiento integral y el resto tiene un control a medias. Y finalmente, de dos a tres pacientes sufren complicaciones crónicas 10 años después de diagnosticadas.
Por lo que según la Fundación Ecuatoriana de Diabetes, la prevalencia se registra en el 7% de la población ecuatoriana menor a 45 años, pero desde esa edad sube al 20% y, a partir de los 65, llega al 40%. Otro problema es que la diabetes afecta a personas de bajos recursos económicos[2].

Llevando a cabo una investigación prospectiva, que evaluó la incidencia de desórdenes psiquiátricos en niños y jóvenes de 8-13 años con Diabetes Mellitus, que fueron seguidos desde su diagnóstico inicial. Hallaron que a los 20 años del diagnóstico de DM, el 47,6% había desarrollado algún padecimiento psiquiátrico; y, de manera notable, el 26,1% fue diagnosticado con un trastorno distímico, el mismo que es un tipo de depresión que dura por lo menos dos años. Pero algunas personas sufren de distimia durante muchos años.
Su depresión usualmente es entre leve o moderada en vez de grave. La mayoría de las personas con distimia no pueden saber con exactitud cuando comenzaron a deprimirse.

[1] http://www.jornada.unam.mx/2006/11/03/index.php?section=sociedad&article=048n2soc
[2] Diario HOY **Ciudad** Quito 25/Octubre/2006

Los síntomas del trastorno distímico incluyen mal apetito o apetito exagerado, dificultad para dormir o dormir demasiado, un nivel de energía bajo, fatiga y sentimientos de impotencia. Las personas con trastorno distímico pueden tener períodos de humor normal que duran hasta dos meses. Los miembros de familia y amigos pueden no saber que la persona está deprimida. A pesar de que este tipo de depresión es leve, puede hacer que le sea difícil a la persona funcionar en la casa, en la escuela o en el trabajo.

El trastorno distímico es un tipo relativamente común de depresión. Se estima que alrededor de 3% de las personas tienen distimia. La misma que puede comenzar en la niñez o en la vida adulta. Nadie sabe por qué, pero como la mayoría de los tipos de depresiones, ésta es más común en las mujeres.

Nadie sabe con seguridad qué causa la distimia. Puede estar relacionada con cambios en el cerebro que involucran una substancia química llamada serotonina. La serotonina le ayuda a su cerebro a manejar las emociones y a hacer juicios. Los problemas relacionados con la personalidad, problemas médicos y el estrés de la vida cotidiana también pueden jugar un papel[3].

La diabetes mellitus y la depresión constituyen las enfermedades más prevalentes en el mundo, dentro de sus respectivas áreas de estudio, la metabólica y la psiquiátrica o psicológica. Sin embargo, existe evidencia de que los pacientes con diabetes tienen mayor riesgo de padecer depresión.

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública. Es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, grupo en el que la prevalencia es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, que se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año.

[3] http://drjosefernandez.com/pdf1/22.pdf

Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio.[4]

A su vez, la diabetes es una enfermedad crónica y degenerativa que puede aparecer a edades tempranas o avanzadas de la vida, y ser el resultado de un proceso auto-inmunitario asociado a predisposición genética por factores hereditarios y ambientales.

En la Encuesta Nacional de Salud (Ensa 2008) la prevalencia de diabetes en los individuos de 20 años o más de edad fue de 7.5 %, ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres (7.8 y 7.2 %, respectivamente). La prevalencia varió con la edad de los individuos: la más alta se encontró en los sujetos entre 70 y 79 años de edad (22.4 %), y la más baja en los de 20 a 39 años (2.3 %). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2009) la prevalencia para diabetes tipo 2 fue de 7 %.

Las enfermedades médicas, en especial las crónicas como la diabetes, aumentan la probabilidad de que una persona presente trastornos del humor como ansiedad y depresión. Los trastornos depresivos se observan en 11 a 15 % de los pacientes con diabetes tipo 2, quienes tienen una probabilidad dos veces más de cursar con depresión comparados con las personas sin la enfermedad[5].
La depresión en el sujeto con diabetes suele identificarse en 37.5 %. Se calcula que la prevalencia en población general es de 6 % y que en los diabéticos se eleva a 18 %.[6]

Las relaciones causales entre la depresión y el metabolismo de la glucosa no han sido bien establecidas, pero se han documentado algunas asociaciones.

---

[4] Gavard JA, Lustran PJ, Clouse RE. Incidencia de la depresión en adultos con la diabetes. Una evaluación epidemiológica. Cuidado de Diabetes 1993;16 (8):1167- 1179.
[5] Ríos-Castillo J, Barrios-Santiago P, Ávila-Rojas T. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con neuropatía. Rev Med IMSS 2004; 42(5):379-385.
[6] Vázquez F, Ruiz L. Depresión en la diabetes mellitus tipo 2. En: Islas-Andrade SA, Revilla-Monsalve C, editores. Diabetes mellitus. Tercera edición. México: McGraw-Hill; 2005. p. 455-465.

Los pacientes con diabetes y depresión tienen niveles altos de glucosa, mayores complicaciones crónicas y los costos derivados de su cuidado son considerablemente altos comparados con los diabéticos sin trastorno depresivo.

Estudios recientes sugieren que la depresión y el mal control de la glucosa se puedan ligar desde antes del inicio de la diabetes tipo 2. La depresión aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, al influir en comportamientos tales como comer compulsivamente y el sedentarismo.

La depresión afecta físicamente el estado general del paciente diabético. Jacobson investigó que los síntomas de depresión pueden intervenir en el control de la glucosa, ya que a los pacientes les puede ser más difícil seguir las instrucciones del médico.

La pérdida de energía y los cambios en la alimentación en las personas deprimidas puede afectar el buen autocuidado. No practicar un buen autocuidado por parte del paciente diabético puede traducirse en niveles no controlados de azúcar en la sangre, que puede ocasionar pérdida de energía y de sueño, así como otras señales de depresión y precipitar las complicaciones de la enfermedad, mismas que pueden agravar la depresión.[7]

La depresión tiene varias implicaciones. En primer lugar, tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, ya que interfiere en el funcionamiento psicosocial y bienestar del paciente, sin importar las complicaciones propias de la enfermedad. Por otra parte, podría estar asociada a mal control de la diabetes debido a que cuando se conjugan no se lleva adecuadamente el plan nutricional ni el farmacológico.[8]

El tener diabetes no significa que automáticamente sufras de depresión. Sin embargo, está comprobado que las personas diabéticas están más predispuestas a sentirse deprimidas que quienes no padecen de diabetes.

---

[7] Jacobson AM. Depresión y Diabetes. Diabetes Care 1993; 16 (12):1621-1623.
[8] Ruiz-Flores LG, Vázquez-Estupiñán F, Corlay- Noriega I. Depresión en pacientes diabéticos y su relación con el control metabólico medido por HbA1c. Rev Psiquiatria 1996; 12(3):66-71.

Luego de que una persona es diagnosticada con diabetes, siente que el mundo se le viene encima con todos sus cambios: ejercicio, dieta, exámenes médicos. Siente que debe controlar cada aspecto de su vida: lo que come, a qué hora, en qué cantidad, el ejercicio que hace, etc. Además, cuando ya es diabético tiene que establecer una relación muy cercana con su médico y debe marcar las fechas para sus visitas de control. Las palabras glucosa, sangre, azúcar, dieta, carbohidratos, complicaciones, peso, rondan todo el tiempo en su cabeza. Además de todo, se estará preguntando "¿por qué yo?" Definitivamente, el tener diabetes no es algo fácil de asimilar.

Sin embargo, el paciente tiene que recordar o llegar a saber que el *shock* del diagnóstico, es normal. Luego, cuando se informa y entiende de qué se trata el tener diabetes y el papel tan importante que juega en controlarla, va a sentirse más aliviado o aliviada. Pero esto no quita que haya factores que incrementen su riesgo de sufrir depresión.

El manejo diario de la diabetes puede estresarle a la persona (lo que come, a qué hora, el medir los niveles de glucosa, la necesidad de bajar de peso, el tener que estar visitando al médico, etc.)

La diabetes, cuando no se controla cuidadosamente, causa complicaciones que pueden generar tensión y disparar los síntomas de la depresión. Lo que puede causar que el paciente tome decisiones que no son buenas para su diabetes como llevar una dieta poco saludable, hacer menos ejercicio, subir de peso… todos estos son factores que incrementan el riesgo de complicaciones de la diabetes.[9]

Una persona con depresión durante mucho tiempo, pierde la habilidad de comunicarse y pensar con claridad. Esto puede interferir en el manejo de su enfermedad (diabetes).

[9] http://www.vidaysalud.com/daily/diabetes/la-diabetes-y-la-depresion-cual-es-la-relacion

Como se da a conocer, la diabetes y la depresión no son una buena combinación. Pero los cambios en el estilo de vida del paciente, así como los medicamentos pueden beneficiarle para tratar las dos condiciones.

Es por ello que el estudio de los trastornos depresivos en enfermedades crónicas está cobrando importancia a nivel mundial, sin embargo en nuestro país; y, específicamente en la Ciudad de Loja, se carece de investigaciones que aporten datos sobre el trastorno distímico y su relación con la diabetes mellitus, por ende hemos creído conveniente realizar un sondeo con los pacientes que presentan dicha enfermedad y pertenecen al Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ en el periodo Abril – Septiembre 2011, a través del método correlacional-transversal, explicativa y descriptiva en la población registrada y diagnosticada. Esto mediante el uso de técnicas cuantitativas y de materiales e instrumentos como la Observación Clínica, Entrevista Psicológica Clínica, Historia Clínica, Apgar Familiar, reactivo psicológico y encuestas, que permitan obtener datos que relacionen a las variables antes mencionadas.

Posteriormente se formula estrategias de intervención psicoterapéuticas, con la finalidad de que se pueda continuar y contribuir a mejorar la calidad de vida de cada uno de los integrantes del Club de Diabéticos, superando las falencias tanto biológicas como psicológicas, existentes a nivel personal y familiar. Lo cual nos permitirá de manera integrativa reducir el uso de mecanismos de defensa, que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud y en el relacionarse con la gente, a través de la aplicación de diversas técnicas como son la humanista, cognitiva y conductual.

5. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. DISTIMIA O TRASTORNO DISTÍMICO

Los trastornos depresivos afectan al ser humano a lo largo de toda su historia. Como antecedente médico histórico, en el siglo V AC la palabra “melancolía” (que hoy corresponde a depresión mayor) ya aparece en un escrito de Hipócrates.

Los trastornos depresivos tienen una alta prevalencia en el mundo actual. Dentro de ellos el trastorno distímico es uno de los más frecuentes, siendo uno de los trastornos de mayor prevalencia en nuestros tiempos. Si bien la distimia es un trastorno leve en relación a los otros cuadros afectivos, sus características afectan la calidad de vida en forma crónica de quienes la padecen[10].

La distimia es definida generalmente por la etimología del término, «dist»: distorsión o perturbación; «timia»: humor.

La depresión neurótica ha sido un término que tradicionalmente ha hecho alusión a un subgrupo de depresiones de intensidad leve, con escasa presencia de síntomas vegetativos o psicomotores y que surgían de forma reactiva a problemas de relación interpersonal o cualquier tipo de pérdida[11].

.La distimia es causa frecuente de malestar personal, y de malestar familiar. Las personas con distimia suelen estar irritadas, agresivas, con facilidad para entrar en discusiones, tienen tendencia al autoreproche, poca capacidad para disfrutar y con una baja tolerancia a las frustraciones. Con frecuencia se las califica de "amargadas", o como pesimistas, tristes o introvertidas[12].

2.1 DEFINICIÓN: Este es un trastorno crónico (sigue un curso prolongado de muchos años, sin tratamiento puede perdurar toda la vida), que se caracteriza por

[10] Herbert J. Chappa: Distimia y otras depresiones crónicas, edición 2003, Argentina 7-11
[11] GL Klerman, Endicott J, R Spitzer. Depresiones neuróticas: un análisis sistemático de criterios múltiples y significados. Soy Psiquiatría J 1979; 136:57-61
[12] Herbert J. Chappa: Distimia y otras depresiones crónicas, edición 2003, Argentina. Pag. 5

la presencia de humor deprimido (o irritable en niños y adolescentes), un abatimiento prolongado del estado de ánimo en que el sujeto distímico se describe a sí mismo como “triste” o “desanimado”, perdiendo el interés por las cosas y viéndose a menudo como inútil y poco interesante. Posee síntomas persistentes o intermitentes, de intensidad más leve en comparación a la depresión mayor, que se mantienen durante la mayor parte del día y está presente casi todos los días.

Se pueden ver dos tipos de trastorno distímico: el esporádico, con un 85% de los casos, en el que el paciente tiene más días deprimidos y no hay eutimia sostenida de más de 2 meses, ni tampoco se dan síntomas depresivos durante 2 semanas o más. Son pacientes cuyo estado de ánimo cambia de deprimido a normal de forma esporádica. El otro tipo de distimia es menos frecuente: más crónico, con síntomas depresivos todos los días, pero sin ser una depresión mayor; de los 5 síntomas mínimos que requiere ésta para diagnosticarse así, la distimia como mucho sólo tiene 4 síntomas. Además, se puede clasificar como primaria y secundaria (Feighner et al, 1972), en función de qué enfermedad se daba primero. Los pacientes cuyo trastorno distímico es una complicación, se diferencian de la distimia primaria; en ésta, la enfermedad empieza y continúa como una depresión crónica esporádica[13].

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno distímico es un trastorno común entre la población general, afectan de un 3 a un 5% de todas las personas (13), si bien otros autores han referido cifras diferentes que oscilan entre el 1% y el 7%, siendo frecuente entre pacientes con otras patologías psiquiátricas, manifestándose entre un tercio y la mitad de todos los pacientes. Por lo menos un estudio situó la prevalencia de este trastorno entre los jóvenes adolescentes en un 8% en los chicos y un 5% en las chicas.

La prevalencia de episodios de depresión mayor en pacientes con distimia se ha situado en un 42%. Esta situación en la que un sujeto que padece una

[13] http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/2235

sintomatología crónica de baja intensidad presenta un empeoramiento de la sintomatología, llegando a cumplir criterios para el diagnóstico de una depresión mayor, se ha denominado depresión doble[14].

La distimia, a semejanza de las depresiones mayores, también se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en varones, en una relación aproximada de dos mujeres por cada varón. La edad de inicio de la distimia suele ser temprana, en muchas ocasiones antes de los 21 años de edad, y la prevalencia va aumentando progresivamente. Los grupos de mayor edad presentan mayores prevalencias de distimia, siendo más común entre mujeres de 64 años y entre los hombres de cualquier edad.

Respecto al estado civil, se han descrito mayores prevalencias en personas no casadas, tanto en personas solteras como divorciadas o viudas. Al igual que en la depresión mayor, la población que vive en zonas urbanas parece tener una prevalencia ligeramente más alta de distimia que la que vive en zonas rurales, aunque este dato no está completamente establecido. En general, no se ha hallado una clara asociación entre la posición socioeconómica (aunque se dice que es más frecuente en personas con menores recursos económicos, la raza y la prevalencia de distimia[15].

Sin embargo, la heterogeneidad del concepto de distimia y su amplitud ha facilitado hallar relaciones con condiciones muy variadas. Se ha relacionado la aparición de distimia con un pobre funcionamiento psicosocial y académico en la infancia. También se ha hallado que los adolescentes con historia de trastorno distímico tenían un menor nivel de apoyo social de amigos, en comparación a los adolescentes con historia de depresión mayor o con historia de otros trastornos o también sin historia de trastornos psiquiátricos.

---

[14] Menchón Magriña, J. M. y Vallejo Ruiloba, J., Distimia y otros trastornos de Humor, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000

[15] Kaplan, Harold, y Grebb, Jack A., Sinopsis de Psiquiatría, Séptima edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1996, Pag. 127

2.3 FACTORES BIOLÓGICOS: Algunos aspectos biológicos sobre el trastorno distímico apoyan su inclusión en el grupo de los trastornos del estado de ánimo; otros estudios cuestionan esta asociación. Una hipótesis que se deriva de los datos disponibles es que la base biológica para los síntomas de este trastorno y para los del trastorno depresivo mayor son similares; no obstante, las bases biológicas para la fisiopatología subyacente en ambos trastornos, son diferentes.

Los hallazgos neurofisiológicos en las depresiones crónicas han constituido uno de los aspectos más importantes por los que se ha establecido una relación de algunas depresiones crónicas con las depresiones primarias, así como han sugerido subdivisiones más homogéneas dentro de este grupo de depresiones.

2.4 FACTORES PSICOSOCIALES

Las teorías psicodinámicas referentes al desarrollo del trastorno distímico postulan que este es el resultado de una personalidad y un desarrollo del ego "defectuosos", que producen dificultades en la adaptación a la adolescencia y al inicio de la edad madura. Karl Abraham, por ejemplo, pensaba en los conflictos de la depresión se centraban en rasgos orales y sádico – anales. Los rasgos anales incluyen un orden exagerado, culpa y preocupación por los demás; se ha postulado que estos son una defensa contra la preocupación por materias anales, y la desorganización, hostilidad y auto preocupación. El principal mecanismo de defensa en la formación reactiva. La baja autoestima, la anhedonia y la introversión a menudo se asocian al carácter depresivo.

En "Duelo y Melancolía", Sigmund Freud afirmó que la vulnerabilidad para la depresión podía ser causada por un malestar interpersonal a inicios de la vida, que conduce a relaciones afectivas ambivalentes en la edad adulta; Las pérdidas reales o temidas en la edad adulta pueden ser el desencadenamiento de la depresión. Las personas proclives a la depresión son oral-dependientes y

necesitan gratificación narcisista constante. Si se les priva de amor, efecto y cuidado, pueden deprimirse en términos clínicos[16].

2.4.1 TEORIA COGNITIVA: La teoría cognitiva de la depresión también se aplica al trastorno distímico. Sostiene que una disparidad entre situaciones actuales y fantaseadas disminuye la autoestima y produce un sentimiento de indefensión. El éxito de la terapia cognitiva en el tratamiento de algunos pacientes con trastorno distímico proporcionaría algún apoyo al modelo teórico que la sustenta.

2.5 DIAGNÓSTICO

Respecto a la CIE-10, los síntomas que definen el trastorno distímico (cuadro 01) son muy similares a los del DSM-IV, y entre los criterios empleados para investigación en la CIE-10 se requieren 3 de 11 síntomas, entre los que se incluyen algunos no presentes en el DSM-IV. Como punto diferencial entre ambos criterios de diagnóstico cabe señalar que en el DSM-IV se requiere que el trastorno ocasione un sufrimiento o deterioro clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otras, para diferenciar el trastorno distímico de los problemas de la vida cotidiana, en tanto que en la CIE-10 no se incluye el criterio de deterioro funcional. Respecto a esta disfunción hay que señalar que estos pacientes presentan una discapacidad acusada, mayor que la que sufren los enfermos con enfermedades físicas crónicas, tan sólo superada por los cardiópatas.

Cuadro 01: Criterios CIE-10 para el diagnóstico de trastorno distímico.

A) Presencia de un periodo de al menos 2 años de un estado de ánimo deprimido en forma continua o constantemente recurrente.
B) Los períodos de depresión no tienen la gravedad suficiente como para cumplir criterios de trastorno depresivo

[16] Akiskal HS, H Lemmi, RH Rosenthal, Scott-Strauss, A. depresiones caracteriológica: hallazgos clínicos y EEG del sueño de separación. Arco de Psiquiatría Gen 1980; 37:777-783

C) Por lo menos en algunos períodos deben hallarse tres o más de los síntomas siguientes[17]:

- Disminución de vitalidad o actividad,
- Insomnio
- Pérdida de confianza o sentimientos de inferioridad
- Dificultad para concentrarse, Llanto fácil
- Pérdida de interés por actividades sexuales u otras placenteras
- Sentimientos de desesperanza.
- Sentimientos de incapacidad respecto a las responsabilidades habituales
- Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado
- Aislamiento social
- Menor locuacidad de lo habitual

2.6 SÍNTOMAS CLINICOS

Según **Daniel N. Klein** del Departamento de Psicología de la Universidad Estatal de New York, el trastorno distímico es un trastorno crónico que se caracteriza, no por una aparición episódica de la enfermedad, sino por la presencia estable de los síntomas. En cualquier caso, los pacientes con este trastorno pueden experimentar variaciones temporales en la gravedad de los síntomas. Los síntomas en sí mismo se dan por la presencia de un ánimo deprimido, caracterizado por sentimientos de tristeza, disminución o pérdida de interés del paciente por sus actividades cotidianas, es esencial en este trastorno. La gravedad de los síntomas depresivos es generalmente menor que en el trastorno depresivo mayor, pero la ausencia de episodios bien diferenciados es el aspecto que más apunta hacia el diagnostico de un trastorno distímico.

Los pacientes con este trastorno pueden a menudo ser sarcásticos, quejosos, demandantes de atención y estar amargados. Pueden estar tensos y rígidos y

[17] CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Trastornos del humor 163 -164

resistirse a la intervención terapéutica, incluso aunque acudan regularmente a las citas.

Han revisado exhaustivamente los trabajos que han estudiado la especificidad de los síntomas en el trastorno distímico. Los seis estudios analizados muestran una variabilidad considerable con respecto a los síntomas valorados, la metodología, la muestra, los criterios diagnósticos y los criterios de inclusión y exclusión de pacientes con trastorno depresivo mayor superpuesto (doble depresión), pero, en general los resultados sugieren que los síntomas cognitivos (baja autoestima, pesimismo, sentimiento de inadecuación, desesperanza, pobre concentración), afectivos (rabia, irritabilidad, angustia, pérdida de interés o placer) y social-motivacionales (retraimiento social, baja energía o fatiga, actividad o productividad bajas) son más consistentes que los vegetativos y psicomotores (insomnio/hipersomnia, trastornos del apetito, del sueño, inhibición, inquietud, lentitud) en el trastorno distímico (cuadro 02).

Cuadro 02: Frecuencia de síntomas depresivos en sujetos que cumplen criterios de distimia

SINTOMAS	FRECUENCIA
Baja Autoestima	
Pérdida de Confianza o Sentimientos de Inferioridad	
Dificultad para Concentrarse (Tristeza)	
Pérdida de Interés en realizar actividades	
Sentimientos de Desesperanza	
Sentimientos de Incapacidad a las responsabilidades habituales	
Pesimismo sobre el Futuro o preocupaciones del pasado	
Aislamiento Social	
Insomnio (Perdida del sueño)	

Disminución del apetito	

[18]

2.7 SÍNTOMAS ASOCIADOS

Entre éstos se incluyen los cambios entre el apetito o en los patrones de sueño. La baja autoestima, la pérdida de energía, el retardo psicomotor, la disminución del impulso sexual, y la preocupación obsesiva por asuntos de salud. El pesimismo, la desesperanza y la indefensión hacen que a estos pacientes se les vea como personas "masoquistas". No obstante, si el pesimismo se dirige hacia el exterior, los pacientes pueden despotricar del mundo y quejarse de que son maltratados por sus familiares, hijos, padres, amigos, y por todo el sistema.

2.8 DETERIORO SOCIAL

El deterioro del funcionamiento social es a veces la razón por la que consultan los pacientes con un trastorno distímico. De hecho, el divorcio, el desempleo, y las dificultades sociales son problemas comunes en estos pacientes. Pueden quejarse de dificultades para concentrarse y de que su rendimiento laboral y académico se está resintiendo. Debido a las quejas físicas, los pacientes pueden perder días de trabajo y ocasiones en la que disfrutar del contacto social. Los pacientes con este trastorno pueden presentar problemas de pareja que resultan de una disfunción sexual (p. ej., impotencia), o de la incapacidad para mantener la intimidad emocional[19].

2.9 COMORBILIDAD

Se define como comorbilidad como la coexistencia en el mismo paciente de dos trastornos, bien en su relación coactiva pasada o a su situación actual. El diagnóstico del trastorno distímico se hace con frecuencia en personas que sufren otros trastornos mentales. Los datos indican que la comorbilidad del trastorno

[18] Menchón Magriña, J. M. y Vallejo Ruiloba, J., Distimia y otros trastornos de Humor, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000
[19] Andrew H. Michener, John D. DeLamater (2000): Psicología Social de 451 a 456

distímico con otros trastornos mentales es un claro factor predictivo de mal pronóstico. Esto significa que la presencia de un trastorno depresivo crónico y no tratado parece limitar la tasa y nivel de mejoría que un paciente puede obtener en otros trastornos mentales. Los trastornos con los que existe mayor comorbilidad son el trastorno depresivo y los trastornos relacionados con sustancias.

2.9.1. DEPRESIÓN DOBLE.

Se estima que un 40% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor también cumplen criterios para el trastorno distímico. La combinación de ambos trastornos se denomina con frecuencia depresión doble. Los datos disponibles respaldan la hipótesis de que los pacientes con depresión doble tienen un peor pronóstico que los pacientes con un trastorno depresivo mayor. El tratamiento de los pacientes con depresión doble debería ir dirigido a ambos trastornos, ya que la resolución de los síntomas del episodio depresivo mayor todavía deja a estos pacientes con una alteración psiquiátrica significativa.

2.9.2. ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS.

Los pacientes con un trastorno distímico con frecuencia cumplen criterios para un trastorno relacionado con sustancias. La comorbilidad puede entenderse como algo lógico, dada la propensión de los pacientes distímicos a desarrollar “métodos” para afrontar su estado depresivo crónico. De éste modo, es probable que estos pacientes utilicen alcohol, estimulantes (p. ej., cocaína), o marihuana, dependiendo la elección del contexto social en que se encuentren. El abuso de sustancias unido en forma concomitante al trastorno distímico presenta un dilema diagnóstico al clínico, ya que el consumo de sustancias puede producir síntomas indistinguibles de los del trastorno distímico.

2.10 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del trastorno distímico es, en esencia, idéntico al del trastorno depresivo mayor. Muchas sustancias y patologías médicas pueden causar síntomas depresivos crónicos. Hay que prestar especial atención a dos

trastornos en el diagnóstico diferencial del trastorno distímico: el trastorno depresivo menor y el trastorno depresivo breve recurrente.

El trastorno distímico debe ser diferenciado del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El diagnóstico es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas depresivos no son la consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, el trastorno primario del estado de ánimo se anota en el Eje I (p. ej., trastorno distímico) y la enfermedad médica se anota en el Eje III (p. ej., diabetes mellitus). Por ejemplo, éste sería el caso si se considera que los síntomas depresivos son la consecuencia psicológica directa de tener una enfermedad médica o si no hay relación etiológica entre los síntomas depresivos y la enfermedad médica. Un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se diferencia de un trastorno distímico por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera que está etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.[20]

2.10.1 TRASTORNO DEPRESIVO MENOR

Este trastorno se caracteriza por episodios de síntomas depresivos menos graves que aquellos que se observan en el trastorno depresivo mayor. La diferencia entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo menor es la naturaleza episódica de los síntomas del trastorno depresivo menor. Entre episodios, los pacientes con un trastorno depresivo menor están eutímicos, mientras que los pacientes con un trastorno distímico prácticamente no pasan períodos eutímicos.

[20] http://www.redsanar.org/Textos/Trastorno_Distimico.htm

2.10.2 TRASTORNO DEPRESIVO BREVE RECURRENTE

Este trastorno se caracteriza por breves periodos (menos de dos semanas) durante los cuales están presentes episodios depresivos. Los pacientes con este trastorno completarán los criterios para el trastorno depresivo mayor si los episodios duran más. Se diferencian de los pacientes con un trastorno distímico en dos aspectos: primero, sufren un trastorno episódico y, segundo, la gravedad de los síntomas es mayor.

2.10.3 TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPRESIVA

Refiriéndose al diagnóstico diferencial difícil entre distimia de comienzo temprano y trastorno de personalidad depresiva (TPD), Tyrer (2000) nos dice: "Uno de los problemas es que, siendo la distimia un diagnóstico a largo plazo y siendo la personalidad una característica persistente, uno de los criterios principales que utilizamos para separar la personalidad de su estado mental, es su persistencia. Si tenemos una condición, un trastorno mental que es persistente, ello lo hace sumamente difícil". Sin embargo, se ha observado, que contrariamente a lo esperado, la concurrencia de TPD con distimia de comienzo temprano es más baja que la de la TPD con la distimia (solo el 17% de TPD tenían distimia de comienzo temprano). En muestras clínicas y no clínicas, se dan un solapamiento insuficiente en criterios operacionales entre distimia y TPD. No se sabe si la distimia se asocia más con un trastorno de personalidad que con la depresión mayor.[21]

2.11 CURSO Y PRONÓSTICO

Aproximadamente un 50% de los pacientes con un trastorno distímico experimentan un inicio temprano, los pacientes sufren estos síntomas durante décadas antes de consultar con el psiquiatra. Las personas afectadas pueden considerar el inicio temprano de su trastorno simplemente como parte de la vida. Estos pacientes presentan un riesgo mayor de desarrollar más tarde un trastorno

[21] http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/2235

depresivo mayor o un trastorno bipolar I. Los estudios realizados con pacientes diagnosticados de neurosis depresiva indican que, aproximadamente un 20% de ellos progresan hacia el trastorno depresivo mayor. Un 15% hacia el trastorno bipolar II, y menos de un 5% hacia el trastorno bipolar I.

El pronóstico para los pacientes con un trastorno distímico es variable. Los estudios futuros podrán indicar si la utilización de nuevos antidepresivos por ejemplo, fluoxetina y bupropión o determinados tipos de psicoterapia (p, ej., terapias cognitivas-conductuales) tienen efectos positivos sobre el curso y pronóstico del trastorno distímico. Los datos disponibles referentes a los tratamientos anteriores indican que solo en un 10% y un 15% de estos pacientes están en remisión al año del diagnóstico inicial. Un 25% de los pacientes con un trastorno distímico nunca consiguen una remisión completa.

2.12 TRATAMIENTO

Los datos contemporáneos ofrecen un apoyo objetivo únicamente a la terapia cognitiva, conductual, y a la farmacoterapia. La combinación de terapia cognitiva, conductual y farmacoterapia puede ser el tratamiento más efectivo para este trastorno. Otras clases de terapias también pueden ser beneficiosas; no obstante, esta eficacia no se ha comprobado en estudios bien controlados[22].

2.12.1 PSICOTERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva es una técnica en la cual a los pacientes se les enseña nuevas formas de pensar y actuar para reemplazar las actitudes negativas sobre sí mismos, el mundo y el futuro. Es un programa terapéutico de corta duración orientado hacia problemas actuales y su resolución.

[22] Vallejo, J. y Gastó Ferrer, C. (2000) 2da Ed.: Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión: Distimia, 297–298

2.12.2 PSICOTERAPIA CONDUCTUAL

La terapia conductual para los trastornos depresivos se basa en la teoría de que la depresión está causada por la pérdida de reforzadores positivos como resultado de una separación, muerte, o cambio súbito en el ambiente inmediato. Los diferentes tratamientos se centran en objetivos específicos para incrementar la actividad, proporcionar experiencias satisfactorias y enseñar a los pacientes a relajarse. El cambiar la conducta de los pacientes deprimidos se considera la mejor forma de variar los pensamientos y sentimientos depresivos que van asociados. La terapia conductual suele utilizarse para tratar la indefensión aprendida de algunos pacientes que parecen enfrentarse a cualquier cambio en su vida con un sentimiento de impotencia.

2.12.3 PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

La psicoterapia introspectiva individual es modalidad terapéutica más común para el trastorno distímico y muchos especialistas creen que es el tratamiento de elección. Un objetivo importante de la terapia es que los pacientes lleguen a comprender cómo intentan satisfacer una necesidad excesiva de aprobación por parte de los demás para fortalecer una baja autoestima, y cómo intenten satisfacer un superyó demasiado exigente.

2.12.4 PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

En la terapia interpersonal para los trastornos depresivos, las relaciones actuales de los pacientes y sus maneras de enfrentarse al estrés se analizan con vistas a reducir los síntomas depresivos y mejorar la autoestima. La terapia interpersonal consiste en sesiones semanales y puede combinarse con la medicación antidepresiva.

2.12.5 PSICOTERAPIAS FAMILIARES Y DE GRUPO

La terapia familiar puede ser de ayuda tanto para el paciente como para la familia en la lucha contra los síntomas del trastorno, en especial cuando parece existir un síndrome subafectivo de cada base biológica. La terapia de grupo puede ayudar a los pacientes que viven aislados socialmente a aprender nuevas formas de resolver sus problemas interpersonales en determinadas situaciones sociales.[23]

2.12.6 FARMACOTERAPIA

Debido a la larga duración del trastorno distímico y a la creencia teórica de que es un trastorno fundamentalmente determinado por la psicología del sujeto, muchos especialistas evitan utilizar antidepresivos con estos pacientes. Muchos estudios han demostrado el éxito terapéutico de los antidepresivos en este trastorno. En general, no obstante, los datos indican que los inhibidores selectivos de la monoaminooxidasa (IMAO) pueden ser más eficaces que los tricíclicos. La introducción de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) que se toleran mejor, ha tenido como consecuencia que se utilicen con cierta profusión en estos pacientes; los estudios preliminares indican que los ISRS pueden ser los fármacos de elección para este trastorno. De forma similar, las investigaciones iniciales indican que el bupropión puede ser un tratamiento efectivo para los pacientes con un trastorno distímico. Los simpatomiméticos como las anfetaminas, también pueden utilizarse en determinados pacientes.

2.13 HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización no suele estar indicada para los pacientes con un trastorno distímico; sin embargo, la presencia de síntomas particularmente graves, la incapacitación social y laboral notables, la necesidad de realizar pruebas

[23] http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000918.htm

diagnósticas más precisas y la ideación suicida, son todas ellas indicaciones para la hospitalización[24].

2.14 LA DEPRESIÓN EN LA FAMILIA

Antes de desarrollar los aspectos relacionales concernientes a la depresión, vale la pena explicar un poco que la depresión muchas veces está relacionada a un factor antecedente como es la personalidad, que se estructura en base a componentes biológicos que determinan aspectos hereditarios de ésta como el vigor, el ritmo y velocidad en las actividades, la sociabilidad, la emocionalidad y las tendencias de activación fisiológica, que son la base para que una persona desarrolle su personalidad.

Se observó que en el núcleo biológico de este trastorno existe un desequilibrio en la producción de serotonina. En cuanto al núcleo cognitivo la personalidad depresiva se caracteriza por el pesimismo, por tener un estilo independiente de campo o introvertido y tener una percepción catastrófica de los problemas, además de tener muy desarrolladas las estrategias o mecanismos de generalización y justificación, y muy poco desarrolladas las de realismo y autoafirmación.

El núcleo emocional se ha estructurado en base al sentimiento de pérdida, por lo cual, el estado de ánimo característico es la melancolía aunque se afirma que esta tristeza es un disfraz para la rabia. Otras características importantes son: que su comportamiento interpersonal se caracteriza por la indefensión, ya que su autoconcepto se ha cristalizado en la idea de ser sufrido y víctima de las circunstancias, por lo que obviamente tiene una autoestima baja y una autoimagen de inutilidad. El mecanismo de defensa más utilizado por el depresivo es el aislamiento.

[24] http://usuarios.lycos.es/mazmed/distimia.htm

Entendido esto, se puede pasar a analizar desde una perspectiva sistémica la aparición de la depresión en un núcleo familiar, que puede estar relacionada con factores como experiencias vividas en el seno de la familia, pérdidas importantes o decepciones significativas, las cuales son las causas más frecuentes en el desencadenamiento de un cuadro depresivo.[25]

[25] http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html

2. DIABETES MELLITUS

1. DATOS FUNDAMENTALES DE LA DIABETES

- En el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes.
- Se calcula que en 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre.
- Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.
- Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres.
- La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.

2. GENERALIDADES

La Diabetes Mellitus es una afección muy frecuente en el mundo entero. Ocasionalmente produce síntomas desde su inicio y otras veces no presenta ninguno y pasa totalmente inadvertida. Su diagnóstico precoz permite establecer el tratamiento adecuado y evitar posibles complicaciones.

Existen en el mundo millones de diabéticas, de los cuales un gran porcentaje no lo saben. Muchos de ellos recién se enteran de su condición diabética al aparecer alguna complicación como, por ejemplo, un infarto de miocardio.

Se trata de una enfermedad que impide el correcto aprovechamiento de los alimentos que se ingieren, especialmente de los azúcares, debido a una carencia total o parcial de una hormona llamada insulina.[26]

3. DEFINICIÓN

La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia en el largo plazo daño, disfunción e

[26] Asociación Americana de Diabetes. Normas de atención médica de la diabetes - 2010. Cuidado de la Diabetes. 2010; 33 Supl 1:11-61

insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

4. EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia total: 20.8 millones de niños y adultos (7.0% de la población) tienen diabetes. Con diagnóstico: 14.6 millones de personas Sin diagnóstico: 6.2 millones de personas En el año 2007, se diagnosticaron 1.5 millones de casos nuevos de diabetes en personas de 20 años o más.

5. CAUSAS

La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar la glucemia. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas.

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual los alimentos son descompuestos y empleados por el cuerpo como energía. Varias cosas suceden cuando se digiere el alimento:

- Un azúcar llamado glucosa, que es fuente de energía para el cuerpo, entra en el torrente sanguíneo.
- 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 utilizarse como energía.[27]

Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, debido a que:

- El páncreas no produce suficiente insulina
- Los músculos, la grasa y las células hepáticas no responden de manera normal a la insulina

[27] http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm

6. CLASIFICACIÓN

La diabetes es un trastorno que perjudica la forma en que el cuerpo usa la comida digerida para el crecimiento y la energía. La mayor parte de la comida que comemos se descompone en glucosa, una forma de azúcar que provee la fuente principal de combustible para el cuerpo. Después de la digestión, la glucosa pasa dentro del torrente sanguíneo. La insulina, una hormona producida por el páncreas, ayuda a la glucosa a entrar en las células y la convierte en energía. Sin la insulina, la glucosa se acumula en la sangre, y el cuerpo pierde su principal fuente de combustible[28].

6.1 DIABETES MELLITUS TIPO I

En el tipo 1 de diabetes, el sistema de inmunización destruye las células beta, productoras de insulina del páncreas. Esta forma de diabetes usualmente ataca a niños y adultos jóvenes, quienes requieren inyecciones diarias o frecuentes de insulina, o el uso de una bomba de insulina por el resto de sus vidas. El tratamiento con insulina, sin embargo, no es una cura ni puede prevenir -confiablemente- las complicaciones a largo plazo de la enfermedad. Aunque los científicos no saben qué causa que el sistema de inmunización ataque a las células, creen que tanto factores genéticos como ambientales están involucrados.

La diabetes tipo 1 forma del 5 al 10 por ciento de la diabetes diagnosticada en los Estados Unidos, ocurre igualmente en hombres y mujeres, y es más común en el tipo caucásico. Los síntomas incluyen aumentos de sed y orina, hambre constante, pérdida de peso, visión borrosa y fatiga extrema. Si no se trata con insulina, una persona puede caer en un coma que puede durar toda la vida.

[28] Asociación Americana de Diabetes. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Cuidado de la Diabetes. 2008 555-560

6.2. DIABETES MELLITUS TIPO II

La diabetes tipo 2, en la que consiste cerca del 90 por ciento de los casos de diabetes, es más común en los adultos mayores de 40 años. Afectando a cerca del 6 por ciento de la población, esta forma de diabetes está fuertemente asociada con la obesidad (más del 80 por ciento de la gente con el tipo 2 de diabetes tiene sobrepeso), inactividad y un historial familiar de diabetes. Es más común en los afroamericanos, hispanos, nativos americanos, asiáticoamericanos y americanos de las islas pacíficas.

La diabetes tipo 2 es a menudo parte de un síndrome metabólico que incluye obesidad, alta presión sanguínea y altos niveles de lípidos en la sangre. La gente con diabetes tipo 2 primero desarrolla una resistencia a la insulina, un trastorno en el que las células de los músculos, la grasa y el hígado no usan la insulina apropiadamente. Primero el páncreas produce más insulina, pero gradualmente su capacidad para segregar esta hormona falla, y el tiempo de secreción de insulina se vuelve anormal. Después que la diabetes se desarrolla, la producción de insulina continúa declinando.

Los síntomas incluyen fatiga, náusea, orina o infecciones muy frecuentes, sed inusual, pérdida de peso, visión borrosa y lenta curación de heridas o golpes. Algunas personas no muestran síntomas para nada. Los investigadores estiman que cerca de un tercio de la gente con diabetes tipo 2, no sabe que la tiene.

Mucha gente con diabetes tipo 2 puede controlar la glucosa de su sangre siguiendo una dieta cuidadosa y un programa de ejercicio, perdiendo peso excesivo y tomando medicamentos orales. Sin embargo, entre más tiempo tenga una persona diabetes tipo 2, es más probable que él o ella necesite inyecciones de insulina, ya sea por separado o junto con medicamentos orales.

6.3. DIABETES GESTACIONAL

La diabetes de la gestación se desarrolla durante el embarazo. Como la diabetes tipo 2, ocurre más seguido en los afroamericanos, nativos americanos, hispanos y gente con un historial familiar de diabetes.

Aunque usualmente desaparece después de dar a luz, la madre se haya en un alto riesgo de tener diabetes tipo 2 más tarde en su vida.[29]

Podemos entender que la diabetes puede tener dos posibles orígenes, el biológico relacionado a los receptores de glucosa o el funcionamiento pancreático o un origen más bien relacionado al estilo de vida, más exactamente con el estilo de alimentación desbalanceado y la vida sedentaria.

Esta mal función provoca signos físicos como ser cansancio, agotamiento falta de energía o sensación de sueño durante el día, sed excesiva, lo cual tiene un efecto en la frecuencia de la micción, visión borrosa, entumecimiento de miembros, dificultad para tener erecciones en los varones y baja en el deseo sexual en las mujeres.

Las complicaciones en la diabetes se presentan cuando se mantienen por mucho tiempo niveles altos de glicemia lo cual produce lesiones en los vasos sanguíneos más finos. Estas lesiones causan daños irreversibles en la retina (retinopatía), disminución en la función renal o pérdida de la misma (nefropatía), deterioro en terminaciones nerviosas (neuropatía), que son las afecciones más graves en la Diabetes y que pueden conducir a la pérdida de la vista, entumecimiento y pérdida de la sensibilidad en extremidades llegando a tener que recurrir a la amputación del miembro.

El impacto psicológico de una enfermedad crónica parte desde el mismo momento en que el paciente recibe el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad por parte del médico, por esto es importante la forma en que los profesionales deben informar y comunicarse con el paciente acerca de su condición.

[29] http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/diabetes_mellitus.htm

Este impacto está relacionado también con las implicaciones directas e indirectas que conllevan la enfermedad, las directas incluyen los síntomas mencionados al principio y las posibles complicaciones que podría sufrir el paciente y las implicaciones indirectas o secundarias de la enfermedad como ser el estrés que produce el auto cuidado, la frustración que ocurre ante algún fracaso en el mismo, la interferencia del auto cuidado en la vida cotidiana, las restricciones alimenticias y la tendencia a deprimirse.[30]

Por esto, una de las necesidades principales del enfermo crónico y una de las principales tareas del psicólogo clínico es el desarrollo de capacidades de afrontamiento emocional por la amenaza que constituye la enfermedad para el paciente y su familia.

7. PREVENCIÓN

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones se debe:

- Alcanzar y mantener un peso corporal saludable.
- Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.
- Consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas.
- Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

[30] Tébar, Escobar J, y, F. (2009): La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. Cap. 3 hasta 6 en la depresión y la diabetes Cap. 51 453-354

8. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico se puede establecer tempranamente con análisis de sangre relativamente baratos.

El tratamiento de la diabetes consiste en la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar.

Entre las intervenciones que son factibles y económicas en los países en desarrollo se encuentran:

- El control moderado de la glucemia. Los pacientes con diabetes de tipo 1 necesitan insulina, y los pacientes con diabetes de tipo 2 pueden tratarse con medicamentos orales, aunque también pueden necesitar insulina.
- El control de la tensión arterial.
- Los cuidados podológicos.

Otras intervenciones económicas son:

- Las pruebas de detección de retinopatía (causa de ceguera).
- El control de los lípidos de la sangre (regulación de la concentración de colesterol).
- La detección de los signos tempranos de nefropatía relacionada con la diabetes.[31]

9. ACTIVIDADES DE LA OMS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LA DIABETES

Se estima que la prevalencia mundial de la diabetes en el año 2006 fue de 2.8% y se espera que para el 2030 esta se duplique. Al igual que en el caso de la

[31] http://geosalud.com/diabetesmellitus/DMtipo2.htm

prevalencia mundial, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha proyectado que para el 2025 esta cifra se duplicará en América Latina y el Caribe.[32]

El objetivo de la OMS consiste en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Con este fin, la Organización:

- Formula directrices científicas sobre la prevención de la diabetes.
- Elabora normas y criterios sobre la atención a la diabetes.
- Fomenta la toma de conciencia sobre la epidemia mundial de diabetes, en particular colaborando con la Federación Internacional de la Diabetes en la celebración del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre).
- Realiza tareas de vigilancia de la diabetes y sus factores de riesgo.

La labor de la OMS en materia de diabetes se complementa con la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, cuyo centro de atención son las medidas poblacionales para fomentar la dieta saludable y la actividad física regular, reduciendo así el creciente problema del sobrepeso y la obesidad a escala mundial.

10. LA DIABETES EN LA FAMILIA

Como en el caso de cualquier enfermedad y enfermedad crónica principalmente, la presencia de una red de apoyo es fundamental para la supervivencia del enfermo. La primera red de apoyo obviamente es la familia ya que ella tendrá que convivir con el enfermo y así con la enfermedad.

La diabetes no es la excepción; el curso de la enfermedad desde su diagnóstico en adelante, tendrá una repercusión en la vida de la familia, en su dinámica interna en el clima emocional de todo el sistema así como en los roles de sus miembros e incluso las jerarquías. Por ejemplo, si un paciente diabético llegara a

[32] http://www.who.int/mediacentre/es/

perder la vista por una retinopatía o un miembro inferior por una neuropatía, se vería en una posición de minusvalía viéndose obligado a renunciar a la cabeza de la estructura jerárquica.

Así como la enfermedad tiene repercusiones en la familia, la forma en la que esta reciba y conviva con la enfermedad, tendrá su respectivo impacto en el curso de ésta. La familia del diabético vivirá cambios que van desde los hábitos alimenticios hasta las intervenciones en crisis, en casos de shocks hipoglicémicos o comas diabéticos por ejemplo.

El 90 o 95% del cuidado del diabético se lo hace en casa, o sea que está a cargo de él mismo, y en alguna medida del familiar más comprometido con la tarea de controlar la diabetes. Por esto se entiende la importancia de que la familia sea una buena red de apoyo, conociendo los procedimientos de administración de insulina, las formas de medición de la glicemia, conociendo los productos que su familiar puede consumir, aportando con menús nuevos, actualizándose con información médica moderna, todo lo cual significa implicarse con la familia y con el enfermo.[33]

De todas formas el paciente acudirá a redes externas a su familia como los centros de salud, los grupos de apoyo, etc. Pero generalmente será la familia la que busque estas redes de apoyo y la que se encargue de comprometer al diabético con su asistencia, su participación o su adherencia a lo que implique el tratamiento. Lo anterior significa que la familia del diabético juega un papel importante en viabilizar los cambios necesarios en los hábitos alimenticios, en la actividad física, en el aporte de información actualizada y en convertirse un soporte emocional para el paciente, fuente de ánimo y optimismo para controlar la enfermedad y vivir una vida normal y plena.

[33] Tébar, Escobar J, y, F. (2009): La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. Cap. 3 hasta 6 en la depresión y la diabetes Cap. 51 453-354

11. LA DIABETES MELLITUS EN EL ECUADOR

La diabetes afecta a un significativo porcentaje de la población ecuatoriana que, por falta de información o de oportuna detección, ni siquiera sabe que padece una enfermedad que puede causar la muerte.

Nos espera en pocos años más una debacle nacional con el incremento de la prevalencia-incidencia de diabetes mellitus en el país, por cuanto no existirán medios posibles ni profesionales ni económicos para enfrentar la grave pandemia de la diabetes y sus complicaciones, perdiendo lo más importante de la Nación: el capital humano, ante una miopía sin precedentes de toda la sociedad ecuatoriana y un incremento sostenido del precio de los fármacos para tratar la diabetes y patologías asociadas.

La diabetes causa la descompensación hiperglucémica (exceso de azúcar en la sangre o coma diabético) y lo contrario, la hipoglucemia (baja súbita del azúcar sanguíneo). El exceso crónico del azúcar en la sangre causa gravísimas complicaciones a mediano y largo plazo (esto es entre 6 y 10 años de padecer diabetes): ceguera, insuficiencia renal, incapacidad de caminar por atrofia de los músculos debido a la afectación de los nervios, impotencia sexual. El diabético crónicamente descompensado presenta elevaciones muy peligrosas del colesterol, que van a producir un importante daño de las grandes arterias, con sus grave secuelas como el infarto cardíaco y el derrame cerebral.[34]

En el Ecuador existen aproximadamente unas 200.000 personas con diabetes, de las cuales apenas se encuentran diagnosticadas y con tratamiento unas 40.000 (20%). Las políticas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en relación a la diabetes son prácticamente nulas.

En nuestro país el número de diabéticos insulinodependientes (tipo I) es de 0.7 por mil habitantes, menor al 2 por mil, que se encuentra en países como Inglaterra, USA, Dinamarca, Canadá. En cambio la prevalencia de diabéticos no

[34] http://www.guia-diabetes.com/descompensacion-hiperglucemica.html

insulinodependientes (tipo II) se acerca al 6 %. El tipo máximo de presentación de diabetes tipo I se encuentra entre los 15 y 29 años; de la diabetes tipo II, entre los 45 a 64 años.

En las diferentes facultades de medicina la enseñanza de la diabetología es muy superficial, de tal suerte que el médico general egresa con un nivel deficiente de conocimientos en esta área.

Es necesaria una campaña de información a la ciudadanía sobre los síntomas y signos específicos de la diabetes, a fin de detectar a tiempo a los 160.000 diabéticos que se encuentran sin diagnóstico. Es imprescindible que el Estado y las instituciones que hacen salud entreguen el material necesario para el autocontrol del diabético en su propio domicilio.

De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador la diabetes mellitus ha experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994 – 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años.

Para el 2009, los casos notificados fueron de 68,355 para diabetes mellitus. En el periodo 2000 a 2009, la incidencia de diabetes mellitus se incrementó de 80 por 100,000 habitantes a 488.

Por Provincia la mayor tasa de incidencia de Diabetes está en:

- Cañar, la tasa fue de 173 para el año 2000 y para el año 2009, de 1001, le sigue
- Manabí, la tasa para el año 2000, fue de 113,6 mientras que para el 2009, fue de 981,8
- El Oro, la tasa para el año 2000, fue de 134,68 y para el año 2009 de 720.6
- Los Ríos, la tasa para el año 2000 fue de 55.82 y para el 2009 de 650.35
- Guayas, la tasa para el año 2000 fue de 87.93 y para el 2009 de 586.54

- Esmeraldas, la tasa para el año 2000 fue de 71.11 y para el año 2009 fue de 393.56

Por Región mayor es:

- en la costa la tasa de 92 para el año 2000, mientras para el 2009 fue de 698,
- le sigue Galápagos con una tasa de 339;
- la Amazonía con una tasa 316
- finalmente la Sierra con 284 personas por 100.000 habitantes para el mismo año 2009.[35]

12. DIABETES EN LA CIUDAD DE LOJA

Se calcula que el 5% de la población lojana sufre diabetes.

La diabetes es un grave problema de salud pública que afecta a la población del mundo. En el Ecuador esta enfermedad está entre las 10 causas más frecuentes de mortalidad. Loja se incluye en ese porcentaje, se estima que el 5% de los habitantes, es decir, 20 mil personas son afectadas por la diabetes.

Para superar estas dificultades el Ministerio de Salud implementó un programa de manejo y control de la diabetes para brindar atención en todas las unidades de Salud de Loja a los pacientes diabéticos.

Esto se da para sensibilizar a la población lojana en las estrategias de prevención de la diabetes, captando a los pacientes diabéticos para que se integren a los clubes de diabéticos que se conformaron en las unidades de salud y detectar la enfermedad a través de los exámenes de glucosa.

Actualmente existe el Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, el mismo que cuenta con aproximadamente 55 integrantes que asisten de forma recurrente.[36]

[35] http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/alto-indice-de-diabetes-52018-52018.html
[36] http://www.elmercurio.com.ec/258751-casos-de-diabetes-preocupan-en-loja.html

13. LOS EFECTOS DE LA DIABETES SOBRE LA DEPRESIÓN Y DE LA DEPRESIÓN SOBRE LA DIABETES

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. Cathy Lloyd describe los efectos de la diabetes sobre la depresión y viceversa, y nos habla sobre la eficacia de las herramientas disponibles para detectar la depresión en personas con diabetes.
Un informe clave demostró que las personas con diabetes corren un riesgo como mínimo dos veces mayor de desarrollar depresión en comparación con quienes no la tienen. 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.3 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.[37]

Estas crudas estadísticas, sumadas a la preocupación por el bienestar mental de las personas con diabetes, han llevado a la publicación de guías nacionales e internacionales para la detección de la depresión y de recomendaciones para su cuidado y tratamiento. Por ejemplo, la Federación Internacional de Diabetes (FID) ha publicado una guía para la atención a las personas con diabetes tipo 2 que incluye la evaluación del estatus psicológico y el envío a profesionales de la salud mental.

Tanto si el sufrimiento psicológico aumenta el riesgo de desarrollo de diabetes y/o sus complicaciones, como si la diabetes y/o sus complicaciones aumentan el riesgo de depresión, o si la presencia de ambas es mera coincidencia, tienen graves consecuencias tanto para la persona con diabetes como para los profesionales sanitarios que participan en su atención. Sin embargo, a pesar de su importante prevalencia, la depresión en personas con diabetes parece contar con poco reconocimiento.

14. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN SOBRE LA DIABETES MELLITUS

Desde la década de los años ochenta, se condujeron estudios controlados para evaluar la prevalencia de un trastorno depresivo en pacientes con Diabetes Mellitus.

Llevando a cabo la primera investigación prospectiva que evaluó la incidencia de desórdenes psiquiátricos en niños y jóvenes de 8-13 años (n = 92) con Diabetes Mellitus 1, que fueron seguidos desde su diagnóstico inicial. Hallaron que a los 20 años del diagnóstico de DM, el 47,6% había desarrollado algún padecimiento psiquiátrico; y, de manera notable, el 26,1% (n = 24) fue diagnosticado con un trastorno distímico. Un estudio más reciente concluyo que, aunque existe un porcentaje importante de pacientes con Diabetes Mellitus que presentan síntomas depresivos (22%), la mayoría de ellos no tiene una depresión clínica, aunque

[37] www.diabetesvoice.org/files/attachments/2008_1_Lloyd_ES_0.pdf

estos síntomas se relacionan con altos niveles de hemoglobina glucosilada, consumo de grasas saturadas e inactividad física.

La falta de apego al tratamiento es tres veces mayor en pacientes con Diabetes Mellitus y depresión que en aquellos que no presentan esta última.

Lo anterior mencionado ha sido corroborado por algunos investigadores, quienes realizaron un análisis de los estudios existentes hasta el 2007 acerca de la asociación entre la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus y depresión durante varios años, encontrando que los pacientes diabéticos con diagnóstico de depresión presentaban menor adherencia al tratamiento.

También se ha dado a conocer que los pacientes con Diabetes Mellitus 2 y depresión presentaban menor autocuidado (medidas dietéticas, conteo de carbohidratos, revisión de pies, ejercicio) que quienes no presentaban depresión asociada. Más aun, el costo del tratamiento para pacientes con depresión asociada se elevaba en comparación con quienes no la presentaban, y las medidas de intervención resultaban beneficiosas no solo al disminuir los síntomas depresivos sino, que al realizar estudios costo-beneficio, los gastos asociados a la enfermedad se reducían dramáticamente.

Se han realizado esfuerzos por intentar mejorar el estado del ánimo del paciente diabético para evaluar si tiene algún impacto benéfico en el control de la glucemia y las demás medidas metabólicas.

Se ha documentado que la coexistencia de depresión y DM aumenta el riesgo cardiovascular, encontrándose una elevación del 36-38% en la mortalidad, con un riesgo 2 o 3 veces mayor con respecto a la población general, lo cual justificaría el tratamiento de ambas enfermedades.

Este breve panorama destaca el hecho de que, sea Diabetes Mellitus 1 o Diabetes Mellitus 2, el descontrol glucometabolico se relaciona con mayor prevalencia de síntomas depresivos, y que con el tratamiento farmacológico no solo existen mejoras psíquicas, sino que estas se traducen también en un mejor control de la

glucemia y, con ello, en una disminución en la morbimortalidad asociada a ambas enfermedades.[38]

15. APOYO PSICOLÓGICO

El diabético correctamente tratado puede disfrutar de una calidad de vida esencialmente vital similar a la de las personas sanas; por ello, la mayor parte de los diabéticos insulinodependientes no se consideran enfermos, incluso les sienta mal que se les etiquete como tales.

El conocimiento del diagnóstico suele provocar una crisis familiar. Las medidas terapéuticas y el estricto control dietético obligan a que el diabético y quienes le rodean conozcan las características y procedimientos elementales del tratamiento y de las eventuales urgencias. Esto supone, aparentemente una limitación de su vida normal y una cierta obligación de compromiso por parte de quienes le rodean, cosa que puede preocupar enormemente al diabético. Sin embargo, actualmente hay medios suficientes para que éste perciba que su vida no está limitada. El asesoramiento del profesional de la salud y los servicios de las asociaciones de diabéticos resultan de gran utilidad al respecto.

La mejor manera que tiene la persona diabética de demostrarse que no es un enfermo es sintiendo que su cuerpo está sano gracias a una correcta alimentación y medicación, y, sobre todo comprobando que puede realizar toda clase de deporte y actividades sociales. De hecho, se ha observado que la actividad deportiva es psicológicamente beneficiosa, al incrementar la sensación de bienestar, la autoimagen y la autoestima.

Las personas mayores diabéticas insulinodependientes se enfrentan con una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones tardías graves, que atentan seriamente contra su vida normal: ceguera, cardiopatías, problemas de circulación periférica (pie diabético…), etc. Estas personas requieren un control diario y unas atenciones que también deben asumir sus familiares y allegados[39].

---

[38] http://www.neurologia.com/pdf/Web/5106/be060347.pdf

[39] GALLAR, M. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente: El Paciente Diabético. 2da edición. Pag. 319 - 320

6. MATERIALES Y MÉTODOS

1. ENTREVISTA Y OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA

La entrevista es una conversación que se sostiene con un propósito definido y no por mera satisfacción de conversar. Entre la persona que entrevista y la entrevistada existe una correspondencia mutua, y gran parte de la acción recíproca entre ambas consiste en ademanes, posturas, gestos, etc. Incluso las palabras adquieren diversos significados según su entonación y contexto. Todos estos elementos de comunicación concurren al intercambio intencionado de conceptos que constituye la entrevista.

La entrevista psicológica tiene un objetivo, obtener información o recoger los datos de la persona con un fin determinado, en este caso de su enfermedad y su relación con síntomas depresivos, especialmente con la distimia. Se suele seguir una pauta concreta, que gira entorno a los temas establecidos, que son relevantes para los objetivos planteados. En esta situación se dan dos roles muy definidos: el entrevistador y el (los) entrevistado (s).

El Psicólogo Clínico debe tener control directo con las interacciones que se establecen y hacer que ellas vayan dirigidas a obtener el objetivo propuesto.

La entrevista es el instrumento más utilizado en la psicología clínica, su función es muy importante en las diversas formas de tratamiento psicológico, precede acompaña y sigue al tratamiento.

La entrevista es una conversación que tiene un propósito o meta, pero esta ha sido adoptada y perfeccionada por los clínicos mas no inventada por ellos.

El psicólogo clínico puede tener mucha o poca información acerca del paciente, las primeras entrevistas se dirigen a determinar la naturaleza y el contexto del problema, animando en estas al paciente a preguntar y hacer comentarios, así las ideas erróneas que podrían obstruir entrevistas posteriores son arregladas y ayudarán a eliminar expectativas inadecuadas al comunicar

nuevas expectativas adaptadas a su enfermedad y así facilitar la interacción con cada integrante.

En ocasiones se puede llegar a observar la existencia de una crisis, la misma que puede traer consigo los problemas cotidianos, los cuales provocan una gran tensión en el paciente; por lo que el psicólogo da el apoyo, la calma y la ayuda necesaria en estos casos.

Existe la entrevista de observación la misma que proporciona una oportunidad para no perder de vista las reacciones de la persona ante situaciones ambiguas, provocadoras de tensión, conflictos, entre otras.

ETAPAS DE LA ENTREVISTA

• **Principio de la entrevista:** La mayoría de los clínicos establecen en primer lugar un rapport y empatía: una relación armoniosa y cómoda de trabajo. En esta parte de la entrevista el clínico debe hacer sentir cómodo al paciente y lo puede realizar con un saludo cordial, una sonrisa; tomando siempre en cuenta del paciente el grado de educación, las diferencias sociales, raciales, culturales, económicas que este presenta.

• **Parte media de la entrevista:** esta debe ser suave y fácil para el paciente. Hay algunas tácticas, como son: Las técnicas no directivas: en donde se realizan algunas preguntas abiertas. Estos inicios minimizan la tensión de la persona y ayudan a establecer un buen rapport. Las técnicas directivas: se realizan preguntas que dan impresión de informalidad. Por ende se debe procurar no hacer preguntas que sugieran sus propias respuestas.

• **Cierre de la Entrevista:** esta proporciona datos valiosos para la evaluación como también para fortalecer el rapport. Se realiza una conclusión acerca de la entrevista.[40]

En la entrevista, la observación ayuda a completar la información requerida; para recabar dicha información, es necesario tener en cuenta la comunicación verbal y no verbal del paciente.

[40] http://www.elforolatino.com/f86/la-entrevista-en-la-psicologia-clinica-212/

Sullivan plantea que el terapeuta no puede apartarse, sin implicarse personalmente en la operación, el observa a través de su personalidad, por lo tanto, los datos son resultado de una interacción social con el paciente; esto es, una observación participativa.

La observación sirve como un canal poderoso de comunicación y fuente de datos suplementarios en la entrevista, permitiendo conocer como el individuo se desarrolla en su ambiente actual, su participación en las distintas sesiones y terapias grupales, interrelación con sus compañeros, actitudes, deseos de colaboración y de cambio.

La entrevista se aplicó de forma individual, la misma que se llevó a cabo en dos sesiones aproximadamente, en las cuales se trató de descubrir los principales datos de filiación, experiencias especialmente de su enfermedad (diabetes mellitus) desde su inicio hasta la actualidad, relacionándola con síntomas depresivos que conlleven a una distimia; y, esto a su vez que puede corroborar a un distanciamiento o disfuncionalidad familiar, debido al mayor cuidado que se debe de llevar con el paciente diabético.

Los modelos teóricos que han tenido mayor repercusión en el campo de la psicoterapia son:

- El psicoanálisis
- La fenomenología
- La teoría del aprendizaje.

Bajo su influencia se han constituido 3 modos de intervención terapéutica.

LA ENTREVISTA PSICOANALÍTICA

Los profesionales que trabajan bajo una orientación psicodinámica distinguen entre:

1. Psicoanálisis
2. Psicoterapia de orientación psicoanalítica.

El criterio más aceptado para establecer esa diferencia es el encuadre en que se desarrolla la interacción.

Encuadre en la entrevista propiamente psicoanalítica:

Eliminación de la influencia del mundo exterior, mediante la introducción del diván, y el hecho de que el terapeuta se sitúe a la espalda del paciente. Esto provoca un contexto comunicativo peculiar.

Los canales comunicativos privilegiados son el verbal y el paralingüístico (la mirada, el rostro y la movilidad del cuerpo quedan excluidos).

Estos hechos, favorecen la emergencia de fantasías inconscientes Cuando el paciente tolera mal la ansiedad que le provoca la desaparición del interlocutor de su campo visual, ésta forma de interacción se sustituye por la entrevista cara a cara Þ psicoterapia de orientación psicoanalista.

Pero, el objetivo general de ambas clases de entrevista es común:

Mejorar la capacidad adaptativa del paciente, a través del desarrollo de su capacidad para comprenderse a sí mismo.

Según la teoría psicoanalítica, el origen de las dificultades del paciente consiste en un conflicto inconsciente. Para resolverlo, los términos tienen que ser previamente integrados en la conciencia, mediante el reconocimiento intelectual de los contenidos que, poco a poco, va rescatando de su inconsciente, y la emocionalización de los sentimientos que arrastran.

La tarea del entrevistador es facilitar el proceso.

Por tanto, los objetivos específicos de la entrevista psicoanalítica son:

- Captación emocional e intelectual del conflicto.
- Elaboración de las implicaciones que provocan los contenidos inconscientes, sobre las distintas esferas de la conducta del paciente.

La estructura de la entrevista de inspiración psicoanalítica tiende a ser directiva, aunque, el nivel de directividad depende de:

- Las preferencias personales del entrevistador.
- Las exigencias de cada etapa del tratamiento.
- Del estado más o menos organizado de las funciones yoicas del paciente.

Regulación y control de tendencias, afectos e impulsos

- Capacidad para posponer la gratificación y consiguiente capacidad para tolerar la tensión y la frustración.
- Control apropiado de la descarga directa, manteniendo un grado de satisfacción adecuado (capacidad sublimatoria).

Relación con los otros:

- Capacidad para subordinar las elecciones narcisistas o simbióticas; fusión de las imágenes buenas y malas, experiencia de los otros como un todo separado de uno mismo.
- Capacidad para lamentar la pérdida y establecer nuevas relaciones.
- Profundidad de las relaciones, capacidad empática.
- Estabilidad y duración de las relaciones.
- Autorepresentación
- Competencia en el manejo del ambiente tal y como es percibida por los otros y contrastada con la percepción de la propia competencia.
- Relación entre autoimagen y yo ideal.
- Capacidad para fundir las autoimágenes positivas y negativas.
- Funcionamiento integrativo sintético
- Pensamiento, memoria, lenguaje, funciones visuales y motoras, concentración y atención.
- Anticipación y aprendizaje, incluyendo los aspectos cognitivos y la planificación de la fantasía.
- Capacidad de jucio: requiere el empleo analítico y sintético de los componentes anteriores.
- Capacidad para integrar nuevas experiencias mediante la reconciliación de las inconsistencias.

Integración ejecutiva con el ambiente: requiere el empleo de todos los componentes anteriores, para alcanzar la capacidad de seleccionar, controlar e integrar los sistemas de actividad mental, en orden a gratificar las necesidades y a afirmar la seguridad mediante la adaptación al mundo externo.

Regulación de estímulos

Umbral pasivo del exceso de estimulación interna y externa (sustrato neurofisiológico del yo).

Manejo activo del exceso de estimulación (incluye atención selectiva).

Mantenimiento de un nivel estimular adecuado (homeostasis tónica).

Regresión adaptativa al servicio del yo

Capacidad para reflejar regresivamente la agudeza perceptual y cognitiva necesaria para el disfrute emocional del sexo, la música, el arte, las comidas, la literatura, el teatro, el sueño, la imaginación creativa y el enamoramiento.

Apertura a experiencias nuevas en estas áreas.

Prueba de realidad y sentido de la realidad

Percepción de si el estímulo se genera fuera o dentro del organismo.

Precisión de la percepción (objetividad sobre la percepción sesgada del deseo).

Atención selectiva como un proceso organizativo.

Chequeo de la realidad interna: conciencia reflexiva, autoconocimiento.

Sentido de realidad. Depende de la claridad de la frontera entre el yo y el mundo. Despersonalización o desrealización.

Según la teoría psicoanalítica, los sentimientos, fantasías, actitudes y deseos de mayor incidencia en la conducta son de naturaleza inconsciente, y están separados de la conciencia por la acción de diversos mecanismos de defensa.

La manifestación de estos mecanismos durante la entrevista se conoce como resistencias.

Las resistencias son combatidas durante la entrevista mediante el empleo de diversas técnicas:

La regla fundamental: Enuncia la técnica de la asociación libre. Consiste en pedirle al cliente que verbalice el contenido que pase por su mente.

Para facilitarlo, el terapeuta puede ofrecer instrucciones breves, durante las primeras sesiones, para que el paciente se familiarice con el rol y comience a asociar libremente, sin necesidad de ser motivado externamente.

Principio de abstinencia: Es el principio al que debe someterse la conducta del terapeuta. El terapeuta debe mantenerse en estado de atención flotante, frente al discurso de su cliente, evitando al expresión de sus emociones y los juicios de valor.

Una de las funciones del entrevistador es hacer de espejo, de modo que, el paciente solo pueda ver en él el contenido de sus propias proyecciones y no los rasgos de la persona que efectivamente es su interlocutor.

La transferencia y la contratransferencia: Análisis de las conductas del paciente y de las suyas propias, en relación con los constructos de la teoría que le sirve como punto de referencia.

El manejo de la interpretación: La forma en que el psicoanalista verbaliza las hipótesis que va elaborando a partir de los análisis, sobre las relaciones cognición-emoción. Conflicto del paciente.

Sólo se diferencia de otra clase de interpretación por el marco teórico en el que se apoya.

A diferencia de otras formas de psicoterapia, el psicoanálisis propone la entrevista como instrumento terapéutico único.

LA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA (HUMANÍSTICA)

Carl Rogers, propuso como método clínico la terapia centrada en el cliente, a partir de una concepción del hombre y de la naturaleza de sus problemas muy influenciada por la fenomenología.

Para éstos terapeutas, las dificultades psicológicas proceden de un desarrollo personal insuficiente.

Objetivo: Promocionar al máximo el crecimiento psicológico de los pacientes.

Los terapeutas fenomenológicos se esfuerzan por promover la autoconciencia y el desarrollo del potencial humano individual de sus clientes.

La entrevista fenomenológica está concebida como una relación interpersonal real.

El objetivo es que el paciente comience a percibirse a sí mismo de una manera más positiva y que llegue a asumir al terapeuta como una persona que le brinda una experiencia única.

Los contenidos que prevalecen en la entrevista son los referidos al presente: aquí y ahora de la experiencia interpersonal.
El cliente no es percibido como un enfermo sino como alguien que desconoce cómo su manera peculiar de percibir la realidad, afecta a sus conductas específicas.
Por eso, los temas privilegiados son los referidos a la forma en que el paciente experimenta emocional y conceptualmente su vida cotidiana.

Rogers considera que uno de los factores que influye más en el proceso de detención del desarrollo personal son los juicios y evaluaciones de los demás. Por eso, el entrevistador debe evitar al máximo este tipo de presiones.

Según Rogers, para que la relación entre entrevistador y cliente resulte terapéuticamente útil, el vínculo tiene que ser real (no simulado) y debe estar enmarcado por 3 actitudes del terapeuta:

- **Aceptación incondicional.** Implica evitar juicios o interpretaciones. Los consejos están fuera de lugar, aunque el paciente los pida con insistencia.
- **Empatía.** Percibir la experiencia del cliente desde su marco de referencia. La técnica que potencia al máximo la empatía del entrevistador es el reflejo de los sentimientos. El empleo del reflejo en la entrevista fenomenológica ha sido muy criticado. Sin embargo, esta técnica no es nada fácil ya que no se trata de una mera repetición de palabras, sino que implica una actividad cognitiva muy compleja, pues exige el establecimiento de inferencias a unos tiempos sutiles y persistentes. Aunque, su empleo masivo es de utilidad dudosa.
- **Congruencia.** Ni ser paternalista, ni tener actitudes de superioridad. Se expresa a través de la consistencia interna de los sentimientos y conductas del terapeuta.

Para Rogers, la congruencia es la única forma de establecer, al mismo tiempo, una relación humana real y una relación terapéutica efectiva.
La técnica que mejor traduce la congruencia es la inmediatez.

La manifestación de la congruencia implica a todos los registros de la comunicación (opuesto al encuadre psicoanalítico, donde el terapeuta actúa como si fuera un espejo).
Se trata de una entrevista no directiva, en la que el reflejo y la inmediatez son formas de intervención especialmente frecuentes.

La entrevista fenomenológica estructura el CAMBIO en 7 ETAPAS:

- Los contenidos de los mensajes se refieren a cosas externas. Los sentimientos y significados personales no son concebidos como tales ni como propios. Los constructos son muy rígidos. Las relaciones cercanas son vividas como peligrosas.
- Son frecuentes las descripciones de sentimientos y significados no actuales, que son considerados como malos o inaceptables. Aparece un sentimiento incipiente de que algunos de los problemas son internos al individuo.
- Se hace frecuente la expresión de sentimientos en el momento en que ocurren. Estos sentimientos se hacen propios o se aceptan. Se cuestiona la validez de muchos constructos personales. El paciente asume la responsabilidad ante sus propios problemas.
- Los sentimientos negados previamente ahora son experimentados con aceptación y de forma inmediata.
- El individuo vive cómodamente en el proceso cambiante de su experiencia. Experimenta nuevos sentimientos con riqueza e inmediación y ésta experiencia interna es un referente claro para su conducta. La incongruencia es mínima y temporal.
- El cambio terapéutico se identifica con una mejoría generalizada del funcionamiento psicosocial del cliente, concretamente en: el incremento en el nivel de conciencia, autoaceptación, comodidad interpersonal, flexibilidad cognoscitiva y autoconfianza.

Pero, el proceso de entrevista y la interacción que en él se establece tiene sus restricciones:

- La entrevista ha de estar bien estructurada.
- Claros límites en lo que respecta a su duración.
- Límites en el alcance de las relaciones de dependencia.
- Límites en las manifestaciones agresivas del cliente.
- Límites en el grado de responsabilidad por la conducta del paciente que el entrevistador se impone a sí mismo.

Algunos terapeutas fenomenológicos han recogido otras aportaciones teóricas, como al teoría de la gestalt (Perls), y han introducido variaciones en las técnicas de intervención verbal de la entrevista. Una de las más importantes son los diálogos, que, en un momento concreto de la sesión, mantiene el paciente con interlocutores imaginarios.

LA ENTREVISTA CONDUCTUAL

Objetivo fundamental: Modificación de aquellas conductas desadaptativas que son específicas y manifiestas, teniendo en cuenta, si fuera necesario, las cogniciones y emociones que las acompañan.

El valor terapéutico de esta entrevista radica en dos principios:

1. Existen relaciones funcionales entre las verbalizaciones de una persona y su conducta específica en el medio ambiente.

2. Las verbalizaciones de los sujetos, especialmente las emocionales, se vinculan con los componentes fisiológicos de las respuestas emocionales.

La entrevista conductual es propuesta como una técnica auxiliar de los programas de modificación de la conducta.
Sus funciones son:

- Crear un marco de interacción con el terapeuta.
- Reunir información sobre las pautas de comportamiento del paciente.

- Evaluar los datos obtenidos para delimitar objetivos y ver las técnicas a emplear.
- Evaluar momento a momento los resultados del tratamiento seleccionado.
- Modificar o mantener determinadas clases de conducta.

Los hechos que interesan son:

- La conducta verbal.
- La conducta no verbal.
- Las respuestas fisiológicas del paciente.

Las técnicas de la entrevista conductual suelen ser:

- Condicionamiento verbal.
- Modelado.
- Instrucciones.

Instigación verbal: Presentación de estímulos verbales que incrementan la posibilidad de emisión de una respuesta, que, en situaciones no terapéuticas, suele estar controlada por estímulos menos notorios.

La clase de estímulos empleados son: nombres de objetos, personas o lugares, descripciones de los elementos anteriores, preguntas directas o indirectas, palabras o frases relacionadas con la conducta, etc.

Se dirige a fomentar conductas que el paciente tiende a evitar por haber sido castigadas anteriormente.

Especialmente útil en conductas no asertivas, algunas compulsiones y fobias (favorece la instalación de una conducta antes evitada y la extinción de la ansiedad concomitante).

Ensayo conductual: Emisión de una conducta por parte del cliente, ante una petición explícita del terapeuta quien, así, tiene la oportunidad de reforzar o extinguir algunas facetas de dicha conducta.

Suele emplearse en relación con conductas no asertivas, y en general, ante situaciones interactivas en las que el paciente no sabe comportarse con fluidez.

Retroalimentación: Consiste en la enunciación de aquello que el terapeuta considera correcto o incorrecto de la conducta del paciente.

Las retroalimentaciones positivas mantienen e incrementan la frecuencia de la conducta.

Las retroalimentaciones negativas son aquellas que modifican la topografía o la tasa de la conducta.

La retroalimentación funciona como una señal para acciones posteriores y en esto se diferencia del refuerzo y del castigo.

El contenido de una retroalimentación puede constituir un poderoso estímulo discriminativo para la emisión de respuestas verbales y no verbales.

Una de las consecuencias de la retroalimentación consiste en la potenciación del cambio porque permite al cliente observar y analizar su comportamiento en términos distintos a los empleados habitualmente.

Los sondeos: permiten buscar información en forma activa y directiva.

La entrevista conductual:

- Presta una atención exclusiva a la conducta del paciente tal como se produce en su presente interacción con el medio. Lo que se quiere es hacer más adaptativas las respuestas que ya están en el cliente, favoreciendo el aprendizaje de conductas alternativas y la extinción de comportamientos que tienen una influencia negativa.
- No concede mucha importancia al estilo interactivo de los entrevistadores, aunque reconoce la influencia positiva de una relación cordial y relajada. En este sentido, el énfasis siempre ha recaído en los aspectos racionales (más que en los emocionales) de la interacción.

Los entrevistadores conductuales se comportan de forma permisiva y acrítica durante las entrevistas iniciales, con objeto de facilitar el rapport, mediante la extinción de la ansiedad del cliente.

Como parte de su actitud permisiva y tranquilizadora, el entrevistador ofrece tres tipos de comentarios:

- El primero se refiere a la naturaleza de la enfermedad del paciente. El paciente recibe alivio de los comentarios comprensivos, tolerantes y tranquilizadores de su interlocutor.
- El segundo tipo de comentarios ofrecen información sobre la génesis y explicación de sus dificultades. Su importancia reside, no tanto en las propias explicaciones, sino en la convicción que expresa el terapeuta.
- Por último, el entrevistador conductual previene a sus pacientes en relación a la inutilidad de los esfuerzos prematuros por vencer sus dificultades.[41]

[41] http://online-psicologia.blogspot.com/2007/12/tres-modelos-de-entrevista-teraputica.html

2. HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Es la que nos permite la recolección de datos referentes a un individuo, su familia, y su medio ambiente, incluyendo sus antecedentes médicos y cualquier otra información que pueda ser útil para analizar y diagnosticar su caso. Los centros e instituciones dedicadas a la psicología utilizan diferentes esquemas de historias clínicas que varían de acuerdo a las necesidades específicas. De todas maneras existen elementos constitutivos de la historia que se presentan ineludiblemente aunque su localización relativa sea diferente, lo cual se desprende del análisis de diferentes modelos utilizados.

Es un registro escrito de antecedentes clínicos, síntomas, evolución y tratamiento de una enfermedad.

A continuación se analizan las diversas partes de la historia clínica, cuyos datos se van recolectando a través de la entrevista:

1. **Datos de Identificación:** Nombre, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, raza, estado civil, número de hijos, instrucción, profesión, ocupación, religión, dirección domiciliaria, familiar responsable, número de historia clínica, número de ingresos, procedencia, lugar de residencia y fecha de ingreso.

2. **Condiciones de Hospitalización:** Condiciones físicas y psíquicas del paciente al momento de la entrevista, asiste solo o acompañado, por su propia voluntad o involuntariamente, presenta conciencia lúcida o no.

3. **Motivo de consulta:** Razón por la que el paciente solicita asistencia psicológica, si es que es transferido por otro servicio, enumerar los síntomas principales que obligan al paciente a la consulta, señalando tiempo de duración de cada uno de ellos, su frecuencia, intensidad y características.

4. **Enfermedad Actual:** Momento de aparición de los síntomas actuales y forma de evolución, así como también, periodicidad, localizador,

frecuencia e intensidad, causas y factores desencadenantes que han motivado la aparición del trastorno, duración, etc.

5. **Historia Pasada de la Enfermedad:** Detalle cronológico de los síntomas, comienzo, forma de presentación, caracteres, evolución, medicación y tratamientos recibidos, resultados de tales tratamientos, hospitalizaciones, remisiones, etc.

6. **Psicoanamnesis Personal Normal y Patológica:**

Prenatal: Condiciones biológicas y psicológicas de los padres durante la concepción y el embarazo. Condiciones económicas, sociales y culturales del hogar y circunstancias que rodearon al embarazo y gestación; si fue hijo deseado o no.

Natal: El parto fue normal o no, fue a término o prematuro, condiciones que lo rodearon, lugar del parto, fue atendido por facultativos o por empíricos, complicaciones, traumatismos, asfixias, medicación recibida, etc.

Infancia: Ambiente del hogar, frustración o disgusto del o los padres y familiares, tipo de nutrición, atención y cuidados que rodean al niño, dentición marcha, lenguaje, ritmo de desarrollo físico y psíquico, juegos preferidos, ambiente. Instrumentos y facilidades para el juego. Principales rasgos del infante: tipo de relación con los padres, hermanos y familiares cercanos. *Grado de sociabilidad:* comunicativo o retraído, emprendedor o tímido, egoísta o sociable, terco u obediente, irritable o apacible, sumiso o agresivo, optimista o pesimista, etc. *Educación:* pre-escolar, edad a la que ingreso a la escuela, niveles o grados alcanzados, éxitos o fracasos particulares, actitud hacia la escuela y adaptabilidad, relaciones con compañeros y profesores, rechazos o preferencias en al ambiente escolar. Edad al egreso, grados o cursos reprobados, razones para ello; intereses y aptitudes intelectuales. Preferencias en cuanto a los juegos y actividades de recreación: solo o en grupo. Enfermedades que ha padecido, intoxicaciones, traumatismos craneoencefálicos, tratamientos, resultados de

los mismos, complicaciones o secuelas posteriores, duración, etc.

Pubertad, adolescencia y juventud:

Principales cambios provocados en su estructura somática o en su fisiología que han dejado huellas en su personalidad. Características de la crisis de adolescencia y forma en que logro superarlas, proyecciones futuras, anhelos y aspiraciones, identificación y dependencia, cursos superados, éxitos y fracasos, intereses vocacionales, aptitudes y habilidades, estudios realizados, profesión adquirida. Preocupaciones, hábitos y conflictos sexuales, relaciones con el sexo complementario.

Madurez:

Relaciones con padres, hijos, cónyuge, amigos, éxitos, fracasos, frustraciones; etc. Desarrollo en el hogar; trabajos desempeñados. Enfermedades padecidas, tratamientos recibidos, resultados de dichos tratamientos y secuelas posteriores.

7. **Psicoanamnesis Familiar Normal y Patológica:** Organización familiar; número de miembros, nombre, ocupación, edad de: padre, hermanos, allegados, aspecto económico, vivienda, alimentación, influencias emocionales, relaciones familiares, exigencias, rigidez, severidad.

Complacencia, actitud protectora, dependencia hacia uno de los padres, actitudes hostiles de rechazo. Madrastra o padrastro, relaciones con los mismos, relaciones con hermanos: rivalidades, dependencias, antagonismos, seducciones, etc. Rasgos temperamentales de la familia que pudieron influir sobre el paciente, actitud familiar respecto al sexo, a la religión y a la política, fanatismo o actitudes exageradas.

Antecedentes patológicos familiares; enfermedades familiares de valor hereditario, muertes en parientes inmediatos (causa, edad); como afecto al paciente esta circunstancia, estado de salud de los parientes vivos. Tipo de familia: integrada, desintegrada, incompleta, intelectual, sobretrabajadora,

invertida, unida, desunida, etc.

8. **Historia Social:** Desenvolvimiento social en el medio familiar, escolar, colegial, laboral, etc. Hace o no amistades fácilmente y con qué tipo de personas ha establecido sus relaciones de amistad en cuanto a: sexo, edad, nivel cultural, rasgos temperamentales, condiciones económicas. Cuáles han sido sus manifestaciones en sus relaciones con las demás personas; ha sido sociable, egoísta, emprendedor, tímido, resentido, indiferente, hostil, generoso, ambicioso, etc. Qué tipo de actividades o aficiones le han permitido desarrollar su vida social: deportes, política, fiestas, religión etc. Migraciones e influencias del ambiente social geográfico en el paciente. Se incluye en edad correspondiente.

9. **Historia Laboral:** Ocupaciones o posiciones que ha alcanzado y grado de satisfacción y responsabilidad que le han deparado; progreso o fracaso en su trabajo y razones para él, los anhelos en su actividad laboral como meta en su vida; remuneración alcanzada, periodo de descanso, como ha distribuido o utilizado sus vacaciones. Razones que ha tenido para cambiar de ocupación, sensación de éxito o fracaso, condiciones económicas en que se desenvuelve, utilización del tiempo libre, tipos de pasatiempos, hábitos, lugares de diversión que frecuenta, etc. Se incluirá en la edad pertinente.

10. **Historia Psicosexual:** Orientación sexual que ha recibido, actitud hacia el sexo, experiencias sexuales, hábitos sexuales, inclinación hacia el afeminamiento o masculinización, enamoramientos, desenvolvimiento de sentimientos, actitud frente al matrimonio, felicidad o no alcanzada en su vida conyugal o sexual, conflictos, desengaños, etc. Se incluye en la edad correspondiente.

11. **Examen de Funciones Psicológicas:** Conciencia, atención, sensopercepción, memoria, afectividad, inteligencia, pensamiento, voluntad, instintos, hábitos, juicio y razonamiento.

12. Diagnostico Presuntivo

Realizamos un análisis cuidadoso de todos los datos obtenidos en: anamnesis personal y familiar normal y patológica, tipo de personalidad (premórbida) a través de la anamnesis. Factores concurrentes a la aparición del cuadro clínico, sintomatología, profundidad de las alteraciones, evolución, etc.

13. Exámenes Psicológicos

Resultados de los reactivos aplicados.

14. Psicoanamnesis Especial

Factores predisponentes, determinantes y desencadenantes de la enfermedad, características de personalidad.

15. Diagnóstico Diferencial

Consiste en distinguir de qué tipo de entidad se trata realizando una comparación o diferenciación con cuadros clínicos similares o que puedan confundirnos por su semejanza. Igualmente de la personalidad.

16. Diagnóstico Definitivo

Es el procedimiento por el cual se determina la naturaleza de una enfermedad o desorden sobre la base de conocimientos anteriores (diagnóstico presuntivo y diferencial), para encuadrar dando un denominador común al conjunto de datos obtenidos en el proceso de investigación de un paciente.

17. Pronostico

O predicción de los resultados, que se refiere a las posibilidades de superación del trastorno, del tiempo aproximado de terapia que requiere o a la respuesta del individuo a la terapia.

18. Recomendaciones

Dentro de este punto se puede anotar el tipo de terapia a seguirse de

acuerdo a las necesidades del caso (racional, sugestiva, hipnosis, familiar, etc.). La realización de exámenes de especialidad, si se requiere, exploración de ciertas áreas (para descartar primeramente los problemas orgánicos) lenguaje, vista, oído, etc. Tratamiento y atención de especialidad, ubicación adecuada de centros o instituciones de Educación Especial en hospitales o clínicas psiquiátricas, orientación psicopedagógica. Etc.

3. APGAR FAMILIAR

El doctor Gabriel Smilkstein ha diseñado un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia. Para esto se ha creado un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia.

El Apgar sirve para evidenciar la forma en que la persona percibe el funcionamiento de la familia en un momento determinado.
Es importante en la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas.

Es de gran utilidad, ya que colabora a la identificación de familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

El Apgar familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor.
Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.

APGAR FAMILIAR: COMPONENTES

Componentes	Definición
Adaptación	Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
Participación	Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
Crecimiento	Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.

Afecto	Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
Recursos	Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

CLASIFICACIÓN

El Apgar Familiar puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.

UTILIZACIÓN

Se puede emplear el Apgar en pacientes polisintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial en las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión, en grupos familiares o individuos consultadores crónicos, cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente, a los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir , a los miembros de familias problemáticas, cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.

APLICACIÓN

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser realizado de forma personal.

4. REACTIVOS PSICOLÓGICOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El inventario de Depresión de Beck (BAI) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases auto-evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Beck y cols.(1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad.

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad.

El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa; pero ya que se está evaluando sobre síntomas depresivos existentes en los pacientes con diabetes, es decir, relación entre distimia y la diabetes mellitus, se realizó lo siguiente:

- **Se les explicó y se les propuso a los integrantes del Club de Diabéticos, que en cuanto a las respuestas que vayan a dar a cada una de los 21 ítems del Inventario de Depresión de Beck; lo realicen tomando en cuenta desde el momento en que dio inicio su enfermedad hasta la actualidad, con el firme propósito de que aquello se una parte que colabore al reconocimiento de la existencia o no de distimia, dando en estos casos una intensidad de depresión leve o moderada.**

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque

de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.[42]

INTERPRETACIÓN

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

FACTORES DEL BDI

Bloque 1: Estado de ánimo: Valora que tan sufriente está el sujeto

Bloque 2: Pesimismo: Mide visión del sujeto para el futuro. Mientras más negro es su futuro, igual o mayor es el pesimismo.

Bloque 3: Sentimiento de Fracaso: El sujeto piensa que su rendimiento es menor

Bloque 4: Insatisfacción así mismo y al ambiente: así me siento y así es

Bloque 5: Culpa: El depresivo tiende a culparse

Bloque 6: Sentimiento de Castigo: si se siente culpa puede sentir o temer el castigo

Bloque 7: Rechazo u odio así mismo: Factor clave para un cambio en la persona

Bloque 8: Autoacusación

Bloque 9: Impulso al suicidio: es el factor más importante porque marca diferencia con respecto al resto del test

Bloque 10: Llanto: Hay que distinguir el llanto depresivo de otros, este no alivia, la persona puede terminar sintiéndose peor.

[42] http://centros-psicotecnicos.es/ansiedad-depresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm

Bloque 11: Irritabilidad o ira: La ira suele ser fácil, a veces así mismo. Esta es menos dolorosa que la depresión. Al enojarse se siente mejor que deprimido. La ira le da cierta fuerza al depresivo.

Bloque 12: Aislamiento Social: el paciente busca paz con el aislamiento.

Bloque 13: Indecisión: El sujeto no sabe que decidir. Se trabaja enseñando decisiones más y mucho más importantes.

Bloque 14: Imagen Corporal: la persona se ve deteriorada y se ve deslucido

Bloque 15: Capacidad Laboral: Nos permite distinguir de la tristeza normal. Mayor deterioro en capacidad laboral, mayor depresión. Menor deterioro en capacidad laboral, posible tristeza normal

Bloque 16: Trastornos del sueño: hay que distinguir el insomnio del depresivo y del ansioso. En el ansioso el insomnio es inicial (pre-dormicional). En el depresivo el insomnio es post-dormicional (se despierta en la madrugada y no puede dormir). El insomnio puede ser mixto o inter-dormicional (se despierta a media noche).

Bloque 17: Cansancio: el cansancio patológico ocurre cuando no se hace mucha actividad. Generalmente se debe a la actividad cognitiva (pensar en problemas).

El cansancio normal ocurre después de realizar alguna actividad.

Debe considerarse la presencia de una enfermedad médica que pueda generar cansancio o agotamiento.

Bloque 18: Pérdida del apetito: es el primer síntoma en la depresión. En depresiones crónicas cambia la condición de comer, produciendo una hiperfagia.

Bloque 19: Pérdida de peso: a mayor depresión, mayor pérdida de peso. No se debe descartar valoración médica

Bloque 20: Hipocondría: puede ser secundaria a la depresión (cogniciones distorsionadas)

Bloque 21: Deseo Sexual: a veces ciertas depresiones al igual que en el hipersomnio e hiperfagia, el paciente entra en un aumento de la actividad sexual (persona ninfómana)

PROPIEDADES PSICOMETRICAS

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad test oscila alrededor de r = 0.8, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez:

Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

Su validez Predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento:

Sensibilidad del 100 %,
Especificidad del 99 %,
Valor predictivo positivo 0.72, y
Valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13)

5. ENCUESTAS

Las mismas que nos permiten recoger mayor información, para cumplir con los objetivos establecidos, tratando de generar resultados en nuestra investigación.

En primera lugar para conocer sobre los síntomas depresivos que cumplen criterios de distimia en el paciente con diabetes mellitus; y cuáles de estos afectan mayormente durante sus años con la enfermedad. Dentro de estos se encuentran:

- Los síntomas cognitivos (baja autoestima, pesimismo, sentimiento de inadecuación, desesperanza, pobre concentración)
- Los síntomas afectivos (rabia, irritabilidad, angustia, pérdida de interés o placer)
- Los síntomas social-motivacionales (retraimiento social, baja energía o fatiga, actividad o productividad bajas); y,
- Los vegetativos y psicomotores (insomnio/hipersomnia, trastornos del apetito, del sueño, inhibición, inquietud, lentitud).[43]

En segunda instancia para conocer sobre los factores que incrementan la probabilidad de padecer distimia, en este caso en los integrantes del Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨.

Factores de Riesgo

- Sexo: Femenino
- Historia de algún familiar con Depresiones Mayores teniendo como síntomas: el aislamiento social, falta de esperanza en el futuro, sentimientos de tristeza o desesperanza, falta de apetito o de comer en exceso, dificultad para dormir o dormir demás, baja autoestima, entre otras.
- Condición económica baja; y,
- Tener un estado civil de soltero/a, viudo/a y divorciado/a.[44]

[43] Menchón Magriña, J. M. y Vallejo Ruiloba, J., Distimia y otros trastornos de Humor, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000
[44] file:///D:/Downloads/bUENA%20AYUDA%20DISTIMIA.htm

MÉTODOS EMPLEADOS EN LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

MÉTODO DESCRIPTIVO

Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con lo que tienen que ver. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas. La investigación descriptiva, en comparación con la naturaleza poco estructurada de los estudios exploratorios, requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder. La descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito.

El método descriptivo con el cual se busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis. Midiendo y evaluando diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar, en este caso la relación entre la distimia y la diabetes mellitus. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

INDIVIDUALIZADO

Este es un proceso que nos permite identificar las áreas del sujeto que más se encuentran afectadas, la sintomatología que presentan, entender los causales de la alteración y elaborar un adecuado diagnóstico.

Obteniendo del paciente la información necesaria a través de la Historia Clínica, reactivo psicológico y encuestas, la misma que debe ser clara y precisa. Realizando además la entrevista de forma individual e impartiendo reacciones positivas con el fin de que exista un ambiente armónico y compartido entre sí, ya

que si no existe la confidencialidad necesaria, no se podrá llegar a obtener rapport ni empatía.

MÉTODO ANALÍTICO

Es el método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos de las variables, en este caso tanto de la distimia como de la diabetes mellitus.

El análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Este método nos permite conocer más sobre si puede existir una relación entre la distimia y los pacientes que presentan diabetes mellitus, de la misma manera conocer el funcionamiento en el entorno familiar de los pacientes con la finalidad de que se pueda explicar, hacer analogías, comprender mejor sus comportamientos y establecer nuevas teorías.

MÉTODO SINTÉTICO

Después del análisis y descripción de lo realizado, se utiliza el método Sintético para determinar conclusiones, unificar todas las partes dispersas del fenómeno investigado, sumar los contenidos parciales de una realidad. . Además de lograr recogiendo los datos demográficos permitiéndome interpretar estadísticamente el sexo de los pacientes. También nos permitirá añadir un nuevo conocimiento sobre la temática propuesta a partir de las conclusiones realizadas, otorgar a la población interesada nuevas pautas de intervención.

7. RESULTADOS

CUADRO # 1

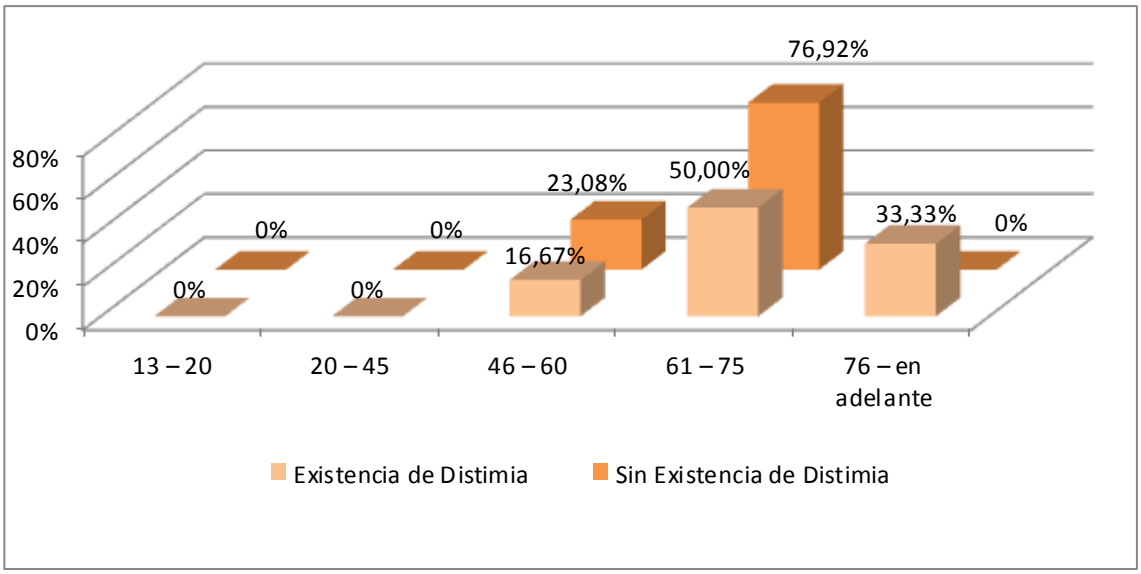
FACTORES SOCIODEMOGRÉFICOS DE LOS PACIENTES

TABLA 1.1. ESTABLECIMIENTO DE LA EDAD EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTAN O NO DISTIMIA

EDADES	Existencia de Distimia	Porcentaje	No Existencia de Distimia	Porcentaje
13 – 20	0	0%	0	0%
20 – 45	0	0%	0	0%
46 – 60	1	16,67%	3	23,08%
61 – 75	3	50%	10	76,92%
76 – en adelante	2	33,33%	0	0 %
TOTAL	**6**	**100%**	**13**	**100%**

FUENTE: Datos de Filiación (Historia Clínica Psicológica)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 1.1.



INTERPRETACIÓN:

Tomando en cuenta los 19 integrantes, se da a conocer que existen 13 personas que corresponden a la edad de 61 a 75 años, 4 de 46 a 60 años; y, 2 de 76 años en adelante, dándonos así el 100% de los mismos. De los cuales 6 pacientes presentan distimia, 3 en las edades comprendidas de 61 a 45 años dando el 50%, 2 de los 76 años en adelante dando un 33,33%; y, 1 entre los 46 a 60 años siendo el 16,67%, obteniendo así el 100% de los pacientes que presentan la patología.

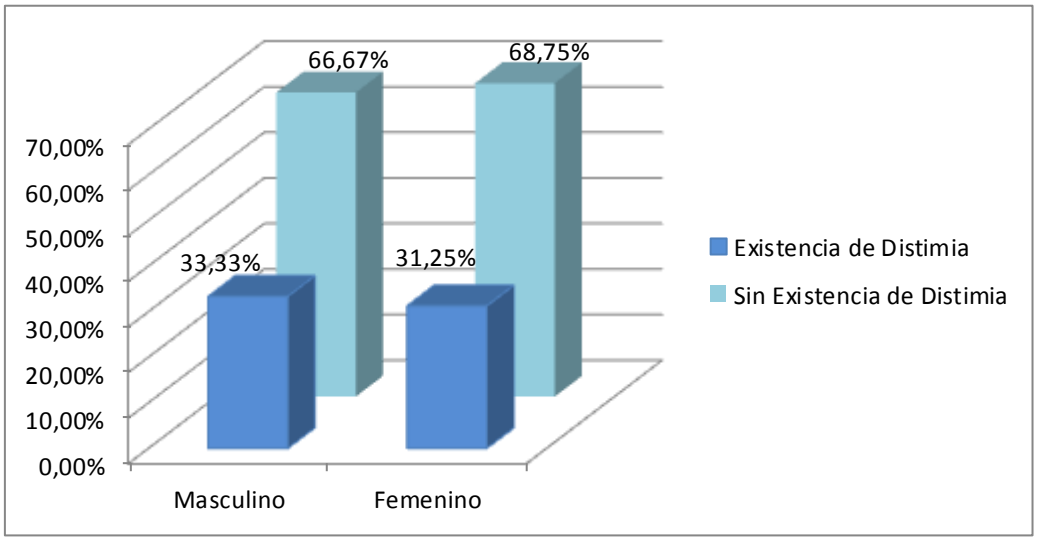
De los 13 pacientes que no presentan Distimia, el 76,92% corresponden a la edad comprendida entre los 61 a 75 años; y, el 23,08% entre los 46 a 60 años de edad, dando un total del 100% sin patología.

TABLA 1.2. ESTABLECIMIENTO DEL SEXO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTAN O NO DISTIMIA

SEXO	Existencia de Distimia	Porcentaje	No Existencia de Distimia	Porcentaje	TOTAL
Masculino	1	33,33%	2	66,67%	**100%**
Femenino	5	31,25%	11	68,75%	**100%**

FUENTE: Datos de Filiación (Historia Clínica Psicológica)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 1.2.



FUENTE: Datos de Filiación (Historia Clínica Psicológica)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de la población, 16 pertenecen al sexo femenino, de los cuales 5 personas presentan distimia y 11 no, dando como resultado un 31,25% y un 68,75% respectivamente; mientras, que 3 corresponden al masculino, presentando la patología un solo paciente obteniendo el 33,33%; y, 2 que no presenta con el 66,67%, dando un total de 19 integrantes.

CUADRO # 2

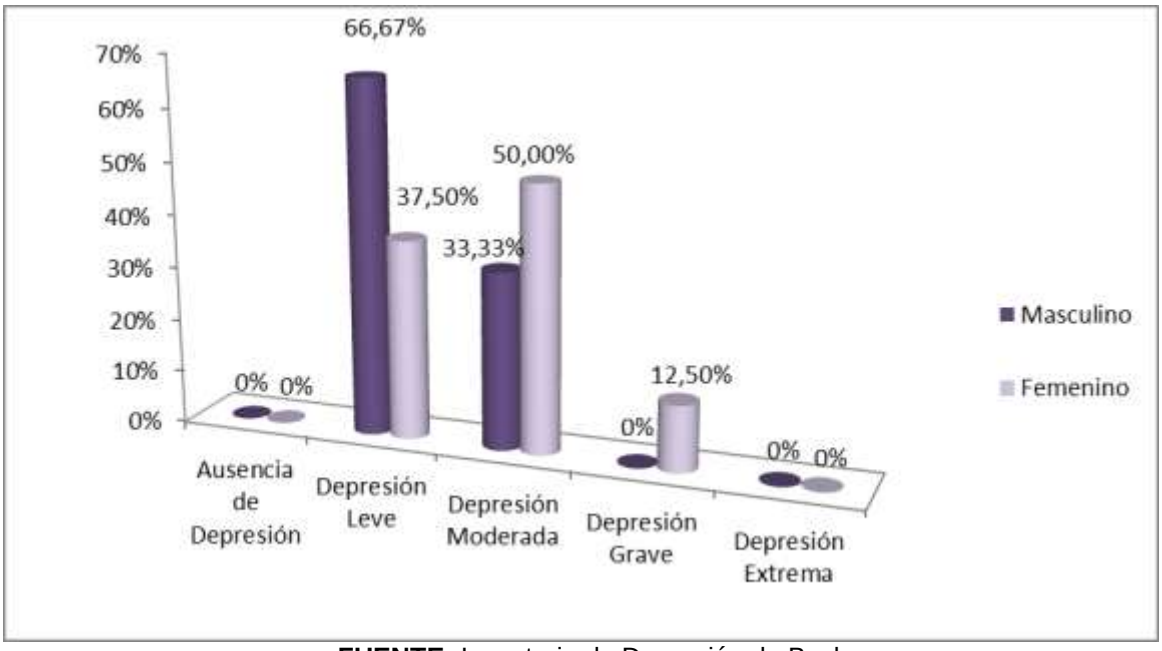
ESCALA DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

TABLA 2.1. Depresión por Género

DEPRESIÓN	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Ausencia de Depresión	0	0%	0	0%
Depresión Leve	2	66,67%	6	37,5%
Depresión Moderada	1	33,33%	8	50%
Depresión Grave	0	0%	2	12,5%
Depresión Extrema	0	0%	0	0%
TOTAL	**3**	**100%**	**16**	**100%**

FUENTE: Inventario de Depresión de Beck
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 2.1.



FUENTE: Inventario de Depresión de Beck
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a la valoración al 100% de los pacientes mediante el Inventario de Beck, se pudo conocer que el 0% tanto del sexo masculino como femenino no presentan **depresión ausente ni depresión extrema**, mientras que el 66,67% de los hombres y el 37,50% de las mujeres presentan **depresión leve**, el 33,33% de los hombres y el 50% de las mujeres presentan **depresión moderada**, y un 0% de los hombres y el 12,50% de las mujeres presentan **depresión grave**.

CUADRO # 3

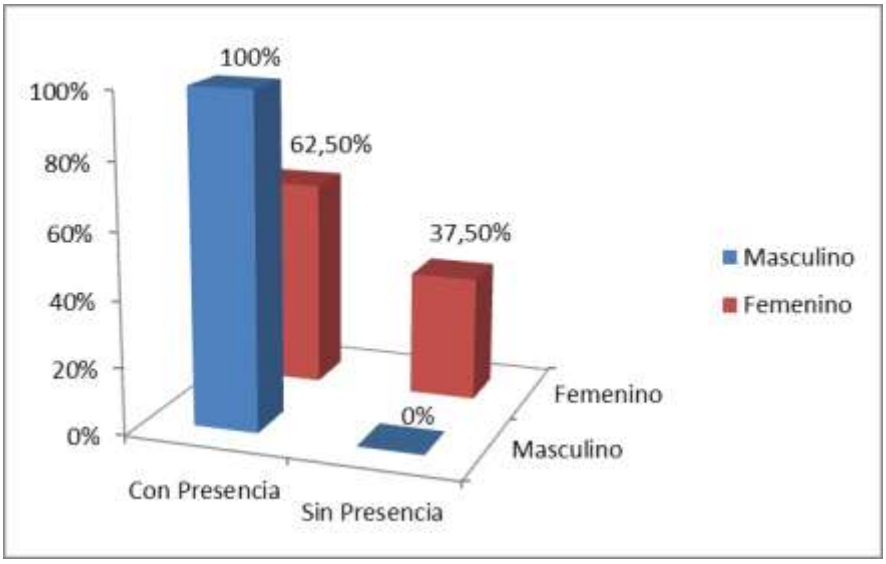
SÍNTOMAS DEPRESIVOS PARA LA DISTIMIA, POR SEXO

TABLA 3.1. Baja Autoestima

BAJA AUTOESTIMA	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Con Presencia	3	100%	10	62,50%
Sin Presencia	0	0%	6	37,50%
TOTAL	**3**	**100%**	**16**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 3.1. BAJA AUTOESTIMA



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

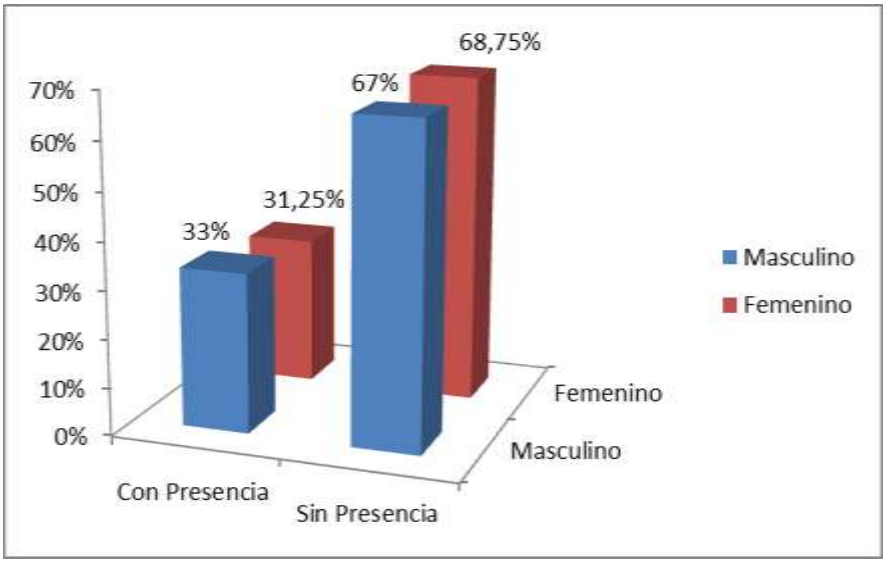
Del 100% de la población, en el 100% del sexo masculino y en el 62,50% del sexo femenino existe la presencia de **Baja Autoestima**, mientras que en el 0% de los hombres y en el 37,50% de las mujeres no existe esta sintomatología.

TABLA 3.2. Pérdida de Confianza o Sentimientos de Inferioridad

PÉRDIDA DE CONFIANZA	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Con Presencia	1	33,33%	5	31,25%
Sin Presencia	2	66,67%	11	68,75%
TOTAL	**3**	**100%**	**16**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 3.2. PÉRDIDA DE CONFIANZA



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

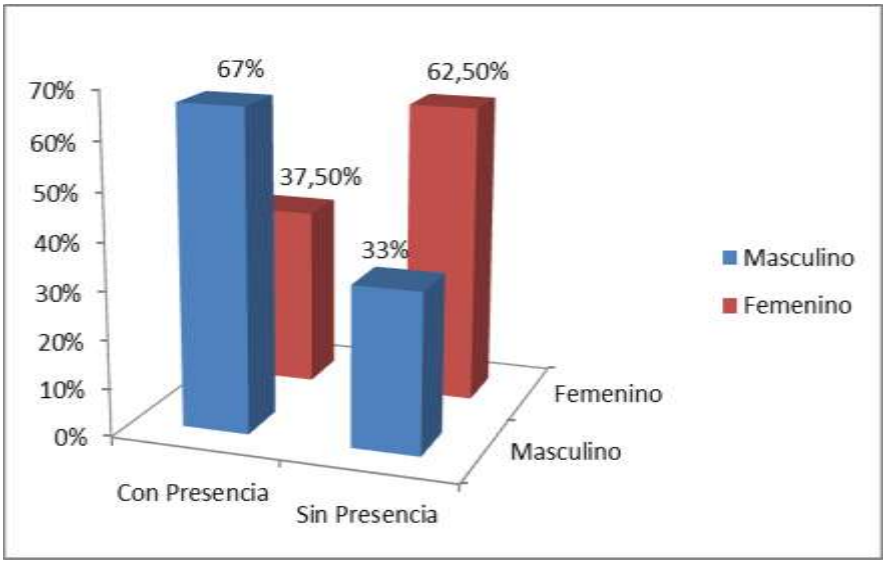
Del total de la población, el 33% del sexo masculino y el 31,25% del sexo femenino presentan como sintomatología **Perdida de Confianza**, mientras que el 67% de los hombres y el 68,75% de las mujeres, no existe presencia de la misma.

TABLA 3.3. Dificultad para Concentrarse (Tristeza)

DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Con Presencia	2	66,67%	6	37,50%
Sin Presencia	1	33,33%	10	62,50%
TOTAL	**3**	**100%**	**16**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 3.3. DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

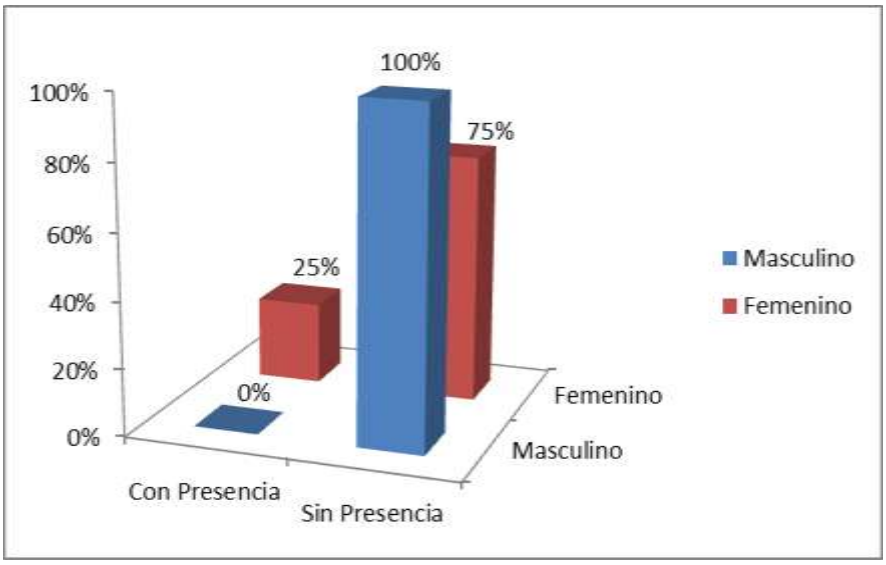
Del 100% de la población, el 67% del sexo masculino y el 37,50% del sexo femenino presentan como síntoma la **Dificultad para Concentrarse**, mientras que el 33% de los hombres y el 62,50% de las mujeres no lo presentan.

TABLA 3.4. Pérdida de Interés en realizar actividades

PERDIDA DE INTERES EN REALIZAR ACTIVIDADES	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Con Presencia	0	0%	4	25%
Sin Presencia	3	100%	12	75%
TOTAL	**3**	**100%**	**16**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 3.4. PÉRDIDA DE INTERÉS EN REALIZAR ACTIVIDADES



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

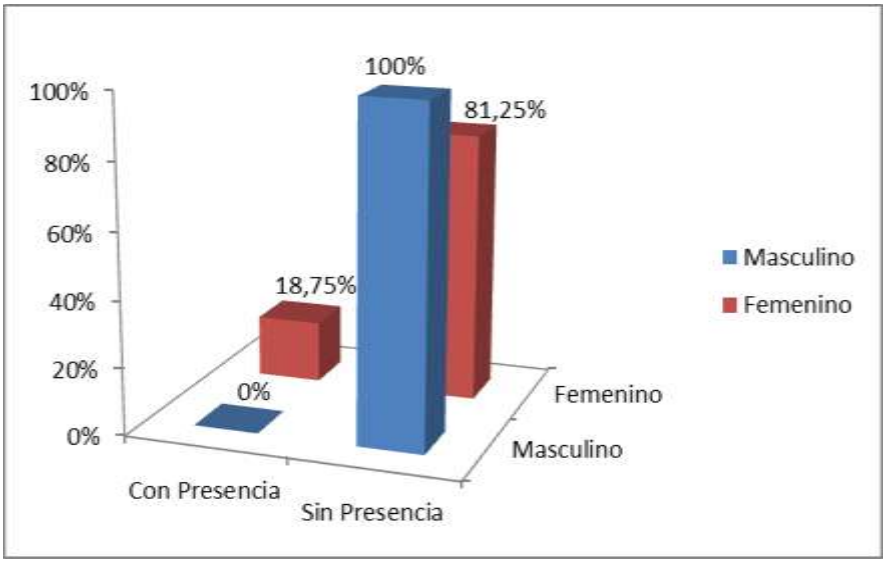
Del total de la población, en el 0% del sexo masculino y en el 25% del sexo femenino existe la presencia de una **Pérdida del interés en realizar actividades**, mientras que en el 100% de los hombres y el 75% de las mujeres, no se presenta este síntoma.

TABLA 3.5. Sentimientos de Desesperanza

SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Con Presencia	0	0%	3	18,75%
Sin Presencia	3	100%	13	81,25%
TOTAL	**3**	**100%**	**16**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 3.5. SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

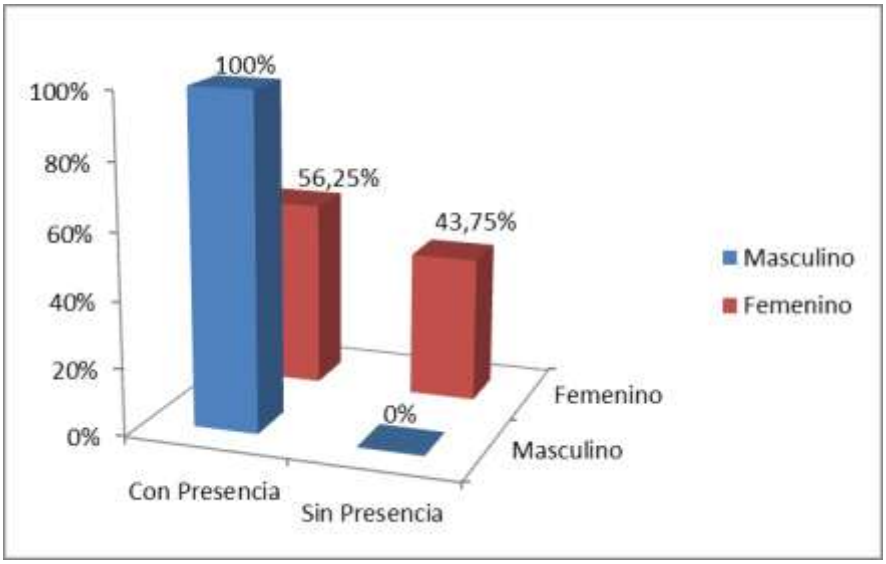
Del 100% de la población, el 0% del sexo masculino y el 18,75% del sexo femenino presentan como síntoma **Sentimientos de Desesperanza**, mientras que el 100% de los hombres y el 81,25% de las mujeres no lo presentan.

TABLA 3.6. Sentimientos de Incapacidad a las responsabilidades habituales

SENTIMIENTOS DE INCAPACIDAD RESPECTO A LAS RESPONSABILIDADES HABITUALES	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Con Presencia	3	100%	9	56,25%
Sin Presencia	0	0%	7	43,75%
TOTAL	**3**	**100%**	**16**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 3.6. SENTIMIENTOS DE INCAPACIDAD A LAS RESPONSABILIDADES HABITUALES



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

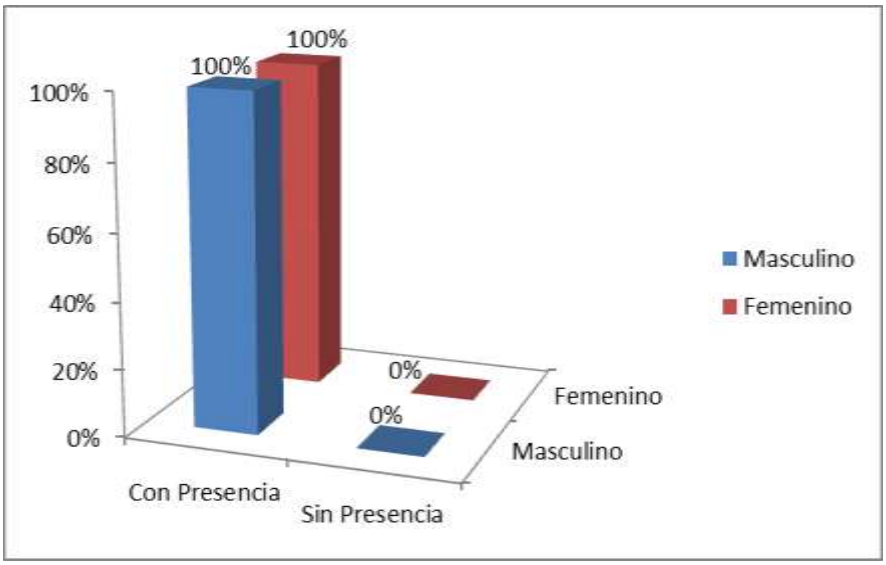
Del total de la población, en el 100% del sexo masculino y en el 56,25% del sexo femenino existe la presencia de **sentimientos de incapacidad a las responsabilidades habituales**, mientras que el 0% de los hombres y el 43,75% de las mujeres, no presentan este síntoma.

TABLA 3.7. Pesimismo sobre el Futuro o preocupaciones del pasado

PESIMISMO SOBRE EL FUTURO O PREOCUPACIONES DEL PASADO	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Con Presencia	3	100%	16	100%
Sin Presencia	0	0%	0	0%
TOTAL	**3**	**100%**	**16**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 3.7. PESIMISMO SOBRE EL FUTURO O PREOCUPACIONES DEL PASADO



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

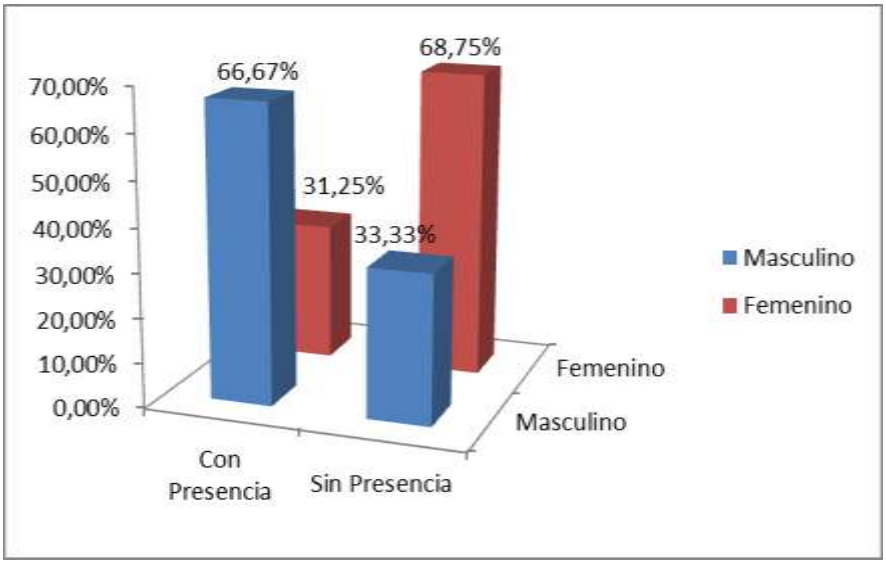
Del 100% de la población, el 100% tanto del sexo masculino como femenino presentan **pesimismo sobre el futuro o preocupaciones del pasado**.

TABLA 3.8. Aislamiento Social

AISLAMIENTO SOCIAL	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Con Presencia	2	66,67%	5	31,25%
Sin Presencia	1	33,33%	11	68,75%
TOTAL	**3**	**100%**	**16**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 3.8. AISLAMIENTO SOCIAL



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

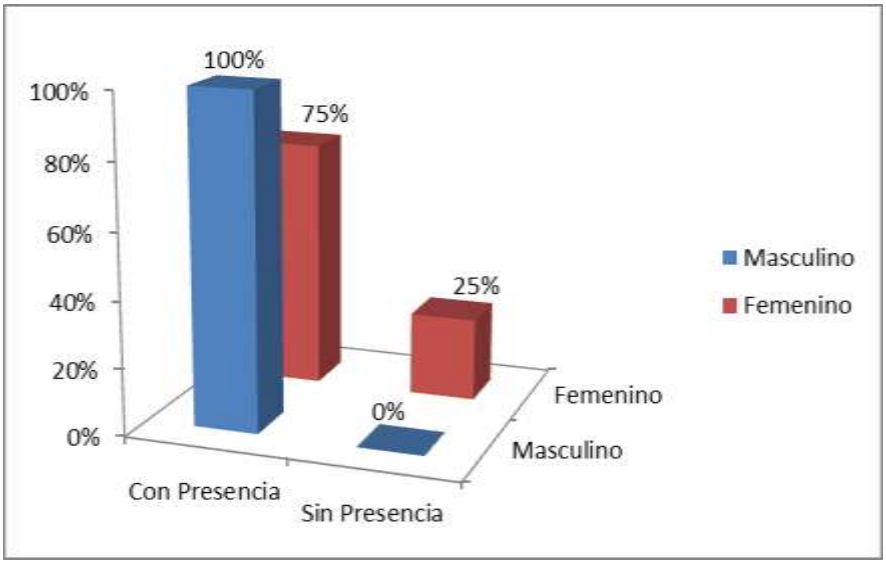
Del total de la población, en el 66,67% del sexo masculino y en el 31,25% del sexo femenino existe **aislamiento social**, mientras que en el 33,33% de los hombres y en el 68,75% de las mujeres, no se presenta este síntoma.

TABLA 3.9. Insomnio

INSOMNIO	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Con Presencia	3	100%	12	75%
Sin Presencia	0	0%	4	25%
TOTAL	**3**	**100%**	**16**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 3.9. INSOMNIO



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Síntomas Depresivos
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

Del total de la población, el 100% del sexo masculino y el 75% del sexo femenino presentan **perdida del sueño**, mientras que el 0% de los hombres y el 25% de las mujeres, no presentan insomnio.

CUADRO # 4

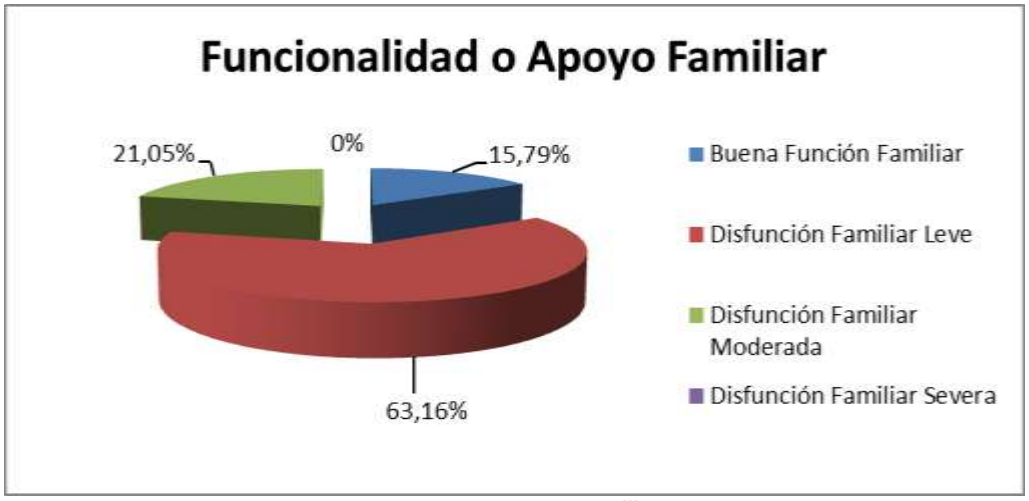
FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TABLA 4.1. Soporte y Apoyo Familiar

NIVEL DE APOYO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena Función Familiar	3	15,79%
Disfunción Familiar Leve	12	63,16%
Disfunción Familiar Moderada	4	21,05%
Disfunción Familiar Severa	0	0%
Total	**19**	**100%**

FUENTE: Apgar Familiar
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 4.1.



FUENTE: Apgar Familiar
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de la población el 15,79% corresponde a una **buena función familiar**, el 63,16% calificaron a su familia con una **disfunción familiar leve**, el 21.05% poseen una **disfunción familiar moderada** y el 0% califican con una **disfunción familiar severa.**

CUADRO # 5

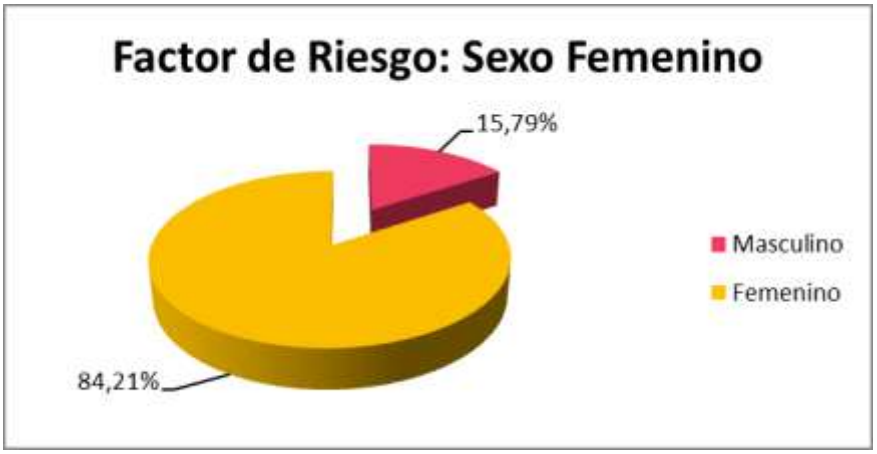
FACTORES DE RIESGO PARA LLEGAR A PADECER DISTIMIA

TABLA 5.1. SEXO FEMENINO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	3	15,79%
Femenino	16	84,21%
TOTAL	**19**	**100%**

FUENTE: Encuesta de Factores de Riesgo (Distimia)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 5.1.



FUENTE: Encuesta de Factores de Riesgo (Distimia)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

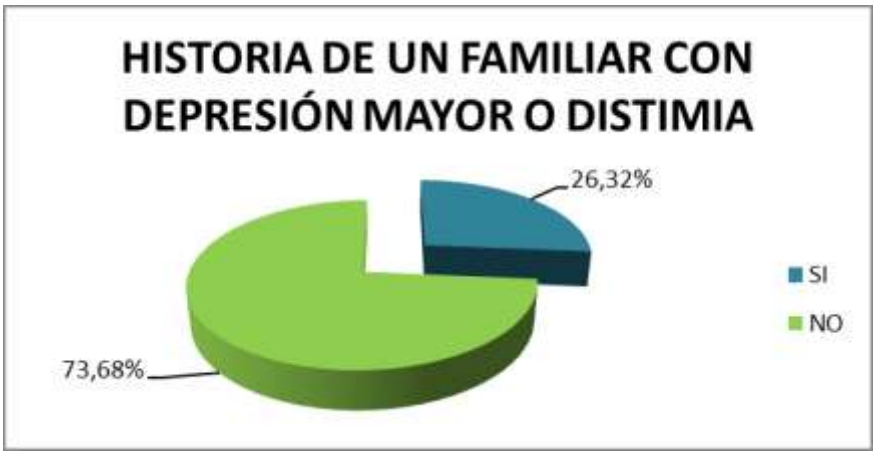
De las 19 personas con Diabetes Mellitus que corresponden al 100%, 3 son del sexo masculino que concierne al 15,79%; y, 16 son del sexo femenino, las mismas que equivalen al 84.21%, conociendo, que las mujeres son el grupo con mayor vulnerabilidad a padecer distimia.

TABLA 5.2. HISTORIA DE UN FAMILIAR CON DEPRESIONES MAYORES O DISTIMIA

HISTORIA FAMILIAR CON DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	26,32%
NO	14	73,68%
TOTAL	**19**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Factores de Riesgo (Distimia)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 5.2.



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Factores de Riesgo (Distimia)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

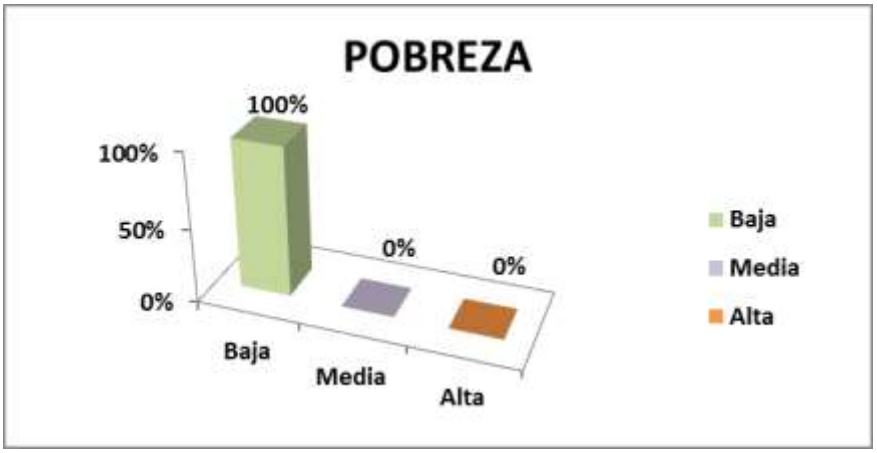
Del total de la población entrevistada, el 26,32% presentan uno o más familiares que han tenido o tienen una depresión mayor; y, el 73,68% refiere que no lo tienen.

TABLA 5.3. CONDICIÓN ECONÓMICA DEL PACIENTE

CONDICIÓN ECONÓMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Baja	19	100%
Media	0	0%
Alta	0	0%
TOTAL	**19**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Factores de Riesgo (Distimia)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 5.3.



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Factores de Riesgo (Distimia)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

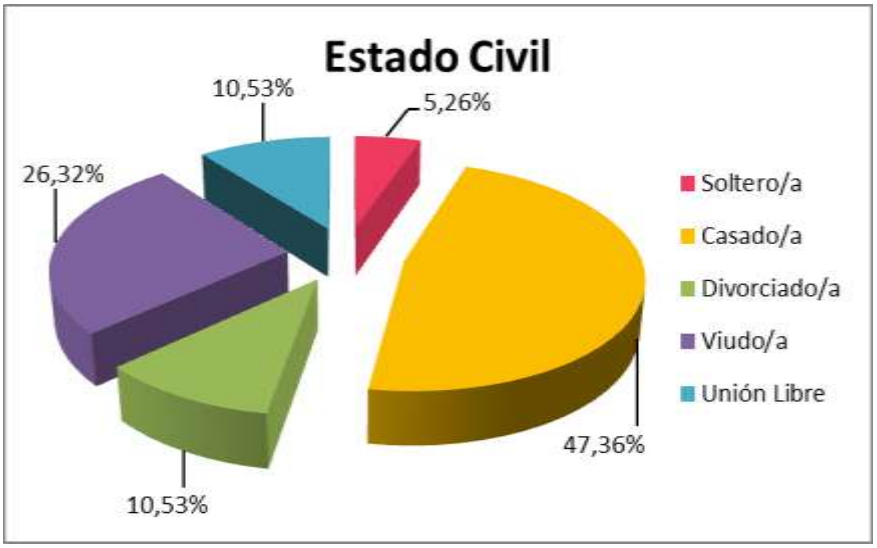
Del total de la población, el 100% presenta una **condición económica baja**, dándose a conocer como un factor de riesgo para contraer distimia.

TABLA 5.4. ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero/a	1	5,26%
Casado/a	9	47,36%
Divorciado/a	2	10,53%
Viudo/a	5	26,32%
Unión Libre	2	10,53%
TOTAL	**19**	**100%**

FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Factores de Riesgo (Distimia)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

GRAFICO 5.4.



FUENTE: Entrevista Psicológica y Encuesta de Factores de Riesgo (Distimia)
ELABORADO POR: Jorge Adalberto Sánchez Coronel

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de la población encontramos que el 5,26% son solteros, el 47,36% son casados, además el 10,53% se encuentran divorciados y en unión libre, este porcentaje es por cada estado civil; y, finalmente el 26,32% pertenece a personas viudas. Dando a conocer que existe un mayor riesgo de padecer distimia en pacientes solteros/as, viudos/as o divorciados/as.

8. DISCUSIÓN

El alcance de esta investigación, estuvo enmarcada dentro del ámbito de la Psicología Clínica de la Salud, aplicándose en tal sentido al desarrollo de un trabajo especial de grado, cuya ejecución se la realizó entre los meses Abril – Septiembre del año 2011, en donde se pudo determinar la existencia de distimia en los pacientes diabéticos que forman parte del Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨, los cuales representaron la población del presente estudio.

Para afianzar la realidad de este trabajo, se trató de buscar estudios relacionados con el mismo tema, especialmente a nivel local. En donde no se pudieron encontrar, por lo que se llega a hacer una comparación con artículos investigados en páginas web y en artículos de revistas internacionales; mostrándose el mismo como un estudio interesante e innovador esperando que los resultados sean empleados y utilizados por el personal que labora en el Hospital con el fin de desarrollar estrategias de prevención secundaria y terciaria que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes.

A continuación se detallan otros trabajos relacionados con el tema de la presenta investigación:

- Llevando a cabo la primera investigación prospectiva que evaluó la incidencia de desórdenes psiquiátricos en niños y jóvenes de 8-13 años (*n* = 92) con Diabetes Mellitus 1, que fueron seguidos desde su diagnóstico inicial. Hallaron que a los 20 años del diagnóstico de DM, el 47,6% había desarrollado algún padecimiento psiquiátrico; y, de manera notable, el 26,1% (*n* = 24) fue diagnosticado con un trastorno distímico. Un estudio más reciente concluyo que, aunque existe un porcentaje importante de pacientes con Diabetes Mellitus que presentan síntomas depresivos (22%), la mayoría de ellos no tiene una depresión clínica, aunque estos síntomas se relacionan con altos niveles de hemoglobina glucosilada, consumo de grasas saturadas e inactividad física.

La falta de apego al tratamiento es tres veces mayor en pacientes con Diabetes Mellitus y depresión que en aquellos que no presentan esta última.
Lo anterior mencionado ha sido corroborado por algunos investigadores, quienes realizaron un análisis de los estudios existentes hasta el 2007 acerca de la asociación entre la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus y depresión durante varios años, encontrando que los pacientes diabéticos con diagnóstico de depresión presentaban menor adherencia al tratamiento.
También se ha dado a conocer que los pacientes con Diabetes Mellitus 2 y depresión presentaban menor autocuidado (medidas dietéticas, conteo de carbohidratos, revisión de pies, ejercicio) que quienes no presentaban depresión asociada. Más aun, el costo del tratamiento para pacientes con depresión asociada se elevaba en comparación con quienes no la presentaban, y las medidas de intervención resultaban beneficiosas no solo al disminuir los síntomas depresivos sino, que al realizar estudios costo-beneficio, los gastos asociados a la enfermedad se reducían dramáticamente.

Se han realizado esfuerzos por intentar mejorar el estado del ánimo del paciente diabético para evaluar si tiene algún impacto benéfico en el control de la glucemia y las demás medidas metabólicas.

Se ha documentado que la coexistencia de depresión y DM aumenta el riesgo cardiovascular, encontrándose una elevación del 36-38% en la mortalidad, con un riesgo 2 o 3 veces mayor con respecto a la población general, lo cual justificaría el tratamiento de ambas enfermedades.

Este breve panorama destaca el hecho de que, sea Diabetes Mellitus 1 o Diabetes Mellitus 2, el descontrol glucometabolico se relaciona con mayor prevalencia de síntomas depresivos, y que con el tratamiento farmacológico no solo existen mejoras psíquicas, sino que estas se traducen también en un mejor control de la glucemia y, con ello, en una disminución en la morbimortalidad asociada a ambas enfermedades.[45]

[45] http://www.neurologia.com/pdf/Web/5106/be060347.pdf

- El principal objetivo este trabajo fue revisar el estado de la literatura científica centrada en la relación entre la diabetes insulinodependiente y la Depresión. El material de estudio fue obtenido mediante búsquedas realizadas en las principales bases de datos: PsycInfo, Psycodoc y CSIC, así como en los archivos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

Es un estudio de investigación bibliográfica en el que se analizan los índices de productividad y los contenidos, obteniendo información relevante sobre las líneas de investigación y trabajo actuales. La principal conclusión alcanzada ha sido la confirmación de la existencia de una estrecha relación entre diabetes y depresión, aunque la condición y dirección de la misma no han podido todavía ser explicados suficientemente.[46]

- En la década pasada, el interés en los aspectos psicológicos y psicosociales en la diabetes han aumentado dramáticamente. Sólo un estudio en 1960 y otro en 1970 sugirieron que los pacientes diabéticos tenían un riesgo incrementado en desarrollar depresión. En contraste durante los últimos 10 años, 17 estudios han sido investigados la relación entre depresión y diabetes.

Un artículo de revisión por Gavard dieron una excelente evaluación de estos estudios y la imagen en general aluden a tasas más altas de depresión en pacientes comparadas con la población en general.

En este estudio se muestra que la prevalencia de depresión se encuentra tanto en pacientes crónicos, como en diabéticos, que comparada con la población en general si tiene significación estadística, donde encontraron que individuos con artritis presentaban depresión en un 14.3%, pacientes con cardiopatía 18.6%, 16.4% aquellos con hipertensión y 17.95 con enfermedad pulmonar crónica. Estas tasas de depresión en pacientes con enfermedad crónica son comparables con aquellos individuos con diabetes 14.4%.

[46] http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a06v14n14.pdf

- En otros estudios encontraron que 27.3% de los pacientes con diabetes tenían depresión comparada con el 20.3% de pacientes con otras enfermedades crónicas sin encontrar diferencia estadísticamente significativa entre ambas.

Los pacientes diabéticos que presentaban complicaciones crónicas de la diabetes presentaron una mayor prevalencia de depresión en comparación de los que no la presentaban, sin llegar a tener significación estadística. Los mismos hallazgos fueron encontrados por Lloyd, donde se demostró que pacientes con enfermedad macrovascular, nefropatía reportan peor calidad de vida que en los pacientes que no la presentan. Individuos con cuatro o más complicaciones reportan niveles altos de sintomatología depresiva.

Este estudio sólo utilizó el inventario de depresión de Beck y examinó la sintomatología depresiva pero no la depresión clínica, los resultados de este trabajo coinciden con cuadros depresivos de intensidad leve o moderada, y en los que destacan las quejas somáticas y de ansiedad.

Es importante también determinar las variables relacionadas a la sintomatología depresiva en individuos diabéticos y la interrelación entre depresión y el tratamiento para el control de la diabetes. Lustman, ha sugerido que la depresión clínica en diabéticos tipo II usualmente precede al desarrollo de diabetes y que la depresión y la diabetes pueden interactuar a un nivel biológico básico. Pacientes con una historia de depresión tienen un control glucémico pobre, pero no hay estudios, para determinar que las mejoras en el control de la glucemia, producto de una terapia intensiva con insulina, mejore la sintomatología depresiva.[47]

- Tanto una depresión mayor como menor están fuertemente asociadas al aumento de mortalidad en los pacientes diabéticos, la depresión grave es común en las persona con diabetes. De hecho la diabetes duplica el riesgo de depresión, hasta uno de cada tres pacientes con diabetes experimentan

[47] http:/drabrito.wordpress.com/2010/05/01/depresión-en-pacientes-adultos-con-diabetes/ DRA. PENELOPE BRITO LEE, M*édico Psiquiatra*

síntomas depresivos. Es especialmente común en las mujeres; los hombres también lo experimentan pero es menos probable que busquen tratamiento según los resultados de un estudio publicado en el número actual de Diabetes Care (2007).

Investigaciones examinaron si los pacientes con Depresión Menor o Mayor y Diabetes tipo 2 tienen una mayor tasa de mortalidad. Encontraron que la depresión menor estaba asociada a un aumento de la mortalidad y la depresión mayor estaba asociada a un aumento del riesgo.

El Dr. Lustman menciona que mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen.

La depresión puede asociarse a una mayor mortalidad en pacientes con diabetes, debido a factores conductuales y biológicos, según observaron los autores de este estudio, dirigidos por Wayne Catón, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Washington. Este grupo había demostrado en estudios previos que es menos probable que los pacientes con depresión y diabetes sigan unas directrices de dieta y ejercicio o que controlen sus niveles de glucosa en sangre. Los diabéticos con depresión son asimismo más proclives a presentar más factores de riesgo cardiovascular, como el tabaquismo, la obesidad o el sedentarismo, comparados con los que sólo sufren diabetes. También es más probable que los diabéticos con depresión sufran complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares.

La depresión podría incrementar las complicaciones debido a las anormalidades químicas cerebrales y del sistema nervioso que acompañan esta patología mental, según los investigadores. También podrían influir en la aparición de la depresión los cambios en la capacidad funcional que supone la diabetes, o por algunos de sus síntomas, como el dolor neurológico crónico.

La distimia o depresión mayor, afecta entre el 3 y el 6% de la población general, sus síntomas son menos intensos y duran mucho más tiempo, como mínimo dos años, siendo descritos como un velo de tristeza que afecta a la mayoría de las actividades. Posiblemente a causa de la duración de su sintomatología, lo pacientes que sufren depresión crónica no muestran cambios aparentes; en la conducta o comportamiento diario, aunque tienen menos energía, una negatividad general y un sentimiento de insatisfacción y desesperanza.[48]

- La depresión está presente con más frecuencia en adultos con diabetes que en la población en general. Las razones no están completamente entendidas, pero se presentan dos hipótesis dominantes: 1) la relación resulta de cambios bioquímicos directamente relacionados con el padecimiento o su tratamiento, y 2) es resultado de las demandas psicosociales o factores psicológicos relacionados al padecimiento o su tratamiento

La segunda hipótesis específica que la depresión resulta de la tensión y el esfuerzo asociado con tener una condición médica y a menudo sus consecuencias debilitantes. Los estudios se seleccionaron relacionados con depresión y diabetes, sintomatología depresiva, trastorno depresivo y trastorno distímico. Cuando los investigadores reportaban resultados con sus propias escalas para reportar depresión, se usa el término sintomatología depresiva.

DEPRESIÓN EN DIABETES: RESULTADO DE FACTORES BIOQUÍMICOS

1) Hallazgos recientes sugieren una relación de tiempo inversa entre depresión y diabetes tipo 2: el trastorno depresivo mayor y la sintomatología depresiva pueden aumentar el riesgo para desarrollar diabetes tipo 2. Para el caso de diabetes tipo 1, TDM sigue típicamente al diagnóstico de diabetes. El primer año de diagnóstico de diabetes es reportado como el de mayor riesgo para el inicio de TDM. Hay evidencia de que los niveles de glucosa en individuos con diabetes mejoran con la remisión de la depresión.

[48] http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/molina_v_l/capitulo1.pdf

También se ha demostrado que la hiperglicemia en individuos con diabetes tipo 1 y 2 mejora con tratamiento para la depresión clínica.

2) Aunque insuficiente, la evidencia sugiere que el TDM y la sintomatología depresiva tienen una alta recurrencia y duración en pacientes diabéticos. Una historia familiar positiva es una característica del TDM, que es también encontrado en individuos con diabetes.

DEPRESIÓN: UN RESULTADO DE DEMANDAS PSICOSOCIALES IMPUESTAS POR DIABETES

Depresión en diabetes puede resultar de la tensión aumentada de tener una condición médica crónica más que de la misma enfermedad. La percepción de minusvalía asociada con una enfermedad o estar consciente de tener un padecimiento crónico puede tener más impacto en la vida de una persona más que su patología actual. La relación entre discapacidad y síntomas depresivos sugiere estar mediada por variables psicosociales, como el conocimiento de la enfermedad, soporte social, y las resoluciones del paciente.[49]

La relación entre la diabetes y la depresión es aparentemente una espada de dos filos: no es sólo que las personas con diabetes tipo 2 tratada tenga un mayor riesgo de desarrollar depresión, sino también que los individuos que padecen depresión también están en riesgo de desarrollar diabetes.

- La revelación de esta investigación sugiere que tanto médicos como pacientes deben tener en cuenta estos riesgos dobles.

"Hay que aumentar la sensibilidad de los médicos en cuanto a la detección del potencial de que sus pacientes de diabetes y de depresión tengan una susceptibilidad al otro trastorno", advirtió el Dr. Stuart Weiss, profesor clínico asistente de medicina en la Facultad de medicina de la Universidad de Nueva York.

[49] http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14260210.pdf

La diabetes tipo 2 y la depresión clínica tienden a ir de la mano, apuntaron los autores del estudio, pero la pregunta ha sido cuál ocurre primero.

"Existen estudios que muestran que la gente que tiene diabetes es el doble de propensa a mostrar síntomas de depresión que los que no la tienen, y podría deberse a que la depresión misma lleva al desarrollo de diabetes tipo 2 o a que tener diabetes lleva al desarrollo de depresión", señaló la autora líder del estudio, la Dra. Sherita Hill Golden, profesora asociada de medicina y epidemiología en la Facultad de medicina de la Universidad Johns Hopkins.

"Hay varios estudios que muestran que la depresión y los síntomas depresivos llevan al desarrollo de diabetes tipo 2, pero sólo un par que muestra que la diabetes misma lleva a la depresión.

Estudios anteriores también han encontrado que tratar la depresión puede ayudar a extender la vida de la gente que tiene diabetes.

Los autores del nuevo estudio realizaron dos análisis, ambos usando información de participantes del ensayo Estudio multiétnico de la aterosclerosis.

El primer análisis involucró a 5,201 individuos que no tenían diabetes tipo 2 al inicio del ensayo y encontró que la diabetes tipo 2 tratada se asociaba a un aumento de 54 por ciento en el riesgo de desarrollar síntomas depresivos en el transcurso de 3.2 años. Las personas que tenían diabetes no tratada no estaban en riesgo de desarrollar depresión.

Los investigadores señalaron que algo interesante es que las personas que tenían prediabetes o diabetes no tratada tenían alrededor de 25 por ciento menos probabilidades de desarrollar síntomas depresivos que las personas con niveles normales de azúcar en sangre en ayunas.

"Eso fue un poco sorprendente", dijo Golden. Los autores del estudio no estaban seguros del motivo, pero sugieren que tal vez la monitorización asociada al tratamiento de la diabetes podría contribuir a la depresión.

El segundo análisis incluyó a 4,847 participantes y encontró que los síntomas depresivos elevados se asociaban a un aumento de 42 por ciento en la probabilidad de desarrollar diabetes durante el periodo de seguimiento. Mientras más potentes eran los síntomas depresivos, mayor era la probabilidad de

desarrollar diabetes. Tras ajustar por factores tales como tener sobrepeso, no hacer ejercicio y fumar, el riesgo de desarrollar diabetes seguía siendo 34 por ciento mayor en pacientes de depresión.

"Es más probable que los que tienen depresión consuman más calorías, sean menos activos físicamente y fumen, así que en general simplemente tienen peores conductas de salud", señaló Golden. "Eso parece ser un componente del tratamiento de la depresión que hay que abordar".

Los hallazgos, que aparecen en la edición del 18 de junio de la revista *Journal of the American Medical Association*, indican que la integración de la atención podría ser útil en estos pacientes, añadió Golden.

"Para las personas que están siendo tratadas por síntomas de depresión, también es importante pensar en algunas modalidades de tratamiento que también les ayude a adoptar conductas sanas", aconsejó. "Y ciertamente entre la gente que tiene diabetes tratada y que está en riesgo de desarrollar depresión, necesitamos tener en cuenta ese aumento en el riesgo".

Golden trabaja en la junta asesora clínica de diabetes de Merck & Co. El estudio fue patrocinado por los U.S. National Institutes of Health.[50]

[50] file:///D:/Downloads/AYUDA.htm

9. CONCLUSIONES:

De la presente investigación se puede concluir lo siguiente:

- Se logró confirmar la existencia y relación de la distimia en los pacientes con diabetes mellitus que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ de la Ciudad de Loja, existiendo un 31,58% del trastorno depresivo, en el total de la población insulinodependiente.
- Se pudo evidenciar que la edad de los pacientes con diabetes mellitus más afectada fue la del adulto mayor de 61 a 75 años de edad; además y de acuerdo al porcentaje y al número de pacientes por cada sexo, se pudo evidenciar la distimia en ambos géneros.
- De acuerdo a los resultados obtenidos mediante el Inventario de Beck, para medir la intensidad de depresión se pudo ultimar que los diagnósticos más sobresalientes a largo plazo fueron la depresión leve y moderada.
- Se conoció que la baja autoestima, la dificultad para concentrarse, los sentimientos de incapacidad a las responsabilidades habituales (como el autocuidado), el pesimismo sobre el futuro o preocupaciones del pasado, el aislamiento social y el insomnio fueron los síntomas depresivos más sobresalientes para adquirir una distimia; no obstante toda la población diabética presentan aún más síntomas que los puede conllevar a un tipo de depresión.
- En los pacientes con diabetes mellitus se logró deducir que existe una disfuncionalidad familiar leve, en donde es necesario fortalecer las relaciones afectivas, abriendo canales de comunicación, con el fin de que exista el apoyo y la lucha continúa sobre la enfermedad que conlleva el familiar.
- Mediante los resultados adquiridos se pudo constatar la existencia de factores de riesgo en los pacientes con diabetes mellitus, encontrando principalmente que la mayoría de pacientes pertenecen al sexo femenino y que además presentan una condición económica baja, los mismos que pueden llevar a una depresión mayor o menor; o en este caso a la distimia.

10. RECOMENDACIONES:

- Ya que existe preocupación por la expansión de la enfermedad crónica degenerativa llamada Diabetes Mellitus, se debe poner mayor empeño en el control y manejo adecuado de la enfermedad por parte de los pacientes que la padecen; así como de sus familiares, siendo conscientes de la misma, para que esto a su vez les genere una mejor calidad de vida.
- Realizar campañas de forma ambulatoria y a nivel del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ que puedan permitir identificar a tiempo la enfermedad a través de equipos multidisciplinarios para que sea una atención integral, conformada por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos y el profesional de la salud mental, en este caso, el psicólogo clínico, quien trabajara en los aspectos predisponentes entre los que podrían destacar el estrés, la ansiedad y la depresión esencialmente.
- Además es muy necesario e importante que toda persona con diabetes mellitus acuda o mantenga una entrevista y valoración psicológica, para determinar la presencia de sintomatología depresiva, lo cual facilitaría a encontrar los mecanismos que colaboren a mejorar su estilo de vida.
- Detectar a tiempo los factores causantes de la sintomatología depresiva en los pacientes diabéticos, para detener una posible alteración de la personalidad, que los conlleve a mantener una vida inadecuada, llena de pensamientos distorsionados o negativos.
- Dar la mayor información sobre la enfermedad y tipos de depresión a los familiares de los pacientes con diabetes mellitus, con el propósito de que exista un apoyo incondicional en el cuidado de salud de la persona afectada, lo que además corroboraría de manera satisfactoria a una mejor comunicación familiar, evitando finalmente una disfunción a nivel del hogar.

PLAN DE INTERVENCION

INTRODUCCION:

TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL

Desde su aparición en los años sesenta, la teoría y terapia cognitiva de Aarón Beck se ha convertido en uno de los enfoques más aceptados para el tratamiento de la depresión.

La depresión es un estado complejo que transita con variedad de grados de severidad, cursos variables, manifestando diversidad sintomática y caracterizado por una alta reactividad a circunstancias de la vida actual. Una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan en la patogénesis de la depresión en este estudio hacemos referencia en un tipo de depresión como lo es la distimia en pacientes con diagnóstico de diabetes.

La terapia cognitiva aparece en la década de los 60 y 70 como un puente entre conductismo y psicoanálisis, siendo la palabra “cognición” la protagonista del cambio. Los movimientos conductistas consideraron en su evolución la importancia de “la caja negra”, reconociendo la necesidad de acceder a la misma a través de los procesamientos cognitivos; así surge el grupo cognitivo-comportamental.

Por otro lado, representantes del psicoanálisis reconocen la importancia de conceptualizaciones y herramientas que permiten acceder a la investigación y a resultados terapéuticos más eficaces; de esta manera aparecen psicoanalistas que devienen cognitivos o que integran este enfoque a su background. La llamada “revolución cognitiva” con su espíritu interdisciplinario e integrador, no es ajena a la aparición de la Terapia cognitiva.

Se plantea que la terapia cognitiva ha nutrido el movimiento hacia la integración en psicoterapia (Arnkoff y Glass, 1992).

Modelo Cognitivo de la depresión (A. Beck)

Ha surgido de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales.
Se postulan tres conceptualizaciones para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

a. Tríada cognitiva,
b. Esquemas y
c. Errores en el procesamiento de información.

a. Tríada Cognitiva

Implica tres patrones en la visión idiosincrática del individuo: de sí mismo, su futuro y sus experiencias:

1. Visión negativa acerca de sí mismo. El paciente tiende a subestimarse y se critica con autoatribuciones negativas.

2. Interpretación negativa de sus experiencias. Tiene una visión del mundo caracterizada por obstáculos insuperables y demandas exageradas. Se siente derrotado y frustrado.

3. Visión negativa acerca del futuro. Anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

Los síntomas del trastorno depresivo estarían ligados en gran medida a patrones del pensamiento. Por ejemplo, la poca fuerza de voluntad se correlaciona con la ideación pesimista; la dependencia de otros se correlaciona con su baja autoestima y la idea de que los otros son más competentes.

b. Esquemas

Este concepto explica por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes en contra de evidencias de factores positivos en su vida.

Las situaciones están compuestas por un amplio conjunto de estímulos. Los individuos atienden selectivamente a estímulos específicos, los combinan y conceptualizan las situaciones. Es lo que llamamos el sesgo de cada uno, determinada consistencia en la respuesta. El término ESQUEMA designa a ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. Los esquemas determinan él como un individuo estructura distintas experiencias. Puede un esquema permanecer inactivo durante un largo tiempo y ser activado en situaciones específicas.

En las depresiones más leves, el paciente mantiene cierta objetividad al contemplar sus pensamientos negativos. En las depresiones más graves, el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, repetitivas, y puede encontrar difícil concentrarse en otros estímulos externos (trabajo, deportes, relación familiar, etc.)

c. Errores en el procesamiento de información

El paciente depresivo cree en la validez de sus conceptos depresivos que se manifiestan en errores sistemáticos.

- Inferencia arbitraria. Se llega a una conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye.
- Abstracción selectiva. Centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizando toda la experiencia en base a los fragmentos.
- Generalización excesiva. Elaborar una regla o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados, y aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

- Maximización y minimización. Distorsiones en la magnitud de una situación.

- Personalización. Tendencia a atribuir a si mismo fenómenos externos cuando no existe base firme para tal conexión.

- Pensamiento absolutista dicotómico. Clasifica las experiencias en categorías opuestas.

- Razonamiento emocional. Justificar la idea por la emoción.

- Etiquetamiento

La **Teoría del Modelo Cognitivo** postula que las experiencias tempranas proporcionan la base para la construcción de esquemas como patrones que guían la visión sobre uno mismo, al mundo y el futuro. Las distorsiones cognitivas son el camino de acceso a esta visión y esquemas subyacentes.

Beck define la terapia cognitiva como un procedimiento activo, estructurado y colaborativo. Dos conceptos son clave en la terapia cognitiva: **Empirismo Colaborativo y Autoterapia ampliada.**

1) Empirismo Colaborativo

La terapia es concebida como una co-construcción respecto a los objetivos y métodos a emplear. Se espera del terapeuta una actitud activa basada en la aceptación, empatía y autenticidad.

"La relación terapéutica no es sólo un instrumento para el alivio del sufrimiento, sino un vehículo para arribar a determinados objetivos. Terapeuta y paciente conforman un equipo de investigadores que explora pensamientos, significados, sentimientos, deseos y conductas del paciente; este aporta datos brutos y el terapeuta guía sobre qué datos recoger y cómo utilizarlos. Ambos actúan como detectives siguiendo una pista; se elaboran hipótesis y se diseñan experimentos o tareas para someterlas a evidencia empírica".

2) Autoterapia ampliada

Se anima al paciente a realizar tareas entre sesión y sesión como un componente integral y vital del tratamiento. Resulta más fácil conseguir que los cambios sean duraderos cuando el paciente participa activamente en experiencias fuera de la consulta.

Además es más probable que continúe aplicando las distintas técnicas y habilidades que ha aprendido durante la terapia. Una de las tareas prototípicas de la terapia cognitiva es la de Registros Escritos. Estos suelen ayudar a los pacientes a recordar situaciones relevantes de la semana que sin los mismos pueden pasar por alto o ser olvidados rápidamente. Estos registros pueden tener distintos formatos: autobiografía; registro de situaciones, emociones, cogniciones, conductas, etc.

La programación de actividades que resultan agradables y la de aquellas que incrementan sensaciones de dominio son muy útiles con pacientes depresivos.[51]

[51] http://www.revistadeapra.org.ar/Articulos/Julio/Sara.pdf

Es importante que el terapeuta sea creativo en el diseño de estas tareas y sea hábil en el manejo del registro de las mismas en las sesiones.

Objetivos Estratégicos:

- Lograr que los pacientes tengan conciencia de la enfermedad y adherencia al tratamiento farmacológico
- Disminuir la intensidad de los rasgos de depresión.
    - Aprender formas de prevenir la estructuración de la sintomatología depresiva.
    - Reducir los pensamientos disfuncionales o automáticos.

Planificación de Sesiones:

El plan de intervención psicológica consta de 19 sesiones las mismas que tienen objetivos orientados en reducir los niveles de distimia o cuadros depresivos de los pacientes diabéticos mejorando de esta manera su calidad de vida para un mejor desenvolvimiento en el área personal, familiar y social.

Modalidad Psicoterapéutica a Utilizar

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Familiar
- Psicoterapia Grupal

SESION 1. –

A través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck se puede llegar a descubrir los niveles o intensidad de depresión que presentan los pacientes del Club de diabéticos, lo que colaborará para conocer si existe o no distimia mediante una depresión leve o moderada.			
Tema	**Individual**	**Familiar**	**Grupal**
Inventario de Depresión de Beck	Se inicia entregando a cada paciente el test de Beck expresándoles ser lo más honestos posibles con el fin de no alterar el funcionamiento del mismo, de la misma manera se brindara ayuda especial para aquellos pacientes que no puedan ejecutarlo con facilidad.	Se les da a conocer a los familiares sobre el inventario de beck, para qué se lo utiliza y de qué forma nos va ayudar en el proceso terapéutico. Finalmente se dará a conocer los resultados a nivel general, del porcentaje más alto de depresión que existe en el grupo.	Se les explicó y se les propuso a los integrantes del Club de Diabéticos, que en cuanto a las respuestas que vayan a dar a cada una de los 21 ítems del Inventario de Depresión de Beck; lo realicen tomando en cuenta desde el momento en que dio inicio su enfermedad hasta la actualidad, con el firme propósito de que aquello se una parte que colabore al reconocimiento de la existencia o no de distimia, dando en estos casos una intensidad de depresión leve o moderada.

SESIÓN 2. -

Que expresa el compromiso bilateral del terapeuta y el paciente, es, al mismo tiempo, una herramienta humanista y una pauta que orienta el proceso de terapia y permite una evaluación continua			
Tema	**Individual**	**Familiar**	**Grupal**
Contrato Terapéutico	Se procede a explicar al paciente, los días en que se inicie el proceso terapéutico, los temas a establecerse y el tiempo de la entrevista; logrando establecer empatía, rapport y motivándolo en el proceso que se llevara a cabo.	Se manifiesta a los familiares los objetivos, características y frecuencia con el que se va a llevar el proceso terapéutico, así como el posible tiempo de duración del mismo, estableciendo el compromiso y responsabilidad con el proceso.	Se da a conocer que el contrato psicoterapéutico grupal, es un compromiso entre el terapeuta y los integrantes. Siendo el fruto de un proceso relacional y que ajusta la relación posterior a unos límites y acuerdos entre las partes, los mismos que garantizarán que la "relación terapéutica" se ajuste a un determinado modo de relación social.

SESIÓN 3. -

La aceptación de la enfermedad y la confianza en poder controlarla mediante el tratamiento farmacológico, ya que son fundamentales para que el paciente pueda afrontar una dolencia crónica, como la diabetes; y, las consecuencias psicológicas que de ella se derivan.			
Tema	**Individual**	**Familiar**	**Grupal**
Conciencia de la enfermedad y adherencia al tratamiento **Estrategias o técnicas** Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales	Facilitar el proceso catártico que permita saber los pensamientos negativos acerca de la enfermedad. Solicitando a la persona que exprese abiertamente las causas, del porque se lleva un tratamiento y para qué es importante, con el propósito de hacerle caer en cuenta de pensamientos erróneos que mantiene a través de generalizaciones, destacando las capacidades, cualidades y virtudes de la persona.	Se les da a conocer a los familiares sobre la enfermedad, sus causas, síntomas, tratamiento, cuidados y precauciones que se deben tener, lo cual aportará a que exista un mejor clima familiar, existiendo mayor comunicación y expectativas positivas con respecto a la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, requerimientos necesarios para una mejor calidad de vida.	Se manifiesta mediante psicoeducación sobre la enfermedad (Diabetes) y su tratamiento, centrándonos principalmente en la medicación que están llevando. Tratando de motivarlos aún más a la adherencia de su tratamiento y a la vez a la aceptación de su enfermedad. Ya que la patología no limita las capacidades de un individuo.

SESIÓN 4. –

Es importante saber identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen tanto en la enfermedad como en el estado de ánimo de las personas, con el fin de aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos, manteniendo cambios de pensamientos distorsionados o negativos a positivos.			
Tema	**Individual**	**Familiar**	**Grupal**
Pensamientos Automáticos Registro diario de pensamiento Situación - Pensamiento Automatico - Respuesta Restructuración Cognitiva S – PA - R Tarjeta de Afrontamiento Psicoeducación T. Explicativa	Enseñarle a detectar los pensamientos automáticos que puede tener en relación a su estado emocional y conducta problemática. Para ello es deseable que tenga en cuenta primero la relación existente entre los pensamientos automáticos, el estado emocional y la conducta ante una determinada situación. Ayudándolo al paciente a identificar los mismos, determinando el significado que le atribuye a un suceso y destacar la tendencia que tienen el paciente a negar o quitar importancia a las experiencias positivas.	Mediante psicoeducación se les da a conocer sobre los pensamientos automáticos, como estos influyen en la persona. Además como poder identificar los pensamientos negativos en situaciones de la vida cotidiana y sustituirlos por ideas y consecuencias positivas Son exagerados, dramáticos y siempre negativos, generan un enorme malestar emocional y además de forma gratuita, sin que le podamos sacar el menor provecho.	Mediante terapia explicativa se da a conocer sobre el bienestar emocional, fundamentalmente de que no se dejen llevar por pensamientos automáticos, ya que éstos tienen características muy negativas para las personas: Que estos pensamientos son irracionales, es decir no se atienen a los hechos objetivos a la realidad. Son automáticos, funcionan como un reflejo corporal que se produce sin que voluntariamente lo propiciemos.

SESIÓN 5. -

Trabajar sobre autoestima, autovaloración, aceptación física de su enfermedad y los pensamientos actuales que influyen en la misma.			
Tema	**Individual**	**Familiar**	**Grupal**
Autoestima **Estrategias o técnicas** Asertividad Rol-playing Tareas de autoayuda entre sesiones Racional emotiva	Se enfatiza en la necesidad de que la persona se estime, se valore y se ame, para que pueda disfrutar de una buena salud mental. Dando a conocer de que la diabetes no limita las capacidades físicas ni intelectuales del individuo	Dar charlas educativas sobre la autoestima, sus niveles, como afrontar una baja autoestima en la que el paciente se encuentra en un estado de incapacidad, inseguridad, inutilidad y que no poseen amor propio y confianza en sí mismo.	Psicoeducación Para mejorar tu autoestima: 1. Muéstrate tal como eres 2. Escucha tu propia voz y se consecuente con lo que piensas 3. Marcar y pone tus límites 4. Desarrolla un “ego” sano 5. Da y recibe 6. Amate, valórate y respétate

SESIÓN 6. –

La dificultad de concentración es un síntoma que pueden originar tanto problemas físicos, psicológicos como emocionales.			
Tema	**Individual**	**Familiar**	**Grupal**
Dificultad de concentración **Estrategias o Técnicas** Restructuración cognitiva Ensayo conductual: descubrir pensamientos automáticos, modificar creencias, analizar problemas posibles y acordar soluciones.	Explicándole que existe una disminución de concentración cuando mantiene síntomas como fatiga, cansancio, somnolencia, ansiedad y falta de atención.	Hacer que reconozca desde el inicio de la enfermedad, cuales eran y siguen siendo las causas por las que le cuesta mucho concentrarse y ponerse a realizar actividades. Colaborando en que realice tareas que le sean más difíciles cuando se encuentra más aliviado.	Recomendar que realicen las tareas que le sean más difíciles cuando se encuentre más aliviado, Explicándoles que cualquier estímulo a su alrededor puede atraer su atención, haciéndoles perder el tiempo y a mantener un rendimiento escaso, tardando demasiado en realizar sus diferentes tareas, por falta de lo que llamamos concentración.

SESIÓN 7. –

Motivar y cambiar pensamientos distorsionados de posibles sentimientos de incapacidad en el cuidado de salud del paciente con diabetes mellitus			
Tema	**Individual**	**Familiar**	**Grupal**
Sentimientos de Incapacidad en el Cuidado de su Salud **Estrategias o Técnicas** Asertividad Dialogo Socrático: Indagación o búsqueda de nuevas ideas, conceptos o prismas de información sobre sus incapacidades Unidades subjetivas de ansiedad 0 – 10 Terapia Explicativa	Se detecta y se combate los pensamientos distorsionados que mantiene al paciente en un mal cuidado de su enfermedad, eliminando sentimientos de inutilidad y fomentando estrategias que contribuyan con su salud y bienestar.	Terapia Explicativa sobre como contrarrestar los sentimientos de incapacidad, apoyando al familiar en la planificación para realizar ejercicios de forma regular. Adaptarlo al horario de las comidas y de la acción de la insulina y finalmente en evitar que realice actividades en condiciones de calor o fríos extremos durante periodos de descontrol metabólico.	Psicoeducación de cómo combatir los pensamientos negativos, modificando sus sentimientos de incapacidad en realizar sus actividades especialmente que tengan que ver con el cuidado de su salud, descubriendo sus fortalezas, recursos y habilidades con el objetivo de hacerle frente a su enfermedad

SESIÓN 8. –

¿Cómo podría ser diferente mi vida? Línea de la vida Una larga y alegre vida			
Tema	**Individual**	**Familiar**	**Grupal**
Pesimismo sobre el futuro o preocupaciones del pasado **Estrategias o Técnicas** Restructuración Cognitiva Imaginación emotiva Unidades subjetivas de ansiedad 0 – 10	Cambiar pensamientos negativos o distorsionados, haciendo que el paciente ya no viva en el pasado sino en la actualidad y en su enfermedad; y, como podría alcanzar mediante generalizaciones con respecto a personas que han estado en peores condiciones y han encontrado en la vida felicidad sabiendo sobrellevarla.	Psicoeducación – Participación. Pensar más profundamente en los deseos y aspiraciones del familiar y como ellos colaborarían para que logre sus objetivos. Ayudar a planear el futuro, en busca de logros y metas. Haciendo que descubran felicidad, satisfacción y paz interna en una labor del propio en el aquí y ahora.	Dinámica Grupal En una hoja se traza una line horizontal, se solicita que al inicio se ponga la fecha de nacimiento y al final la fecha aproximada de su muerte; y, en ese intervalo la fecha actual. En el espacio comprendido entre la fecha de nacimiento y la fecha actual describir los logros alcanzados; y a partir de la fecha actual hasta la fecha de la muerte, describir aspiraciones y metas.

SESIÓN 9. –

Habilidades de afrontamiento social, mediante un comportamiento asertivo y cambios de sus conductas			
Tema	**Individual**	**Familiar**	**Grupal**
Aislamiento Social **Técnica** Asertividad: expresar los pensamientos y sentimientos propios sin ansiedad ni agresión y de manera socialmente aceptable. Durante la terapia, el paciente puede aprender a comunicarse de un modo eficaz, manifestando sus propias opiniones.	Se transforman los pensamientos negativos en gratitud. Eliminando en la persona distorsiones como: " soy raro; no tengo amigos; estoy solo; todo el mundo me rechaza". En lugar de dejar que sus pensamientos negativos se hagan realidad, se le hará entender que debe agradecer por todo lo que tiene y así se enfoque en ello.	Terapia explicativa sobre el aislamiento social, cuáles son sus causas y a que conllevan. Recomendar a los familiares mayor apoyo, comunicación y recreación o realización de actividades con el paciente. Reconociendo y elogiando los logros del mismo.	Psicoeducación sobre el aislamiento social y dinámica en la cual se destacará actitudes y características que la persona ignora sobre sí mismo, con el fin de que llegue a percibirlas como propias. ¨Cada persona se va ubicando en la parte de adelante y los demás lo catalogan según las características que proyecte, luego se realizan dos grupos que giran en círculo cara a cara, elogiando a quien se encuentre al frente; repitiéndose la misma actividad con todos los integrantes del grupo.

SESIÓN 10. –

Los pensamientos y las preocupaciones son el componente fundamental del insomnio. Existen pensamientos que impiden el sueño y son aquellos que la persona los mantiene dentro de su cerebro entre ellos: la resolución de problemas diarios, preocupaciones acerca de no dormirse y las somáticas en este caso.			
Tema	**Individual**	**Familiar**	**Grupal**
Pérdida del sueño o Insomnio **Técnicas** Respiración Relajación muscular	Modificando acciones o pensamientos que dañan la habilidad de dormir bien, ayudando a desarrollar hábitos que colaboren a tener un patrón de sueño saludable, sin mantener preocupaciones que no le dejan dormir. Tanto en la dificultad para conciliar el sueño al acostarse, teniendo despertares frecuentes durante la noche; y, despertares muy temprano por la mañana, Debe tratar de respetar las reglas básicas para mantener el sueño saludable: dormir lo necesario y evitando siestas.	Psicoeducación: Que es el sueño, cuantas horas de sueño se consideran normales, que es el insomnio, cuáles son sus causas y que debe hacer una persona que padezca este problema	En un ambiente tranquilo y amplio se procede a enseñar a cada uno de los pacientes, técnicas de respiración profunda y de relajación muscular con el fin de lograr equilibrio entre la mente y el cuerpo reduciendo de esta manera las preocupaciones y pensamientos negativos, que a su vez colaboraran a conciliar el sueño.

Dar a conocer al grupo, como instaurar nuevas habilidades de manera simple, las mismas que les permitirán a cada uno de ello a disminuir o eliminar conductas que les estén perjudicando en el manejo de su enfermedad y tratamiento, como pueden ser la depresión, la ansiedad y el stress.

SESIÓN FINAL

Participantes:

Individual – Paciente

Familiar

Grupal

CIERRE TERAPÉUTICO

Objetivo:

- Incentivar a cada uno de los pacientes, a los familiares y grupo en general, a la aplicación en su vida diaria de las diferentes herramientas terapéuticas

Procedimiento:

Introducir a las tres áreas de intervención, en todo lo que concierne a la modificación de conducta, de una distorsionada a una positiva.

Considerando que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas de una persona, influyen en el estado afectivo y en sus pautas de conducta, el paciente primordialmente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir los “constructos” erróneos para producir una mejoría, tanto por su enfermedad; y a la adherencia mayor a su tratamiento.

Sin dejar de lado la continuidad terapéutica, ya que esta ayudara a fortalecer, mantener y enriquecer lo importante de llevar una buena calidad de vida, ya que a pesar de encontrarse con una patología, esta no podrá sobreponerse ante las capacidades, cualidades y virtudes de cada persona.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Diabetes. Normas de atención médica de la diabetes - 2010. Cuidado de la Diabetes. 2010; 33 Supl 1:11-61
- Asociación Americana de Diabetes. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Cuidado de la Diabetes. 2008 555-560
- Akiskal HS, H Lemmi, RH Rosenthal, Scott-Strauss, A. depresiones caracteriológica: hallazgos clínicos y EEG del sueño de separación. Arco de Psiquiatría Gen 1980; 37:777-783
- Andrew H. Michener, John D. DeLamater (2000): Psicología Social de 451 a 456
- GALLAR, M. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente: El Paciente Diabético. 2da edición. Pag. 319 – 320
- Gavard JA, Lustran PJ, Clouse RE. Incidencia de la depresión en adultos con la diabetes. Una evaluación epidemiológica. Cuidado de Diabetes 1993;16 (8):1167-1179.
- GL Klerman, Endicott J, R Spitzer. Depresiones neuróticas: un análisis sistemático de criterios múltiples y significados. Soy Psiquiatría J 1979; 136:57-61
- Herbert J. Chappa: Distimia y otras depresiones crónicas, edición 2003, Argentina 7-11
- Herbert J. Chappa: Distimia y otras depresiones crónicas, edición 2003, Argentina. Pag. 5
- Jacobson AM. Depresión y Diabetes. Diabetes Care 1993; 16 (12):1621-1623.
- Kaplan, Harold, y Grebb, Jack A., Sinopsis de Psiquiatría, Séptima edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1996, Pag. 127
- Menchón Magriña, J. M. y Vallejo Ruiloba, J., Distimia y otros trastornos de Humor, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000
- Ríos-Castillo J, Barrios-Santiago P, Ávila-Rojas T. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con neuropatía. Rev Med IMSS 2004; 42(5):379-385.
- Ruiz-Flores LG, Vázquez-Estupiñán F, Corlay- Noriega I. Depresión en pacientes diabéticos y su relación con el control metabólico medido por HbA1c. Rev Psiquiatria 1996; 12(3):66-71.
- Tébar, Escobar J, y, F. (2009): La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. Cap. 3 hasta 6 en la depresión y la diabetes Cap. 51 453-354

- Vallejo, J. y Gastó Ferrer, C. (2000) 2da Ed.: Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión: Distimia, 297–298
- Vázquez F, Ruiz L. Depresión en la diabetes mellitus tipo 2. En: Islas-Andrade SA, Revilla-Monsalve C, editores. Diabetes mellitus. Tercera edición. México: McGraw-Hill; 2005. p. 455-465.
- CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Trastornos del humor 163 -164
- Diario HOY **Ciudad** Quito 25/Octubre/2006

INTERNET:

- www.diabetesvoice.org/files/attachments/2008_1_Lloyd_ES_0.pdf
- http:/drabrito.wordpress.com/2010/05/01/depresión-en-pacientes-adultos-con-diabetes/ DRA. PENELOPE BRITO LEE, M*édico Psiquiatra*
- http://www.revistadeapra.org.ar/Articulos/Julio/Sara.pdf
- http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html
- http://centros-psicotecnicos.es/ansiedad-depresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm
- http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/2235
- http://www.vidaysalud.com/daily/diabetes/la-diabetes-y-la-depresion-cual-es-la-relacion
- http://www.redsanar.org/Textos/Trastorno_Distimico.htm
- http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/2235
- http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000918.htm
- http://usuarios.lycos.es/mazmed/distimia.htm
- http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm
- http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/diabetes_mellitus.htm
- http://geosalud.com/diabetesmellitus/DMtipo2.htm
- http://www.who.int/mediacentre/es/
- http://www.guia-diabetes.com/descompensacion-hiperglucemica.html

- http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/alto-indice-de-diabetes-52018-52018.html
- http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/alto-indice-de-diabetes-52018-52018.html
- http://www.elmercurio.com.ec/258751-casos-de-diabetes-preocupan-en-loja.html
- http://www.neurologia.com/pdf/Web/5106/be060347.pdf
- http://www.elforolatino.com/f86/la-entrevista-en-la-psicologia-clinica-212/
- http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a06v14n14.pdf
- http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/molina_v_l/capitulo1.pdf
- http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14260210.pdf
- http://www.jornada.unam.mx/2006/11/03/index.php?section=sociedad&article=048n2soc
- http://drjosefernandez.com/pdf1/22.pdf
- file:///D:/Downloads/AYUDA.htm

ANEXOS

ANEXO 1.

GUIA DE OBSERVACIÓN

NOMBRE DEL OBSERVADO…….EDAD……..

ESTABLECIMIENTO……FECHA……

CONTEXTOS	OBSERVACIÓN	COMENTARIO

ANEXO 2.

ENTREVISTA PSICOLÓGICA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

HISTORIA CLÍNICA Nº:

NOMBRE:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

RAZA:

ESTADO CIVIL:

NUMERO DE HIJOS:

INSTRUCCIÓN:

PROFESIÓN:

OCUPACIÓN:

SUELDO MENSUAL:

RELIGIÓN:

TENDENCIA POLITICA:

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:

FAMILIAR RESPONSABLE:

PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

FECHA DE INGRESO:

CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

……

MOTIVO DE CONSULTA:

……

ENFERMEDAD ACTUAL:

……

HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD:

……

PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

PRENATAL:

……

NATAL:

……

INFANCIA:

……..

PUBERTAD

……

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

……

MADUREZ

……

PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

……

HISTORIA SOCIAL:

……

HISTORIA LABORAL:

……

HISTORIA PSICOSEXUAL:

……

EXAMEN DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS

CONCIENCIA:

- Lucidez:
- Orientación:
    - Alopsíquica.
    - Autopsíquica:
    - Somatopsíquica
    - Conciencia de enfermedad:

ATENCIÓN:

- Trastornos Cuantitativos:
    - Hiperprosexia
    - Hipoprosexia
    - Aprosexia
- Trastornos cualitativos
    - Distracción
    - Distraibilidad
    - Atención voluntaria
    - Espontanea o pasiva

SENSOPERSEPCIONES:

- Ilusiones:
- Alucinaciones:
- Pseudoalucinaciones
- Trastornos del esquema corporal
- Despersonalización
- Desrealización
-

MEMORIA:

- Trastornos cuantitativos:
    - Hipermnesia
    - Hipomnesia

    - Amnesia (retrograda, anterograda, retroanterograda)
- Trastornos Cualitativos:
    - Pseudoreminicencias
    - Confabulaciones
    - Cliptomnesia
    - Dismnesias
    - Paramnesia

AFECTIVIDAD:

- Exaltación
- Depresión
- Hipertimia
- Hipotimia
- Distimia
- Indiferencia afectiva
- Descontrol emocional
- Inestabilidad Emocional
- Reacciones emocionales primitivas
- Reacciones afectivas:
    - Irritabilidad
    - Embotamiento
    - Indiferencia
    - Apatía
    - Labilidad
    - Tenacidad
    - Ambivalencia
- Contenidos intelectuales:
    - Ideas fijas
    - Ideas obsesivas
    - Fobias

INTELIGENCIA:

PENSAMIENTO:

- Trastornos del curso:

    - Aceleración
    - Retardo
    - Interpretación
    - bloqueo
- Estructura:
    - Prolijidad
    - Perseveración
    - Incoherencia
    - Disgregación.
- Contenido
    - Ideas dominantes
    - Ideas obsesivas
    - Ideas Pseudodelirantes
    - Ideas delirantes

VOLUNTAD:

- Hipobulia
- Abulia
- Actos impulsivos
- Estereotipias
- Amaneramientos
- Sugestividad
- Flexibilidad cérea
- Obediencia automática
- Negativismo
- Catalepsia

INSTINTOS:

- Nutrición
- Sueño
- Defensa
- Instinto Sexual.

HÁBITOS:

- Alcoholismo

- Tabaquismo
- Consumo de drogas

JUICIO Y RAZONAMIENTO:

- Lógico
- Ilógico
- Paralógicos

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

EXÁMENES PSICOLÓGICOS:

RESULTADOS DE LOS REACTIVOS APLICADOS:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

PSICOANAMNESIS ESPECIAL:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRONÓSTICO:

RECOMENDACIONES:

ANEXO 3. REACTIVO PSICOLÓGICO

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

1)

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

2)

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

3)

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

- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

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

5)

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

6)

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

7)

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

8)

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

9)

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

10)

- No lloro más de lo habitual.

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

11)

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

12)

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

13)

- ○ Tomo decisiones como siempre.
- ○ Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- ◉ Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.

- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

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

15)

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

16)

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

17)

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

18)

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

19)

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

20)

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

21)

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

PUNTAJES TOTALES

Puntaje	Interpretación
0 – 9	No depresión
10 – 18	Depresión leve
19 – 29	Depresión moderada
>30	Depresión grave o severa

ANEXO 4.

APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en mi familia a) el tiempo para estar juntos b)Los espacios en la casa c) El dinero					

BAREMO DE CALIFICACIÓN

Se consideran 5 categorías

0: Nunca

1: Casi nunca

2: Algunas veces

3: Casi siempre

4: Siempre

Función	Puntaje
Buena Función Familiar	18-20
Disfunción familiar leve	14-17
Disfunción familiar moderada	10-13
Disfunción Familiar Severa	9 o menos

ANEXO 5. ENCUESTAS

INSTRUMENTO 5.1.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS QUE PUEDEN EXISTIR EN UNA PERSONA

De acuerdo a la frecuencia con que ha tenido los síntomas depresivos que se señalan a continuación, marque con una (X), los que más le hayan afectado durante toda su vida o en el transcurso de su enfermedad diabética.

SINTOMAS	FRECUENCIA
Baja Autoestima	
Pérdida de Confianza o Sentimientos de Inferioridad	
Dificultad para Concentrarse (Tristeza)	
Pérdida de Interés en realizar actividades	
Sentimientos de Desesperanza	
Sentimientos de Incapacidad a las responsabilidades habituales	
Pesimismo sobre el Futuro o preocupaciones del pasado	
Aislamiento Social	
Insomnio (Perdida del sueño)	
Disminución del apetito	

INSTRUMENTO 5.2.

FACTORES DE RIESGO

Por cada cuadro, marque con una sola (X) el casillero con el cual se identifique:

1.

SEXO	MASCULINO	
	FEMENINO	

2.

HISTORIA DE UN FAMILIAR CON DEPRESIONES MAYORES Aislamiento social, falta de esperanza en el futuro, sentimiento de tristeza, falta de apatito o comer en exceso, dificultad en el desempeño laboral, dificultad para dormir y baja autoestima	SI	
	NO	

3.

CONDICIÓN ECONÓMICA	BAJA	
	MEDIA	
	ALTA	

4.

ESTADO CIVIL	SOLTERO/A	
	CASADO/A	
	VIUDO/A	
	DIVORCIADO/A	
	UNIÓN LIBRE	

FACTORES DE RIESGO

Los siguientes factores incrementan su probabilidad de padecer distimia. Informe al médico si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Sexo: femenino
- Antecedentes familiares de depresión grave o distimia
- Enfermedad mental o física crónica

Las personas con distimia también pueden experimentar episodios de depresión grave a lo largo de su vida.

DIAGNÓSTICO

El médico especialista en la Diabetes, le interrogará sobre sus síntomas e historial clínico, y prestará especial atención a los siguientes factores:

- Nivel de fatiga y calidad del sueño
- Capacidad para concentrarse
- Antecedentes familiares de depresión

SÍNTOMAS

Puede ser difícil diferenciar la distimia de la depresión debido a que comparten muchos síntomas. Las personas con distimia manifiestan los siguientes síntomas más enfatizados:

- Aislamiento social
- Falta de esperanza en el futuro
- Sentimientos dominantes de rendimiento inadecuado

Otros síntomas incluyen:

- Sentimientos de tristeza o desesperanza
- Falta de apetito o comer en exceso
- Dificultad en el desempeño laboral o escolar
- Dificultad para dormir o dormir de más.
- Problemas de concentración
- Fatiga
- Baja autoestima

Jorge Sánchez Coronel

Psicología Clínica

ANEXO 6. TRIPTICO

TRASTORNO DISTÍMICO

Llamado también distimia, es un trastorno de larga evolución de tipo leve a moderado. Es cuando usted se siente deprimida la mayoría de los días y se deprime más de los días de los que no lo hace durante al menos dos años. Afectando la manera en que usted se siente respecto a sí misma y acerca de la vida en general, teniendo una pérdida de interés en casi todas sus actividades habituales. Ciertos padecimientos como la diabetes y el alcoholismo, o el tener problemas del comportamiento también pueden causarla. Este puede afectar en gran medida sus actividades diarias en la escuela, el trabajo o el hogar. La distimia puede también ocasionarle problemas en la relación con sus familiares, amigos y otras personas.

La depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad.

Así mismo se pueden observar otras alteraciones como ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo. También se pueden manifestar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como resultado la dificultad para mantener el sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo.

Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño matinal.

Existen también cambios psicomotores como ser el enlentecimiento motriz, que están vinculados a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes.

Esta falta de energía también se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones

En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas.

La mayoría de las personas con diabetes no se deprimen en cualquier momento. Sin embargo, existen estudios que demuestran que las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de padecer depresión que las personas que no padecen esta enfermedad.

El estrés que provoca manejar la diabetes a diario puede colaborar a la existencia de una depresión durante muchos años de forma continua con la enfermedad; debido a esto, es posible que las personas se sientan solas o al margen de sus amigos y familiares debido al estricto cuidado de su salud para que no exista el aumento excesivo de glucosa en la sangre.

ANEXO 7.

FOTOGRAFIAS

ANEXO 8. Historia Clínica Psicológica de un Paciente

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: N.N.

Lugar y fecha de nacimiento: Cariamanga, 02 de Febrero de 1945

Edad: 66 años

Sexo: Femenino

Raza: Mestiza

Estado civil: Casada

Número de hijos: Seis

Instrucción: Primaria Incompleta

Profesión: Ninguna

Ocupación: QQ.DD

Sueldo mensual: no refiere

Religión: Católica

Tendencia política: sin tendencia política

Dirección domiciliaria: Cariamanga

Familiar Responsable: Hija

Numero de Historia Clínica: 242669

Número de ingresos: 1

Procedencia: Cariamanga

Lugar de Residencia: Loja

Fecha de ingreso: 26/05/11

Fuente de Información: Paciente

2. - CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

Médico Residente del Hospital Isidro Ayora refiere que hace una semana es intervenida por Necrosis de primer dedo de pie izquierdo (amputación). Además que hace un mes aparece otra herida en la cara dorsal de pie izquierdo, el mismo

que no presenta mejoría con las respectivas curaciones, razón por la cual acude a esta casa de salud, específicamente a Cirugía por presentar Pie Diabético de Grado II más herida infectada, presentando Diabetes desde hace aproximadamente 20 años. Paciente que asiste de forma voluntaria acompañada de su hija, orientada en tiempo, espacio y persona, con conciencia lucida, solicitando ayuda debido a la enfermedad ya antes mencionada.
Se da asistencia y valoración psicológica luego de Intervención Quirúrgica, por Pie Diabético Grado II.

Al momento de la entrevista se presenta: colaboradora, triste, lucida, orientado en tiempo, espacio y persona, tono de voz baja y vestimenta acorde a edad y sexo.

3. - MOTIVO DE CONSULTA

Paciente manifiesta sentirse triste, angustiada, tensa y preocupada, sin saber que va a hacer de su vida, ¨no voy a servir para nada¨, ¨ya no quiero vivir con este sufrimiento, me tiene mal esta enfermedad¨; además no puede dormir, se olvida de la toma de medicación y se le quita el hambre casi todos los días, existiendo una disminución en el apetito.

4. –OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente presenta Amputación de Pie Diabético Grado II (Izquierdo).

5. - ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que ingresa al Departamento de Cirugía, para intervención quirúrgica por pie diabético.
Desde su ingreso paciente se presenta: Tristeza, labilidad emocional, disminución de la concentración y atención, ideas de ser inútil, perspectiva sombría del futuro y sentimientos de desesperanza e inferioridad; además hiporexia, baja autoestima e insomnio inicial y terminal.

5.- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD

Paciente que hace aproximadamente 20 años presenta diabetes mellitus y que debido al no llevar un buen cuidado de su salud, ni la toma de medicación respectiva, presenta cambios en su estado de ánimo soliendo pasar de una persona enojadiza a un ser afligido, llena de tristeza según nos refiere. Desde el inicio de su enfermedad empieza a mantener en ocasiones discusiones familiares, ya que según la paciente no tiene el apoyo suficiente de la misma en el cuidado de su salud, por lo que existe un distanciamiento leve con la familia; y, al mismo tiempo con la sociedad en general, decidiendo pasar aún más en su hogar en soledad y con poca comunicación.

Manifiesta que hace nueve meses presenta herida en el primer dedo de pie izquierdo la misma que llega a necrosarse por lo que es intervenida quirúrgicamente llegando a la amputación de dicho dedo. Además refiere que unos tres meses atrás y manteniendo un descuido personal y déficit de apoyo familiar con respecto a su enfermedad muestra una nueva herida en cara dorsal de pie izquierdo, la misma que no presenta mejoría con las debidas curaciones en el Hospital de Cariamanga, por lo que es transferida a esta casa de salud (HPGIA), específicamente al departamento de cirugía, en donde se le diagnostica pie diabético en fase avanzada, por lo que deciden amputar la parte afectada, ya antes mencionada; siendo luego de ello valorada psicológicamente. Paciente en la actualidad acude al Club de Diabéticos con el fin de obtener el apoyo necesario del grupo de profesionales de la institución, como el médico, psicólogo, trabajadora social, entre otros; que colaboran con charlas, terapias y medicación para su enfermedad.

6. – PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA

Prenatal:

No refiere

Natal:

No refiere

Infancia:

Paciente proviene de una familia nuclear, bajos recursos económicos, buena relación con los padres y hermanos ingresa a la escuela a los 6 años de edad en la Ciudad de Cariamanga, donde se presenta tranquila, retraída, tímida, poco sociable por miedo o temor a no ser aceptado por los demás (introvertido), por lo que empieza a tener dificultades tanto en la adaptación como en sus calificaciones.

A los 9 años de edad se retira de la escuela debido a su bajo nivel económico, dedicándose a los quehaceres domésticos junto a su madre y en algunas ocasiones a la agricultura junto a su padre y hermanos.

Pubertad adolescencia y juventud:

A los 12 años continúa ayudándole a la madre en el hogar en la mayoría de su tiempo hasta los 22 años de edad.

A los 23 años contrae matrimonio, y tiene 6 hijos con los cuales mantiene una buena relación e inicia su propio negocio como comerciante (tienda), el cual lo sigue llevando hasta la actualidad.

Madurez

A los 46 años de edad aproximadamente le diagnostican diabetes por lo cual se le pide a la paciente un cuidado estricto de su salud, el cual no existe, por lo que empieza a tener dificultades como la infección de su primer dedo del pie izquierdo llegando a la necrosis y con ello a la amputación del mismo.

Finalmente a los 65 años de edad muestra una nueva herida en cara dorsal de pie izquierdo, la misma que no presenta mejoría con las debidas curaciones, por lo que es transferida a esta casa de salud, donde se le diagnostica pie diabético en fase avanzada, por lo que deciden amputar el miembro afectado.

7. – PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

Viene de una familia nuclear, humilde conformada por ocho miembros, de situación económica baja.

Conyugue, de 70 años de edad, agricultor, que mantiene buena relación con el paciente y n presenta ningún tipo de enfermedad.
Hijos de 40, 37 y 34 años de edad, comerciantes en distintas partes del exterior, mantiene buena comunicación con la madre y actualmente no presentan ningún tipo de enfermedad.
Hija de 30 años de edad, casada, reside en Zamora, ama de casa, mantiene una relación distante con sus padres; sus dos últimos hijos de 28 y 26 años respectivamente, casados, agricultores, residen en Cariamanga, manteniendo poca comunicación con la paciente, no presentan ningún tipo de enfermedad.

8. – HISTORIA SOCIAL

Paciente refiere no haber tenido muchos amigos ya que la mayoría de su vida se ha manifestado como una persona tranquila, tímida, retraída, (introvertida) por miedo o temor a no ser aceptado por los demás, especialmente por ser de bajos recursos económicos.

9. – HISTORIA LABORAL

Inicio a trabajar a su corta edad, es decir, sus 9 años de edad, tanto en la agricultura como en los quehaceres domésticos dentro del hogar, luego a sus 12 años solo empieza a colaborarle a su madre hasta sus 22 años y finalmente a los 23 pone su propio negocio una (tienda) con la ayuda de su conyugue, manteniéndola la misma hasta la actualidad.

10. – HISTORIA PSICOSEXUAL

Paciente que manifiesta no haber tenido la debida educación sexual por parte de sus padres, pero ya que no tenida una buena vida social, tiene su primera relación y primera pareja a los 24 años aproximadamente, con el cual contrae matrimonio y mantiene una vida sexual activa, procreando seis hijos.

11. – EXÁMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS

La paciente se encuentra colaboradora, ánimo distímico, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, manteniendo siempre una buena comunicación en las diferentes entrevistas.

CONCIENCIA:

Conciencia: Lucida

ORIENTACIÓN:

Autopsíquica: Sin alteración aparente

Alopsíquica: Sin alteración aparente

Somatopsíquica: El paciente es consciente de su enfermedad.

ATENCIÓN:

El paciente presenta hipoprosexia

SENSOPERCEPIONES:

No presenta ningún tipo de delirio o alucinación, sensopercepciones aparentemente en estado normal.

MEMORIA:

Anterógrada: no presenta

Retrograda: no presenta

Fijación: sin alteración

Evocación: sin alteración

AFECTIVIDAD:

Presenta depresión: ánimo distímico

INTELIGENCIA:

Aparentemente normal

PENSAMIENTO:

Trastorno del curso: Sin alteración

Estructura: Sin alteración

Contenido: Ideas de ser inútil

VOLUNTAD:

Presenta hipobulia, por la falta de actividad y de interés por las cosas.

INSTINTOS:

Nutrición: Presenta hiporexia

Sueño: Padecimiento de insomnio

Instinto sexual: aparentemente normal

HÁBITOS:

Ninguno

JUICIO Y RAZONAMIENTO:

Juicio y razonamiento lógicos

12. – DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin síntomas psicóticos

F34.1 Distimia

13. – EXÁMENES PSICOLÓGICOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En el Test realizado a la paciente, se obtuvo un puntaje de 22, lo cual nos manifiesta que mantiene una Depresión Moderada.

14. – PSICOANAMNESIS ESPECIAL

PREDISPONENTE: Personalidad Evitativa, mal cuidado de su salud

DESCENCADENANTE: Enfermedad, Diabetes Mellitus.

PRESIPITANTE: Amputación de parte infectada del pie izquierdo

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD: Presenta un estilo de personalidad ***Tímida***, retraída, se siente incómodo ante personas extrañas y suele mantener pocos contactos sociales, les preocupa lo que los demás piensen de él y es sensible al rechazo.

15. – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

F34.1 Distimia

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin síntomas psicóticos

16. – DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

F34. Trastorno afectivo persistente

F34.1 Distimia

PERSONALIDAD: Paciente con Personalidad Ansioso- Evitativo

Caracterizado por:

a) Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor.

b) Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás.

c) Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad.

d) Resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado.

17. – PRONÓSTICO

Pronóstico favorable, manteniendo las sesiones de psicoterapia, además del debido cuidado y las precauciones necesarias en su enfermedad tanto personalmente, como a través del apoyo familiar y grupos de auto-ayuda.

18. - RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia de Apoyo
- Psicoterapia Cognitiva

- Psicoterapia Familiar
- Consultas con el Endocrinólogo

OBJETIVOS:

- Lograr catarsis y reacciones emocionales positivas durante las entrevistas psicológicas.
- Obtener un apoyo emocional y hacerle sentir al paciente que nosotros estamos para ayudarle y con ello, no dejar desarrollar sentimientos negativos.
- Lograr en el paciente la aceptación positiva de su condición, estimulando sus deseos y ganas de seguir adelante.

  Ayudándole a reconocer y cambiar la forma de pensar y de actuar, con el fin de que pueda vivir con la patología existente en el mismo.
- Lograr que la familia participe activamente en el proceso de tratamiento y cuidado de su salud.

TÉCNICAS:

Liberación de Emociones y Sentimientos: para llegar a la catarsis y descubrir una posible patología.

Psicoterapia de Apoyo: la cual se la utilizó para ayudar como soporte al paciente durante su recuperación.

Psicoterapia Cognitiva: con el propósito de que encuentre el origen de su tensión, llegando a que se enfoque en sus conductas positivas y no en las negativas o distorsionadas. Haciendo que se dedique mayor tiempo a realizar actividades de su agrado y logrando una mayor comunicación tanto a nivel familiar, como social.

ANEXO 9.

PROYECTO DE TESIS

1. TEMA:

La Distimia y su relación en los pacientes con Diabetes Mellitus que asisten al ¨Club de Diabéticos¨ del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ de la Ciudad de Loja en el periodo Abril - Septiembre del 2011

2. PROBLEMÁTICA

La Diabetes Mellitus (DM) o diabetes sacarina es un síndrome orgánico, multisistémico y crónico que se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre. Es causada por la baja producción de la hormona insulina, mientras que sus síntomas principales se caracterizan por una emisión excesiva de orina (poliuria), aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), así como un incremento de la sed (polidipsia), y pérdida de peso sin razón aparente.

Enfrentarse a una enfermedad crónica constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud, y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir. En la medida en que resulta imposible curar la diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma las alteraciones propias de tal afección la cual, generalmente está acompañada no solo de trastornos a nivel físico, sino también de afecciones psicológicas como la distimia que afecta igualmente la calidad de vida y el estado de salud del paciente.[1]

Las habilidades del paciente para enfrentar los problemas pueden influir en la capacidad del individuo para cambiar o aprender nuevos comportamientos. Los pacientes con diabetes y sus familiares pueden experimentar una amplia gama de emociones que van desde la indignación, culpa, depresión y aceptación. Generalmente la distimia es mayor en personas con enfermedades crónicas, incluyendo la diabetes. Estas emociones pueden inmovilizar a las personas en sus esfuerzos por participar activamente en el autocontrol de la diabetes y a menudo el temor provocado por la falta de conocimientos es una causa subyacente de la incapacidad para actuar[2].

---

[1] Lustman PJ LS, Griffith, KE Freedland. La terapia cognitivo-conductual para la depresión en la Diabetes Mellitus. Ann Intern Med 1998. 129: 613-621

[2] Agencia Médica. Asociación entre las complicaciones de la diabetes y la depresión. Psychosom Med 63(4):619-630, 2001

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Además, cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia también se pueden manifestar síndromes depresivos que no solo afectan al estado anímico del paciente sino que además influye notablemente en su adhesión al tratamiento y en la aceptación de la enfermedad. Por lo tanto, se puede considerar que el encontrarse deprimido puede ser una de las causas por las que no se obtenga un adecuado cumplimiento del tratamiento médico y nutricional por parte de los pacientes que padecen de Diabetes Mellitus lo que se traduce en la carencia de mejoría en su estado de salud general y en sus niveles de glucosa en sangre[3].

De esta forma, es importante considerar que la detección temprana de niveles de depresión leve, moderada o grave en los pacientes que padecen de Diabetes y la instauración de un tratamiento adecuado, podría generar mejoras significativas en su estado de salud debido a que permitiría una mejor evolución y la aceptación final de la enfermedad por lo que el propósito de este trabajo es determinar los niveles de depresión (distimia) y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mediante un plan de intervención que mejore su calidad de vida.

En este orden de ideas cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas de diabetes mellitus: tipo I, tipo II y diabetes gestacional, cada una con diferentes causas y con distinta incidencia. En este sentido es de tomar en cuenta la opinión de Colina (2003), quien considera la diabetes tipo II como aquella no dependiente de la insulina, conocida comúnmente como diabetes del adulto, en esta modalidad no existe carencia de insulina, lo que sucede es que su acción no es efectiva.

[3] Anderson, R; Freedland, K; Lustman, P. La prevalencia de la depresión comórbida en adultos con diabetes. Cuidado de la Diabetes 24:1069-1078,2001.

Es importante acotar que en comparación con la diabetes tipo I, la diabetes tipo II no presenta amplias fluctuaciones de la glucosa por lo que se considera estable. Esta se presenta la mayoría de las veces en personas con más de 40 años de edad, generalmente obesos, siendo sus efectos controlables con medicamentos que ocasionan liberación de insulina en el momento y cantidad adecuados y que se conocen con el nombre genérico de hipoglucemiantes orales. Este tipo de diabetes representa el 90% del total de personas que padecen la enfermedad, incrementando tan rápido, que no solo son los factores genéticos los únicos causantes de la ello, si no que por el contrario se ha corroborado fehacientemente, que existen otras variables que determinan la aparición de diabetes.

Por otra parte, investigadores, apuntan como agente principal en el desarrollo de la enfermedad el estilo de vida actual, (sedentarismo y sobrealimentación) como factor decisivo de este incremento y lo relaciona con el mayor peso y altura de la población, y con el incremento de las cesáreas. Ahora bien el diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto significativo a nivel emocional en la persona que lo recibe, y su reacción muchas veces se verá afectada por múltiples variables como su personalidad, cómo se presenta la información, el historial familiar de diabetes y mitos o información contradictoria que tiene la persona acerca de la diabetes[4].

Seguidamente es importante señalar que la Organización Mundial de la Salud insiste en que las personas con Diabetes Mellitus tipo II (DMT2) por lo general son diagnosticadas por una crisis médica (ej. cetoacidosis) que tiene un impacto significativo en términos de la percepción de su salud y la urgencia con que se tiene que comenzar el tratamiento. Por ende, la forma en que los/as profesionales de la salud comunican el diagnóstico de diabetes es importante, tanto para facilitar la aceptación de la enfermedad por el paciente, como para minimizar el riesgo de

[4] Edelwich & Brodsky (1998) Diabetes: el cuidado de sus emociones; Aspectos Psicológicos; Pag. 25

activación de mecanismos de defensa como la negación o la minimización de la seriedad del diagnóstico[5].

En este sentido se estima que más del 95% del cuidado de la diabetes es responsabilidad del paciente, ya que constantemente a lo largo de un día este último debe realizar tareas de autocuidado y/o tomar decisiones relevantes con respecto a la enfermedad. Este nivel de intensidad de tratamiento ha llevado a muchos/as investigadores/as a cuestionarse cuál es el impacto psicológico de la diabetes en la persona que la padece y cómo se afecta la calidad de vida.

En concordancia con los juicios de valor previos, es de asegurar que algunos de los factores que podrían tener un impacto psicológico y afectar la calidad de vida del paciente de diabetes son: la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia (ej. cansancio, letargo, sed) e hipoglucemia (ej. mareo, taquicardia, irritabilidad, temblor), que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional. De modo que las investigaciones que comparan la calidad de vida reportada por adultos con diabetes y la población en general en su mayoría demuestran que adultos con diabetes con frecuencia reportan peor calidad de vida. Por otro lado, se ha encontrado que una mejor calidad de vida en adultos con diabetes está asociada con mayor apoyo social, autoeficacia, actividad física y ausencia de complicaciones de salud y trastornos psiquiátricos[6].

De igual forma se puede decir que la diabetes puede representar un estrés psicosocial que predispone a las personas afectadas a presentar desórdenes psicológicos, como el síndrome de Bournout en sus inicios, y el ***trastorno distímico*** a largo plazo. Según el Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) este trastorno es un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece a una forma de depresión grave clínica menos

[5] http://www.who.int/mediacentre/es/
[6] Andrew H. Michener, John D. DeLamater (2000): Psicología Social. Pag. 451-456

severa, pero más crónica. Para un diagnóstico de distimia, un adulto debe exhibir un estado de ánimo deprimido durante al menos dos años (un año en los niños y adolescentes), junto con por lo menos otros dos síntomas de depresión: tristeza, ansiedad o sensación de vacío persistentes, pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban, llanto excesivo, disminución de la energía, pensamientos de muerte o suicidas, intentos de suicidio, y en especial el aislamiento social. Por esto el apoyo psicológico al paciente de diabetes a lo largo de su enfermedad es importante para prevenir y/o minimizar el impacto que puede generar el trastorno distímico en su salud y bienestar.

Ahora, de acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador la diabetes mellitus ha experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994 – 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años.

Para el 2009, los casos notificados fueron de 68,355 para diabetes mellitus. En el periodo 2000 a 2009, la incidencia de diabetes mellitus se incrementó de 80 por 100,000 habitantes a 488[7].

Frente a estos planteamientos el Ecuador tiene limitados logros, que se sintetizan en el desarrollo de los servicios a nivel de los hospitales generales y en varios centros de atención primaria, por lo que le quedan muchas tareas de cumplir entre las más urgentes: Involucrar en acciones de salud mental a los usuarios, las familias y la comunidad y establecer vínculos formales de colaboración con otros sectores.

Por ello resulta importante dejar en claro que la presente investigación y de acuerdo a la problemática antes mencionada tiene como rumbo fundamental describir la Distimia y su relación en los pacientes con Diabetes Mellitus que asisten al ¨Club de Diabéticos¨ del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ de la Ciudad de Loja en el periodo Abril – Septiembre del 2011.

[7] http://www.msp.gob.ec/index.php/Enfermedades-cronicas-no-transmisibles/salud-del-adulto-enfermedades-cronicas-no-transmisibles.html

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enmarca a la necesidad de que a los pacientes que presentan diabetes, no se les brinde únicamente atención en el campo biológico, sino también en el aspecto psicológico, es decir, dándoles una atención integral en su salud.

Considerando que los pacientes con esta enfermedad deben ser valorados en su aspecto emocional, ya que muchos pueden cursar con trastornos depresivos que tienen que ser tratados para lograr una evolución satisfactoria de su patología de base; ya que estudios han documentado la alta tasa de depresión encontrada en pacientes con diabetes, comparada con sujetos no diabéticos que permanecen en control.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas que actualmente se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad. Las diferentes investigaciones psicosociales en este campo han mostrado hallazgos impactantes. Por lo tanto, ampliar el estudio de las relaciones entre la distimia y la prevalencia que esta tiene en pacientes con Diabetes Mellitus, permitiría por un lado determinar la prevalencia de este trastorno en dichos pacientes, así como el desarrollo de estrategias de intervención terapéuticas que vaya más allá del acompañamiento, considerando los aspectos estructurales que hayan predispuesto la aparición de la enfermedad y que pudieran continuar reforzando la persistencia y agravamiento de los síntomas o la falta de efectividad de los tratamientos médicos aplicados a la misma.

Así mismo, los resultados se centrarían en plantear y mejorar las estrategias adaptativas para los pacientes con diabetes mellitus que presenten distimia, en donde la atención particular de este resultado repercutirá indudablemente en el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida no sólo del paciente diabético, sino de aquellas personas con vulnerabilidad biológica o psicológica frente al desarrollo de la depresión, pues cada uno de los planteamientos que han hecho

otros autores ponen en evidencia el desconocimiento que tienen los individuos con respecto a la trascendencia y protagonismo que tiene la ciencia de la Psicología para aspectos de la salud relacionados con la Diabetes Mellitus.

En el mismo orden de consideración es de asegurar que, la importancia metodológica de este estudio reside fundamentalmente en que los instrumentos sean usados exitosamente durante las respectivas reuniones y atención de los pacientes diabéticos que asisten al Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ específicamente al Club de Diabéticos.

Así mismo, en lo que compete al área social, el estudio en estas personas, será de gran utilidad dado a que permitirá concienciar a los familiares, médicos, psicólogos, enfermeros, entre otros trabajadores del ramo de la salud e involucrados; sobre la importancia de estudiar la influencia directa que acarrea la depresión sobre los pacientes afectados, y como medio para ofrecerles un acercamiento desde la Psicología a esta enfermedad.

Posteriormente, podrán hacerse extensivos a otros centros de salud con pacientes diabéticos para dar una cobertura amplia y generalizada a través del empleo de métodos de prevención efectivos desde ambas perspectivas: médica y psicológica, permitiendo que los aportes del presente estudio sirvan de guía referencial a otros investigadores interesados por la temática que se plantea en el Área de Salud Mental específicamente en Psicología Clínica.

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la relación de la distimia en los Pacientes con Diabetes Mellitus del Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ de la Ciudad de Loja en el periodo Abril – Septiembre 2011

Objetivos Específicos:

- Establecer la edad y el sexo de la población afectada con Diabetes Mellitus que se encuentra dentro del Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨, de acuerdo a la existencia de distimia.
- Determinar la existencia de distimia en los Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus mediante el Inventario de Depresión de Beck.
- Identificar los síntomas más sobresalientes del trastorno distímico en los pacientes con diabetes Mellitus que integran el Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨, mediante encuestas y entrevista psicológica.
- Conocer el tipo de funcionamiento familiar de los pacientes con Diabetes Mellitus que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ mediante el Apgar Familiar.
- Conocer los factores de riesgo que pueden existir en los pacientes con Diabetes Mellitus del ¨Club de Diabéticos¨ que presentan sintomatología distímica a través de las encuestas adaptadas a los pacientes.
- Desarrollar un Plan de Intervención Psicoterapéuticas que mejoren la condición psicológica y emocional, de los Pacientes con Diabetes Mellitus que ingresan al Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨.

5. MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

2. DISTIMIA O TRASTORNO DISTÍMICO

2.1. Definición

2.2. Epidemiología

2.3. Etiología

2.4. Factores Biológicos

2.4.1 Estudios de Sueños

2.4.2 Estudios Neuroendocrinos

2.4.3 Estudios de Bioquímica

2.4.4 Estudios de Neuroimagen

2.4.5 Estudios Familiares

2.5 Factores Psicosociales

2.5.1 Teoría Cognitiva

2.6 Diagnóstico

2.7 Síntomas Clínicos

2.8 Síntomas Asociados

2.9 Deterioro Social

2.10 Comorbilidad

2.10.1 Depresión Doble

2.10.2 Abuso de Alcohol y otras Sustancias

2.11 Diagnóstico Diferencial

2.11.1 Trastorno Depresivo Mayor

2.11.2 Trastorno Depresivo Breve Recurrente

2.11.3 Trastorno de Personalidad Depresiva

2.12 Curso y Pronósticos

2.13 Tratamiento

2.13.1 Psicoterapia Cognitiva

2.13.2 Psicoterapia Conductual

2.13.3 Psicoterapia Psicoanalítica

2.13.4 Psicoterapia Familiar y de Grupo

2.13.5 Farmacoterapia
2.14 Fracaso del Abordaje Terapeútico
2.15 Hospitalización
2.16 La Depresión en la Familia

3. DIABETES MELLITUS
3.1 Datos Fundamentales
3.2 Generalidades
3.3 Breve Introducción Histórica
3.4 Definición
3.5 Epidemiología
3.6 Causas
3.7 Clasificación
3.7.1 Diabetes Mellitus Tipo I
3.7.2 Diabetes Mellitus Tipo II
3.7.3 Diabetes Gestacional
3.8 Prevención
3.9 Diagnóstico y Tratamiento
3.10 Actividades de la OMS para prevenir y controlar la Diabetes
3.11 La Diabetes en la Familia
3.12 La Diabetes Mellitus en el Ecuador

4. EFECTOS DE LA DIABETES SOBRE LA DEPRESIÓN Y DE LA DEPRESIÓN SOBRE LA DIABETES

1. INTRODUCCIÓN GENERAL

Se entiende por depresión una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes.

Según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad[8].

Así mismo se pueden observar otras alteraciones como ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo. También se pueden manifestar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como resultado la dificultad para mantener el sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo. Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño matinal.

Existen también cambios psicomotores como ser el enlentecimiento motriz, que están vinculados a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes.

Esta falta de energía también se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones

En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por

[8] DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1997)

otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas.

Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta como ser leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos (Decima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades :CIE-10).

Este es el origen de la depresión que es de interés para esta investigación ya que se sabe que la depresión está asociada a las enfermedades crónicas y los hallazgos en la exploración física muestran que entre el 20 y 25% de los enfermos crónicos presentan episodios de depresión a lo largo de su enfermedad (DSM-IV).

La mayoría de las personas con diabetes no se deprimen en cualquier momento. Sin embargo, existen estudios que demuestran que las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de padecer depresión que las personas que no padecen esta enfermedad.

El estrés que provoca manejar la diabetes a diario puede colaborar a la existencia de una depresión durante muchos años de forma continua con la enfermedad; debido a esto, es posible que las personas se sientan solas o al margen de sus amigos y familiares debido al estricto cuidado de su salud para que no exista el aumento excesivo de glucosa en la sangre[9]. Si se encuentra ante complicaciones de la diabetes como lesiones nerviosas, o si tiene problemas para mantener los niveles deseados de azúcar en la sangre, es probable que sienta que pierde el control sobre su diabetes. Aun la tensión entre usted y su médico puede hacer que se sienta frustrado y triste.

[9] http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/inquietudes-habituales/la-depresin.html

2. DISTIMIA O TRASTORNO DISTÍMICO

Los trastornos depresivos afectan al ser humano a lo largo de toda su historia. Como antecedente médico histórico, en el siglo V AC la palabra “melancolía” (que hoy corresponde a depresión mayor) ya aparece en un escrito de Hipócrates.

Los trastornos depresivos tienen una alta prevalencia en el mundo actual. Dentro de ellos el trastorno distímico es uno de los más frecuentes, siendo uno de los trastornos de mayor prevalencia en nuestros tiempos. Si bien la distimia es un trastorno leve en relación a los otros cuadros afectivos, sus características afectan la calidad de vida en forma crónica de quienes la padecen[10].

La distimia es definida generalmente por la etimología del término, «dist»: distorsión o perturbación; «timia»: humor. La utilización del término en su concepto actual se inició en los manuales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) como "humor perturbado"[11]. El término ya había sido empleado por Kalbhaum en 1983 y en la tercera edición (DSM III) en 1980, estableciéndose la categoría de distimia en sustitución de la entonces llamada depresión neurótica o neurosis depresiva, contraponiéndola a la de depresión mayor y conceptualizándola como un trastorno afectivo crónico. En el más reciente DSM IV (1994) apenas se hacen modificaciones en los criterios diagnósticos respecto a la clasificación anterior (DSM III-R), cambiándose también el término “distimia” por “trastorno distímico”.

La depresión neurótica ha sido un término que tradicionalmente ha hecho alusión a un subgrupo de depresiones de intensidad leve, con escasa presencia de síntomas vegetativos o psicomotores y que surgían de forma reactiva a problemas de relación interpersonal o cualquier tipo de pérdida[12].

Distimia se emplea para calificar una alteración del estado de ánimo, una depresión leve, de carácter crónico, que se inicia generalmente en la niñez tardía

[10] Herbert J. Chappa: Distimia y otras depresiones crónicas, edición 2003, Argentina 7-11
[11] http://distimias.blogspot.com/
[12] GL Klerman, Endicott J, R Spitzer. Depresiones neuróticas: un análisis sistemático de criterios múltiples y significados. Soy Psiquiatría J 1979; 136:57-61

o adolescencia y cuya evolución es prolongada. Hay personas que han estado así prácticamente toda su vida. Algunos autores hablan de "personalidad depresiva" en estos casos. Muchas personas con distimia llegan a creer que "ellas son así", y no identifican la distimia como una condición patológica, sino como un estado normal de su forma de ser[13].

La distimia es causa frecuente de malestar personal, y de malestar familiar. Las personas con distimia suelen estar irritadas, agresivas, con facilidad para entrar en discusiones, tienen tendencia al autoreproche, poca capacidad para disfrutar y con una baja tolerancia a las frustraciones. Con frecuencia se las califica de "amargadas", o como pesimistas, tristes o introvertidas.

Sin embargo a pesar de ser un trastorno frecuente en la población, generalmente joven, éste es mucho menos identificado que otros trastornos depresivos, en la práctica médica, surgiendo así el fenómeno “Témpano” (Iceberg) (es decir la relación entre pacientes no diagnosticados y diagnosticados es muy grande), la distimia no suele diagnosticarse ni tratarse[14], debiéndose a muchas causas, entre ellas una educación médica inadecuada, restricciones de tiempo en la consulta médica, alteraciones médicas por patologías concomitantes, o porque el paciente no es consciente de padecerla. Al reconocerla como una entidad clínica, se puede contribuir a evitar que se altere el desarrollo de la personalidad y que disminuyan las graves limitaciones de orden personal, familiar, laboral y social que conlleva este trastorno.

2.1 DEFINICIÓN

Este es un trastorno crónico (sigue un curso prolongado de muchos años, sin tratamiento puede perdurar toda la vida), que se caracteriza por la presencia de humor deprimido (o irritable en niños y adolescentes), un abatimiento prolongado del estado de ánimo en que el sujeto distímico se describe a sí mismo como “triste” o “desanimado”, perdiendo el interés por las cosas y viéndose a menudo

[13] Herbert J. Chappa: Distimia y otras depresiones crónicas, edición 2003, Argentina. Pag. 5
[14] http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/2248

como inútil y poco interesante. Posee síntomas persistentes o intermitentes, de intensidad más leve en comparación a la depresión mayor, que se mantienen durante la mayor parte del día y está presente casi todos los días.

Akiskal (1983) la define como “mal humor” y la caracteriza porque “el individuo está habitualmente triste, introvertido, melancólico, excesivamente consciente, incapaz de alegría y preocupado por su insuficiencia personal”[15].

Para Kraepelin, lo que caracteriza a la distimia son los síntomas depresivos de bajo grado, fundamentalmente de tipo subjetivo (humor y cognición) y la ausencia de signos objetivos (psicomotores y vegetativos). Este concepto ha sido retomado por Akiskal, ubicándola un paso más allá del temperamento melancólico, en un continuum, con los episodios afectivos mayores en el otro extremo.[16]

El término “distimia” significa enfermedad del humor, implica una disforia temperamental, o sea, una tendencia innata a experimentar el humor deprimido. Por el contrario “neurosis depresiva” implica un patrón de pensamiento y conducta desadaptativo y repetitivo que desemboca en una depresión. A los pacientes de este segundo grupo se les describe a menudo como personas ansiosas, obsesivas, y proclives a la somatización. La “depresión caracteriológica” (Akiskal) implica un ánimo disfórico que es inherente al carácter del individuo.

Se pueden ver dos tipos de trastorno distímico: el esporádico, con un 85% de los casos, en el que el paciente tiene más días deprimidos y no hay eutimia sostenida de más de 2 meses, ni tampoco se dan síntomas depresivos durante 2 semanas o más. Son pacientes cuyo estado de ánimo cambia de deprimido a normal de forma esporádica. El otro tipo de distimia es menos frecuente: más crónico, con síntomas depresivos todos los días, pero sin ser una depresión mayor; de los 5 síntomas mínimos que requiere ésta para diagnosticarse así, la distimia como mucho sólo tiene 4 síntomas. Además, se puede clasificar como primaria y secundaria (Feighner et al, 1972), en función de qué enfermedad se daba primero.

[15] Akiskal, SA: Trastorno Distímico: Psicopatología de la propuesta de subtipos de depresión crónica. El American Journal of Psychiatry. 1983, 140: 111-120
[16] http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_9.htm

Los pacientes cuyo trastorno distímico es una complicación, se diferencian de la distimia primaria; en ésta, la enfermedad empieza y continúa como una depresión crónica esporádica[17].

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno distímico es un trastorno común entre la población general, afectan de un 3 a un 5% de todas las personas (13), si bien otros autores han referido cifras diferentes que oscilan entre el 1% y el 7%, siendo frecuente entre pacientes con otras patologías psiquiátricas, manifestándose entre un tercio y la mitad de todos los pacientes. Por lo menos un estudio situó la prevalencia de este trastorno entre los jóvenes adolescentes en un 8% en los chicos y un 5% en las chicas.

La prevalencia de episodios de depresión mayor en pacientes con distimia se ha situado en un 42%. Esta situación en la que un sujeto que padece una sintomatología crónica de baja intensidad presenta un empeoramiento de la sintomatología, llegando a cumplir criterios para el diagnóstico de una depresión mayor, se ha denominado depresión doble[18].

Además de coexistir con el trastorno depresivo mayor, también lo hacen comúnmente con otros trastornos mentales como los trastornos de ansiedad (en especial el trastorno por crisis de angustia), el abuso de sustancias. Y probablemente, el trastorno borderline de la personalidad. Estos pacientes con un trastorno distímico es probable que tomen diferentes psicofármacos, incluidos antidepresivos, antimaníacos – por ejemplo litio y carbamacepina- y sedantes-hipnóticos.

La distimia, a semejanza de las depresiones mayores, también se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en varones, en una relación aproximada de dos mujeres por cada varón. La edad de inicio de la distimia suele ser temprana, en muchas ocasiones antes de los 21 años de edad, y la prevalencia va aumentando

[17] http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/2235
[18] Menchón Magriña, J. M. y Vallejo Ruiloba, J., Distimia y otros trastornos de Humor, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000

progresivamente. Los grupos de mayor edad presentan mayores prevalencias de distimia, siendo más común entre mujeres de 64 años y entre los hombres de cualquier edad.

Respecto al estado civil, se han descrito mayores prevalencias en personas no casadas, tanto en personas solteras como divorciadas o viudas. Al igual que en la depresión mayor, la población que vive en zonas urbanas parece tener una prevalencia ligeramente más alta de distimia que la que vive en zonas rurales, aunque este dato no está completamente establecido. En general, no se ha hallado una clara asociación entre la posición socioeconómica (aunque se dice que es más frecuente en personas con menores recursos económicos, la raza y la prevalencia de distimia[19].

Sin embargo, la heterogeneidad del concepto de distimia y su amplitud ha facilitado hallar relaciones con condiciones muy variadas. Se ha relacionado la aparición de distimia con un pobre funcionamiento psicosocial y académico en la infancia. También se ha hallado que los adolescentes con historia de trastorno distímico tenían un menor nivel de apoyo social de amigos, en comparación a los adolescentes con historia de depresión mayor o con historia de otros trastornos o también sin historia de trastornos psiquiátricos.

La distimia se ha asociado a la presencia de enfermedades físicas, como dolor pélvico crónico o síndrome de colon irritable, a enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, ictus, esclerosis múltiple, epilepsia, enfermedad de Alzheimer), molestias gastrointestinales funcionales. También se ha hallado relación con situaciones psicosociales complicadas como el desastre de Chernobyl, en donde había un aumento de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos leves (trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad), entre los que se incluía la distimia.

[19] Kaplan, Harold, y Grebb, Jack A., Sinopsis de Psiquiatría, Séptima edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1996, Pag. 127

2.3 ETIOLOGÍA

Un tema esencial referente a la causa del trastorno distímico es si está relacionado con otros trastornos psiquiátricos, incluidos el trastorno depresivo mayor y el trastorno borderline de la personalidad. Las distimias guardan numerosas coincidencias evolutivas, familiares, biológicas e incluso, terapéuticas con las depresiones mayores (20). En este contexto, no se puede llegar a una conclusión final; sin embargo, como ocurre con la mayoría de los diagnósticos psiquiátricos, los pacientes definidos por los criterios del DSM-IV presentan una gran variedad de procesos patológicos –Por ejemplo, reducción de la cantidad de sueño REM y una historia familiar de trastornos del estado de ánimo (13). Para buscar la validez nosológica de la distimia debemos investigar: comorbilidad, datos familiares, biológicos y psicológicos[20].

2.4 FACTORES BIOLÓGICOS

La categoría de la distimia se ha mostrado muy heterogénea, por lo que en las clasificaciones posteriores al DSM-III (DSM-III-R, DSM-IV) se realizaron modificaciones que han ofrecido subgrupos algo más homogéneos. Aunque en la tradicional dicotomía de las depresiones endógena *vs* reactiva, psicótica *vs* neurótica, biológica *vs* psicológica– este tipo era considerado como depresiones de origen "psicológico" y, por tanto, secundarias a problemas de personalidad, sucesivos estudios han mostrado alteraciones o hallazgos que sugieren una naturaleza primaria, al menos en algunos tipos de las mismas.

Sin embargo, la heterogeneidad de esta categoría es relevante en los estudios sobre marcadores biológicos de la distimia.

Algunos aspectos biológicos sobre el trastorno distímico apoyan su inclusión en el grupo de los trastornos del estado de ánimo; otros estudios cuestionan esta asociación. Una hipótesis que se deriva de los datos disponibles es que la base biológica para los síntomas de este trastorno y para los del trastorno depresivo

[20]http://soyborderline.com/documentacion-y-articulos/documentacion-sobre-otros-trastornos/161-trastorno-distimico.html

mayor son similares; no obstante, las bases biológicas para la fisiopatología subyacente en ambos trastornos, son diferentes.

Los hallazgos neurofisiológicos en las depresiones crónicas han constituido uno de los aspectos más importantes por los que se ha establecido una relación de algunas depresiones crónicas con las depresiones primarias, así como han sugerido subdivisiones más homogéneas dentro de este grupo de depresiones.

2.4.1 Estudios de sueño: Uno de los aspectos más estudiados ha sido la latencia REM (tiempo transcurrido desde el inicio del sueño hasta el inicio de la fase de movimientos oculares rápidos). En sujetos normales este tiempo se sitúa alrededor de 90 minutos (70-110 minutos). Sin embargo, se ha constatado que esta latencia está reducida en las depresiones primarias. Esta reducción del tiempo de latencia REM también se ha observado en algunas depresiones crónicas. (2) estudiaron a un grupo de depresivos crónicos considerados como depresiones "caracterológicas", y que fueron subdivididos de acuerdo a la presencia o ausencia de respuesta al tratamiento al cabo de un año de seguimiento. Hallaron que los pacientes que habían respondido al tratamiento presentaban una latencia REM similar a la de pacientes unipolares (57,6 y 59 minutos, respectivamente) y, ambas a su vez, significativamente diferentes de la de controles (101 minutos) y del grupo de no respondedores (98,8 minutos). Este hallazgo, junto con otros relatados en el mismo estudio, llevo a sugerir que las llamadas depresiones caracterológicas podían englobar al menos dos grupos de pacientes: la distimia subafectiva y el trastorno del espectro del carácter[21].

Sin embargo, no siempre se han hallado diferencias consistentes en la latencia REM entre distímicos y grupo controles normales. Otro estudio halló diferencias en la latencia sólo en la segunda noche cuando comparó una muestra de seis pacientes distímicos con seis pacientes con fibrositis.

[21] Akiskal HS, H Lemmi, RH Rosenthal, Scott-Strauss, A. depresiones caracteriológica: hallazgos clínicos y EEG del sueño de separación. Arco de Psiquiatría Gen 1980; 37:777-783.

2.4.2 Estudios neuroendocrinos: Los dos ejes neuroendocrinos más estudiados en el trastorno depresivo mayor y en el trastorno distímico son el eje adrenal y el tiroideo, que se han examinado utilizando el test de la supresión de la dexametasona (DST), y el test de la estimulación de la liberación de la hormona tirotropina (TRH), respectivamente. Aunque los estudios no son del todo uniformes, la mayoría indican que los pacientes con un trastorno distímico tienen menos probabilidades de presentar resultados anormales en el DST que los pacientes con un trastorno depresivo mayor. Los estudios con el test de la estimulación de la TRH han sido menores en número pero han proporcionado datos preliminares que indican que las anormalidades en el eje tiroideo pueden ser una variable asociada a la enfermedad crónica. Esta hipótesis está apoyada por el mayor porcentaje de pacientes con un trastorno distímico que manifiestan anormalidades en el eje tiroideo cuando se les compara con sujetos control.

2.4.3 Estudios de bioquímica: Los trabajos en que se ha demostrado una mejoría de la sintomatología con ritanserina, un potente antagonista de los receptores 5-HT2 postsináptiicos 5-HT1 y 5-HT2: ambos receptores ejercían acciones opuestas, por lo que un aumento de los efectos serotoninérgicos sobre la neurona podría obtenerse mediante la potenciación de la función del receptor 5-HT1 o mediante una antagonización del 5-HT2. Sin embargo, en un estudio de cerebros postmorten se halló una tendencia hacia una mayor densidad de rectores 5-HT en trastornos afectivos mayores, pero no en distímicos cuando eran comparados con controles. Los receptores plaquetarios de imipramina se han hallado disminuidos en distímicos y en unipolares respecto a sujetos controles, aunque representan una gran variabilidad.

2.4.4 Estudios de neuroimagen: Aunque se han realizado estudios de neuroimagen en la distimia, no se pueden extraer conclusiones, dado el escaso número de pacientes estudiados y la heterogeneidad diagnóstica. Los resultados de estos estudios parecen sugerir que no hay una alteración identificable mediante los métodos de neuroimagen actualmente disponibles.

2.4.5 Estudios familiares: Akiskal encontró que el 47% de 38 pacientes con depresión crónica primaria (depresión mayor con síntomas residuales) tenían más antecedentes familiares de trastorno afectivo, frente al 18% de 49 depresivos secundarios crónicos.

2.5 FACTORES PSICOSOCIALES

Las teorías psicodinámicas referentes al desarrollo del trastorno distímico postulan que este es el resultado de una personalidad y un desarrollo del ego "defectuosos", que producen dificultades en la adaptación a la adolescencia y al inicio de la edad madura. Karl Abraham, por ejemplo, pensaba en los conflictos de la depresión se centraban en rasgos orales y sádico – anales. Los rasgos anales incluyen un orden exagerado, culpa y preocupación por los demás; se ha postulado que estos son una defensa contra la preocupación por materias anales, y la desorganización, hostilidad y auto preocupación. El principal mecanismo de defensa en la formación reactiva. La baja autoestima, la anhedonia y la introversión a menudo se asocian al carácter depresivo.

En "Duelo y Melancolía", Sigmund Freud afirmó que la vulnerabilidad para la depresión podía ser causada por un malestar interpersonal a inicios de la vida, que conduce a relaciones afectivas ambivalentes en la edad adulta; Las pérdidas reales o temidas en la edad adulta pueden ser el desencadenamiento de la depresión. Las personas proclives a la depresión son oral-dependientes y necesitan gratificación narcisista constante. Si se les priva de amor, efecto y cuidado, pueden deprimirse en términos clínicos[22].

2.5.1 TEORIA COGNITIVA: La teoría cognitiva de la depresión también se aplica al trastorno distímico. Sostiene que una disparidad entre situaciones actuales y fantaseadas disminuye la autoestima y produce un sentimiento de indefensión. El éxito de la terapia cognitiva en el tratamiento de algunos pacientes

[22] Akiskal HS, H Lemmi, RH Rosenthal, Scott-Strauss, A. depresiones caracteriológica: hallazgos clínicos y EEG del sueño de separación. Arco de Psiquiatría Gen 1980; 37:777-783

con trastorno distímico proporcionaría algún apoyo al modelo teórico que la sustenta.

2.6 DIAGNÓSTICO

Respecto a la CIE-10, los síntomas que definen el trastorno distímico (cuadro 02) son muy similares a los del DSM-IV, y entre los criterios empleados para investigación en la CIE-10 se requieren 3 de 11 síntomas, entre los que se incluyen algunos no presentes en el DSM-IV. Como punto diferencial entre ambos criterios de diagnóstico cabe señalar que en el DSM-IV se requiere que el trastorno ocasione un sufrimiento o deterioro clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otras, para diferenciar el trastorno distímico de los problemas de la vida cotidiana, en tanto que en la CIE-10 no se incluye el criterio de deterioro funcional. Respecto a esta disfunción hay que señalar que estos pacientes presentan una discapacidad acusada, mayor que la que sufren los enfermos con enfermedades físicas crónicas, tan sólo superada por los cardiópatas.

Cuadro 02: Criterios CIE-10 para el diagnóstico de trastorno distímico.

D) Presencia de un periodo de al menos 2 años de un estado de ánimo deprimido en forma continua o constantemente recurrente.
E) Los períodos de depresión no tienen la gravedad suficiente como para cumplir criterios de trastorno depresivo
F) Por lo menos en algunos períodos deben hallarse tres o más de los síntomas siguientes[23]:

- Disminución de vitalidad o actividad,
- Insomnio
- Pérdida de confianza o sentimientos de inferioridad
- Dificultad para concentrarse, Llanto fácil
- Pérdida de interés por actividades sexuales u otras placenteras

[23] CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Trastornos del humor 163 -164

- Sentimientos de desesperanza.
- Sentimientos de incapacidad respecto a las responsabilidades habituales
- Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado
- Aislamiento social
- Menor locuacidad de lo habitual

2.7 SÍNTOMAS CLINICOS

El trastorno distímico es un trastorno crónico que se caracteriza, no por una aparición episódica de la enfermedad, sino por la presencia estable de los síntomas. En cualquier caso, los pacientes con este trastorno pueden experimentar variaciones temporales en la gravedad de los síntomas. Los síntomas en sí mismo son similares a los del trastorno depresivo mayor, y la presencia de un ánimo deprimido, caracterizado por sentimientos de tristeza, de estar, “en las profundidades del abismo“, o una disminución o pérdida de interés del paciente por sus actividades cotidianas, es esencial en este trastorno. La gravedad de los síntomas depresivos es generalmente menor que en el trastorno depresivo mayor, pero la ausencia de episodios bien diferenciados es el aspecto que más apunta hacia el diagnostico de un trastorno distímico.

Los pacientes con este trastorno pueden a menudo ser sarcásticos, quejosos, demandantes de atención y estar amargados. Pueden estar tensos y rígidos y resistirse a la intervención terapéutica, incluso aunque acudan regularmente a las citas. Como resultado de esto, el especialista puede sentirse enfadado con ellos y puede incluso prestar poca atención a las quejas del paciente. Por definición, los pacientes con un trastorno distímico no presentan síntomas psicóticos.

Han revisado exhaustivamente los trabajos que han estudiado la especificidad de los síntomas en el trastorno distímico. Los seis estudios analizados muestran una variabilidad considerable con respecto a los síntomas valorados, la metodología, la muestra, los criterios diagnósticos y los criterios de inclusión y exclusión de pacientes con trastorno depresivo mayor superpuesto (doble depresión), pero, en general los resultados sugieren que los síntomas cognitivos (baja autoestima,

pesimismo, sentimiento de inadecuación, desesperanza, pobre concentración), afectivos (rabia, irritabilidad, angustia, pérdida de interés o placer) y social-motivacionales (retraimiento social, baja energía o fatiga, actividad o productividad bajas) son más consistentes que los vegetativos y psicomotores (insomnio/hipersomnia, trastornos del apetito, del sueño, inhibición, inquietud, lentitud) en el trastorno distímico (cuadro 3).

Cuadro 03: Frecuencia de síntomas depresivos en sujetos que cumplen criterios de distimia

SINTOMAS	FRECUENCIA
Baja Autoestima	
Pesimismo	
Sentimientos de inadecuación	
Aislamiento Social	
Pérdida de interés	
Falta de energía o fatiga	
Indefensión	
Irritabilidad/rabia	
Descenso de rendimiento	
Pobre concentración	
Autocompasión	
Dificultad en la toma de decisiones	
Pérdida de locuacidad	
Sollozo/llanto	
Insomnio	
Enlentecimiento	
Incapacidad de respuesta al placer o al refuerzo	
Sobreingesta	
Pensamiento recurrente de muerte o suicidio	
Inquietud	

Hipersomnia	
Disminución del apetito	

[24]

2.8 SÍNTOMAS ASOCIADOS

Entre éstos se incluyen los cambios entre el apetito o en los patrones de sueño. La baja autoestima, la pérdida de energía, el retardo psicomotor, la disminución del impulso sexual, y la preocupación obsesiva por asuntos de salud. El pesimismo, la desesperanza y la indefensión hacen que a estos pacientes se les vea como personas “masoquistas“. No obstante, si el pesimismo se dirige hacia el exterior, los pacientes pueden despotricar del mundo y quejarse de que son maltratados por sus familiares, hijos, padres, amigos, y por todo el sistema.

2.9 DETERIORO SOCIAL

El deterioro del funcionamiento social es a veces la razón por la que consultan los pacientes con un trastorno distímico. De hecho, el divorcio, el desempleo, y las dificultades sociales son problemas comunes en estos pacientes. Pueden quejarse de dificultades para concentrarse y de que su rendimiento laboral y académico se está resintiendo. Debido a las quejas físicas, los pacientes pueden perder días de trabajo y ocasiones en la que disfrutar del contacto social. Los pacientes con este trastorno pueden presentar problemas de pareja que resultan de una disfunción sexual (p. ej., impotencia), o de la incapacidad para mantener la intimidad emocional[25].

2.10. COMORBILIDAD

Se define como comorbilidad como la coexistencia en el mismo paciente de dos trastornos, bien en su relación coactiva pasada o a su situación actual. Como se

[24] Menchón Magriña, J. M. y Vallejo Ruiloba, J., Distimia y otros trastornos de Humor, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000
[25] Andrew H. Michener, John D. DeLamater (2000): Psicología Social de 451 a 456

ha mencionado anteriormente, el diagnóstico del trastorno distímico se hace con frecuencia en personas que sufren otros trastornos mentales. Los datos indican que la comorbilidad del trastorno distímico con otros trastornos mentales es un claro factor predictivo de mal pronóstico. Esto significa que la presencia de un trastorno depresivo crónico y no tratado parece limitar la tasa y nivel de mejoría que un paciente puede obtener en otros trastornos mentales. Los trastornos con los que existe mayor comorbilidad son el trastorno depresivo y los trastornos relacionados con sustancias.

2.10.1. DEPRESIÓN DOBLE.

Se estima que un 40% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor también cumplen criterios para el trastorno distímico. La combinación de ambos trastornos se denomina con frecuencia depresión doble. Los datos disponibles respaldan la hipótesis de que los pacientes con depresión doble tienen un peor pronóstico que los pacientes con un trastorno depresivo mayor. El tratamiento de los pacientes con depresión doble debería ir dirigido a ambos trastornos, ya que la resolución de los síntomas del episodio depresivo mayor todavía deja a estos pacientes con una alteración psiquiátrica significativa.

2.10.2. ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

Los pacientes con un trastorno distímico con frecuencia cumplen criterios para un trastorno relacionado con sustancias. La comorbilidad puede entenderse como algo lógico, dada la propensión de los pacientes distímicos a desarrollar “métodos” para afrontar su estado depresivo crónico. De éste modo, es probable que estos pacientes utilicen alcohol, estimulantes (p. ej., cocaína), o marihuana, dependiendo la elección del contexto social en que se encuentren. El abuso de sustancias unido en forma concomitante al trastorno distímico presenta un dilema diagnóstico al clínico, ya que el consumo de sustancias puede producir síntomas indistinguibles de los del trastorno distímico.

2.11 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del trastorno distímico es, en esencia, idéntico al del trastorno depresivo mayor. Muchas sustancias y patologías médicas pueden causar síntomas depresivos crónicos. Hay que prestar especial atención a dos trastornos en el diagnóstico diferencial del trastorno distímico: el trastorno depresivo menor y el trastorno depresivo breve recurrente.

2.11.1 TRASTORNO DEPRESIVO MENOR

Este trastorno se caracteriza por episodios de síntomas depresivos menos graves que aquellos que se observan en el trastorno depresivo mayor. La diferencia entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo menor es la naturaleza episódica de los síntomas del trastorno depresivo menor. Entre episodios, los pacientes con un trastorno depresivo menor están eutímicos, mientras que los pacientes con un trastorno distímico prácticamente no pasan períodos eutímicos.

2.11.2 TRASTORNO DEPRESIVO BREVE RECURRENTE

Este trastorno se caracteriza por breves periodos (menos de dos semanas) durante los cuales están presentes episodios depresivos. Los pacientes con este trastorno completarán los criterios para el trastorno depresivo mayor si los episodios duran más. Se diferencian de los pacientes con un trastorno distímico en dos aspectos: primero, sufren un trastorno episódico y, segundo, la gravedad de los síntomas es mayor.

2.11.3 TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPRESIVA

Refiriéndose al diagnóstico diferencial difícil entre distimia de comienzo temprano y trastorno de personalidad depresiva (TPD), Tyrer (2000) (12) nos dice: “Uno de los problemas es que, siendo la distimia un diagnóstico a largo plazo y siendo la personalidad una característica persistente, uno de los criterios principales que utilizamos para separar la personalidad de su estado mental, es su persistencia. Si

tenemos una condición, un trastorno mental que es persistente, ello lo hace sumamente difícil“. Sin embargo, se ha observado, que contrariamente a lo esperado, la concurrencia de TPD con distimia de comienzo temprano es más baja que la de la TPD con la distimia (solo el 17% de TPD tenían distimia de comienzo temprano) (Phillips et al, 1998). En muestras clínicas y no clínicas, se dan un solapamiento insuficiente en criterios operacionales entre distimia y TPD. No se sabe si la distimia se asocia más con un trastorno de personalidad que con la depresión mayor. Además, metodológicamente es muy difícil saberlo, diferenciar trastorno de personalidad de trastornos de ánimo. Donde la diferenciación es más fácil es en la distimia de comienzo tardío, tanto por la edad de comienzo, como en algunos rasgos clínicos: mayor frecuencia de rasgos de personalidad autoderrotista que en TPD y que en distimia de comienzo temprano[26].

2.12 CURSO Y PRONÓSTICO

Aproximadamente un 50% de los pacientes con un trastorno distímico experimentan un inicio temprano, los pacientes sufren estos síntomas durante décadas antes de consultar con el psiquiatra. Las personas afectadas pueden considerar el inicio temprano de su trastorno simplemente como parte de la vida. Estos pacientes presentan un riesgo mayor de desarrollar más tarde un trastorno depresivo mayor o un trastorno bipolar I. Los estudios realizados con pacientes diagnosticados de neurosis depresiva indican que, aproximadamente un 20% de ellos progresan hacia el trastorno depresivo mayor. Un 15% hacia el trastorno bipolar II, y menos de un 5% hacia el trastorno bipolar I.

El pronóstico para los pacientes con un trastorno distímico es variable. Los estudios futuros podrán indicar si la utilización de nuevos antidepresivos por ejemplo, fluoxetina y bupropión o determinados tipos de psicoterapia (p, ej., terapias cognitivas-conductuales) tienen efectos positivos sobre el curso y pronóstico del trastorno distímico. Los datos disponibles referentes a los

[26] http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/2235

tratamientos anteriores indican que solo en un 10% y un 15% de estos pacientes están en remisión al año del diagnóstico inicial. Un 25% de los pacientes con un trastorno distímico nunca consiguen una remisión completa.

2.13 TRATAMIENTO

Históricamente, los pacientes con un trastorno distímico no recibieron tratamiento o se les consideró candidatos a psicoterapia de larga duración. Los datos contemporáneos ofrecen un apoyo objetivo únicamente a la terapia cognitiva, conductual, y a la farmacoterapia. La combinación de terapia cognitiva, conductual y farmacoterapia puede ser el tratamiento más efectivo para este trastorno. Otras clases de terapias también pueden ser beneficiosas; no obstante, esta eficacia no se ha comprobado en estudios bien controlados[27].

2.13.1 PSICOTERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva es una técnica en la cual a los pacientes se les enseña nuevas formas de pensar y actuar para reemplazar las actitudes negativas sobre sí mismos, el mundo y el futuro. Es un programa terapéutico de corta duración orientado hacia problemas actuales y su resolución.

2.13.2 PSICOTERAPIA CONDUCTUAL

La terapia conductual para los trastornos depresivos se basa en la teoría de que la depresión está causada por la pérdida de reforzadores positivos como resultado de una separación, muerte, o cambio súbito en el ambiente inmediato. Los diferentes tratamientos se centran en objetivos específicos para incrementar la actividad, proporcionar experiencias satisfactorias y enseñar a los pacientes a relajarse. El cambiar la conducta de los pacientes deprimidos se considera la mejor forma de variar los pensamientos y sentimientos depresivos que van asociados. La terapia conductual suele utilizarse para tratar la indefensión aprendida de algunos pacientes que parecen enfrentarse a cualquier cambio en su vida con un sentimiento de impotencia.

[27] Vallejo, J. y Gastó Ferrer, C. (2000) 2da Ed.: Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión: Distimia, 297–298

2.13.3 PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

La psicoterapia introspectiva individual es modalidad terapéutica más común para el trastorno distímico y muchos especialistas creen que es el tratamiento de elección. La aproximación psicoterapéutica intenta relacionar el desarrollo y mantenimiento de síntomas depresivos y características de personalidad desadaptativas con conflictos no resueltos en la infancia. En esta modalidad terapéutica pueden explorarse los equivalentes depresivos (como el abuso de sustancias) o los malestares de la infancia como antecedentes de la depresión adulta. La ambivalencia de las relaciones actuales con los padres, amigos y otras personas cercanas al paciente también se someten a análisis. Un objetivo importante de la terapia es que los pacientes lleguen a comprender cómo intentan satisfacer una necesidad excesiva de aprobación por parte de los demás para fortalecer una baja autoestima, y cómo intenten satisfacer un superyó demasiado exigente.

El trastorno distímico implica un estado crónico de depresión que se convierte para algunas personas en una forma de vida. Conscientemente, se sienten así mismos como si estuviesen a merced de un objeto interno que les atormenta y que no cesa en persecución. Conceptualizado normalmente como un superyó demasiado exigente, el agente interno les critica, les atormenta por no cumplir sus expectativas, y contribuye generalmente a sus sentimientos de infelicidad y auto desprecio. El patrón puede ir asociado a tendencias autofrustantes y derrotistas ya que estas personas piensan que no merecen tener éxito, también pueden tener un sentimiento crónico de desesperación sobre todo, que les hace comunicar sus necesidades emocionales a la gente importante de su entorno. La cruda visión de la vida que tienen estos pacientes y su pensamiento sobre las relaciones interpersonales desembocan en profecías que se autocumplen: mucha gente les evita por que su compañía es poco agradable.

2.13.4 PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

En la terapia interpersonal para los trastornos depresivos, las relaciones actuales de los pacientes y sus maneras de enfrentarse al estrés se analizan con vistas a reducir los síntomas depresivos y mejorar la autoestima. La terapia interpersonal consiste en unas 12-16 sesiones semanales y puede combinarse con la medicación antidepresiva.

2.13.5 PSICOTERAPIAS FAMILIARES Y DE GRUPO

La terapia familiar puede ser de ayuda tanto para el paciente como para la familia en la lucha contra los síntomas del trastorno, en especial cuando parece existir un síndrome subafectivo de cada base biológica. La terapia de grupo puede ayudar a los pacientes que viven aislados socialmente a aprender nuevas formas de resolver sus problemas interpersonales en determinadas situaciones sociales. [28]

2.13.6 FARMACOTERAPIA

Debido a la larga duración del trastorno distímico y a la creencia teórica de que es un trastorno fundamentalmente determinado por la psicología del sujeto, muchos especialistas evitan utilizar antidepresivos con estos pacientes. Muchos estudios han demostrado el éxito terapéutico de los antidepresivos en este trastorno. En general, no obstante, los datos indican que los inhibidores selectivos de la monoaminooxidasa (IMAO) pueden ser más eficaces que los tricíclicos. La introducción de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) que se toleran mejor, a tenido como consecuencia que se utilicen con cierta profusión en estos pacientes; los estudios preliminares indican que los ISRS pueden ser los fármacos de elección para este trastorno. De forma similar, las investigaciones iniciales indican que el bupropión puede ser un tratamiento efectivo para los pacientes con un trastorno distímico. Los simpatomiméticos como las anfetaminas, también pueden utilizarse en determinados pacientes.

[28] http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000918.htm

2.14 FRACASO DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO:

Cuando se utiliza un antidepresivo en el tratamiento del trastorno distímico deberían usarse las máximas dosis toleradas mediante un mínimo de ocho semanas, antes de que el especialista concluya que el tratamiento no fue efectivo. Si un tratamiento no fue efectivo, el especialista debería reconsiderar el diagnóstico, en especial, en lo que se refiere a la posibilidad de una patología médica subyacente (p. ej., un trastorno tiroideo) o un trastorno por déficit de atención en el adulto. Si tras una reconsideración del diagnóstico diferencial se mantiene el trastorno distímico como el más probable, el especialista debería seguir la misma estrategia terapéutica que seguiría en el caso de un trastorno depresivo mayor.

En concreto, debería intentar aumentar la potencia del primer antidepresivo añadiendo litio triyodotironina, aunque este tipo de recurso no ha sido muy estudiado en el trastorno distímico. El médico puede decidir cambiar a un antidepresivo de otra familia completamente diferente. Por ejemplo, si fracasa el tratamiento con un ISRS, se puede cambiar a bupropión o IMAO.

2.15 HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización no suele estar indicada para los pacientes con un trastorno distímico; sin embargo, la presencia de síntomas particularmente graves, la incapacitación social y laboral notables, la necesidad de realizar pruebas diagnósticas más precisas y la ideación suicida, son todas ellas indicaciones para la hospitalización[29].

2.16 LA DEPRESIÓN EN LA FAMILIA

Antes de desarrollar los aspectos relacionales concernientes a la depresión, vale la pena explicar un poco que la depresión muchas veces está relacionada a un factor antecedente como es la personalidad, que se estructura en base a componentes biológicos que determinan aspectos hereditarios de ésta como el vigor, el ritmo y velocidad en las actividades, la sociabilidad, la emocionalidad y las

[29] http://usuarios.lycos.es/mazmed/distimia.htm

tendencias de activación fisiológica, que son la base para que una persona desarrolle su personalidad.

Se observó que en el núcleo biológico de este trastorno existe un desequilibrio en la producción de serotonina. En cuanto al núcleo cognitivo la personalidad depresiva se caracteriza por el pesimismo, por tener un estilo independiente de campo o introvertido y tener una percepción catastrófica de los problemas, además de tener muy desarrolladas las estrategias o mecanismos de generalización y justificación, y muy poco desarrolladas las de realismo y autoafirmación.

En la práctica terapéutica se observa una coincidencia o un patrón en algunos esquemas cognitivos que están distorsionados y son rígidos, los cuales están referidos más o menos a: “la vida no vale la pena vivirla”, “hubiera sido mejor no nacer”, “nada me puede salir bien”, “no merezco ser amado”, “nada bueno puedo esperar del futuro”.

El núcleo emocional se ha estructurado en base al sentimiento de pérdida, por lo cual, el estado de ánimo característico es la melancolía aunque se afirma que esta tristeza es un disfraz para la rabia. Otras características importantes son: que su comportamiento interpersonal se caracteriza por la indefensión, ya que su autoconcepto se ha cristalizado en la idea de ser sufrido y víctima de las circunstancias, por lo que obviamente tiene una autoestima baja y una autoimagen de inutilidad. El mecanismo de defensa más utilizado por el depresivo es el aislamiento.

Entendido esto, se puede pasar a analizar desde una perspectiva sistémica la aparición de la depresión en un núcleo familiar, que puede estar relacionada con factores como experiencias vividas en el seno de la familia, pérdidas importantes o decepciones significativas, las cuales son las causas más frecuentes en el desencadenamiento de un cuadro depresivo.[30]

[30] http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html

3. DIABETES MELLITUS

3.1 DATOS FUNDAMENTALES DE LA DIABETES

- En el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes.
- Se calcula que en 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre.
- Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.
- Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres.
- La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.

3.2 GENERALIDADES

La Diabetes Mellitus es una afección muy frecuente en el mundo entero. Ocasionalmente produce síntomas desde su inicio y otras veces no presenta ninguno y pasa totalmente inadvertida. Su diagnóstico precoz permite establecer el tratamiento adecuado y evitar posibles complicaciones.

Existen en el mundo millones de diabéticas, de los cuales un gran porcentaje no lo saben. Muchos de ellos recién se enteran de su condición diabética al aparecer alguna complicación como, por ejemplo, un infarto de miocardio.

Se trata de una enfermedad que impide el correcto aprovechamiento de los alimentos que se ingieren, especialmente de los azúcares, debido a una carencia total o parcial de una hormona llamada insulina.[31]

Cuando una persona normal ingiere en su alimentación azúcares, proteínas y grasas, el alimento es digerido en el estómago y absorbido en el intestino delgado. Luego llega al hígado, donde una parte se transforma en glucosa, que entra en el

[31] Asociación Americana de Diabetes. Normas de atención médica de la diabetes - 2010. Cuidado de la Diabetes. 2010; 33 Supl 1:11-61

torrente sanguíneo y hace que el páncreas produzca insulina. La insulina permite que la glucosa entre en las células y produzca calor y energía.

En cierto modo, la insulina abre la puerta de la célula para que la glucosa pueda entrar. Cuando una persona diabética se alimenta, el páncreas no produce la insulina necesaria para que esta glucosa entre a las células, produciéndose una acumulación o aumento de azúcar en la sangre (glucemia elevada). Entonces el organismo consume grasas y proteínas para obtener energía.

3.3 BREVE INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

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.

El termino diabetes se origina del griego diabétes, que a su vez deriva del verbo diabaíno ‘caminar’, formado a partir del prefijo dia, ¨a través de¨, y báino, ¨andar, pasar¨, esto haciendo referencia al rápido paso del agua a través del organismo, es decir la poliuria, así mismo su término homófono diabetes en latín significa sifón termino que también fue usado en referencia a la poliuria. El termino mellitus es un latinismo de procedencia inglesa que literalmente significa miel, haciendo alusión al sabor azucarado de la orina de los pacientes diabéticos. Es una entidad nosológica que fue descrita desde el 1500 AC por los egipcios antiguos, el termino diabetes mellitus fue acuñado por el médico inglés Thomas Willis en 1674. Hubo que esperar hasta la mitad del siglo XIX para los primeros descubrimientos de su fisiopatología y establecidos estos hasta el siglo XX en la década de los 20’s y 30’s[32].

3.4 DEFINICIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad endócrina y metabólica de curso crónico, caracterizada por una insuficiente producción de insulina pancreática o la

[32] http://www.saludyvigor.com/Bestcollips/historia.htm

producción de insulina no efectiva, hecho de dificulta y entorpece la correcta asimilación celular de la glucosa, provocando así una elevación anormal de esta en el torrente sanguíneo, fenómeno conocido como hiperglicemia (Páez y Robles, 2000).

La ADA, en su revisión del 2009, define a la Diabetes Mellitus (DM) como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción de insulina o a la acción de esta o ambos. Por otro lado la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (Modificada en 2001), la define como a la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

3.5 EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia total: 20.8 millones de niños y adultos (7.0% de la población) tienen diabetes. Con diagnóstico: 14.6 millones de personas Sin diagnóstico: 6.2 millones de personas En el año 2005, se diagnosticaron 1.5 millones de casos nuevos de diabetes en personas de 20 años o más. En el Distrito Federal la muerte por DM2 fue del 16.6% en el periodo 2006 – 2007, en pacientes de la 3ª edad, siendo el segundo lugar de causas de muerte en este sector poblacional. Menos de veinte años de edad: 176,500 o 0.22% de todas las personas de este grupo tienen diabetes. Alrededor de uno de cada 400 a 600 niños y adolescentes tiene diabetes tipo 1. Aunque la diabetes tipo 2 puede presentarse durante la juventud, no existen los datos representativos disponibles en el ámbito nacional que serían necesarios para realizar un seguimiento de las tendencias relacionadas con el tipo de diabetes en los jóvenes.

Algunos informes clínicos y estudios regionales indican que el diagnóstico de diabetes tipo 2, aunque todavía es poco común, está aumentando cada vez más en niños y adolescentes, particularmente en afro-americanos, estadounidenses de

origen hispano/latino y aborígenes norteamericanos. Veinte años o más: 20.6 millones o 9.6% de todas las personas de este grupo etario tienen diabetes. Sesenta años o más: 10.3 millones o 20.9% de todas las personas de este grupo etario tienen diabetes. Hombres: 10.09 millones o 10.5% de todos los hombres de veinte años o más tienen diabetes, aunque casi un tercio de ellos no lo saben. Mujeres: 9.7 millones u 8.8% de todas las mujeres de veinte años o más tienen diabetes, aunque casi un tercio de ellas no lo saben. La prevalencia de diabetes es al menos de 2 a 4 veces más alta entre las mujeres negras no hispanas, las estadounidenses de origen hispano/latino, las aborígenes norteamericanas y las mujeres asiáticas/isleñas del Pacífico que entre las caucásicas no hispanas.

3.6 CAUSAS

La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar la glucemia. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas.

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual los alimentos son descompuestos y empleados por el cuerpo como energía. Varias cosas suceden cuando se digiere el alimento:

- Un azúcar llamado glucosa, que es fuente de energía para el cuerpo, entra en el torrente sanguíneo.
- 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 utilizarse como energía.[33]

Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, debido a que:

- El páncreas no produce suficiente insulina
- Los músculos, la grasa y las células hepáticas no responden de manera normal a la insulina
- Todas las razones anteriores

[33] http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm

3.7 CLASIFICACIÓN

Se clasifica con base en el proceso patógeno que culmina en hiperglucemia, en contraste con criterios previos como edad de inicio o tipo de tratamiento.

La diabetes es un trastorno que perjudica la forma en que el cuerpo usa la comida digerida para el crecimiento y la energía. La mayor parte de la comida que comemos se descompone en glucosa, una forma de azúcar que provee la fuente principal de combustible para el cuerpo. Después de la digestión, la glucosa pasa dentro del torrente sanguíneo. La insulina, una hormona producida por el páncreas, ayuda a la glucosa a entrar en las células y la convierte en energía. Sin la insulina, la glucosa se acumula en la sangre, y el cuerpo pierde su principal fuente de combustible[34].

3.7.1 DIABETES MELLITUS TIPO I

En el tipo 1 de diabetes, el sistema de inmunización destruye las células beta productoras de insulina del páncreas. Esta forma de diabetes usualmente ataca a niños y adultos jóvenes, quienes requieren inyecciones diarias o frecuentes de insulina, o el uso de una bomba de insulina por el resto de sus vidas. El tratamiento con insulina, sin embargo, no es una cura ni puede prevenir -confiablemente- las complicaciones a largo plazo de la enfermedad. Aunque los científicos no saben qué causa que el sistema de inmunización ataque a las células, creen que tanto factores genéticos como ambientales están involucrados.

La diabetes tipo 1 forma del 5 al 10 por ciento de la diabetes diagnosticada en los Estados Unidos, ocurre igualmente en hombres y mujeres, y es más común en el tipo caucásico. Los síntomas incluyen aumentos de sed y orina, hambre constante, pérdida de peso, visión borrosa y fatiga extrema. Si no se trata con insulina, una persona puede caer en un coma que puede durar toda la vida.

[34] Asociación Americana de Diabetes. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Cuidado de la Diabetes. 2008 555-560

3.7.2 DIABETES MELLITUS TIPO II

La diabetes tipo 2, en la que consiste cerca del 90 por ciento de los casos de diabetes, es más común en los adultos mayores de 40 años. Afectando a cerca del 6 por ciento de la población, esta forma de diabetes está fuertemente asociada con la obesidad (más del 80 por ciento de la gente con el tipo 2 de diabetes tiene sobrepeso), inactividad y un historial familiar de diabetes. Es más común en los afroamericanos, hispanos, nativos americanos, asiáticoamericanos y americanos de las islas pacíficas.

La diabetes tipo 2 es a menudo parte de un síndrome metabólico que incluye obesidad, alta presión sanguínea y altos niveles de lípidos en la sangre. La gente con diabetes tipo 2 primero desarrolla una resistencia a la insulina, un trastorno en el que las células de los músculos, la grasa y el hígado no usan la insulina apropiadamente. Primero el páncreas produce más insulina, pero gradualmente su capacidad para segregar esta hormona falla, y el tiempo de secreción de insulina se vuelve anormal. Después que la diabetes se desarrolla, la producción de insulina continúa declinando.

Los síntomas incluyen fatiga, náusea, orina o infecciones muy frecuentes, sed inusual, pérdida de peso, visión borrosa y lenta curación de heridas o golpes. Algunas personas no muestran síntomas para nada. Los investigadores estiman que cerca de un tercio de la gente con diabetes tipo 2, no sabe que la tiene.

Mucha gente con diabetes tipo 2 puede controlar la glucosa de su sangre siguiendo una dieta cuidadosa y un programa de ejercicio, perdiendo peso excesivo y tomando medicamentos orales. Sin embargo, entre más tiempo tenga una persona diabetes tipo 2, es más probable que él o ella necesite inyecciones de insulina, ya sea por separado o junto con medicamentos orales.

3.7.3 DIABETES GESTACIONAL

La diabetes de la gestación se desarrolla durante el embarazo. Como la diabetes tipo 2, ocurre más seguido en los afroamericanos, nativos americanos, hispanos y gente con un historial familiar de diabetes. Aunque usualmente desaparece después de dar a luz, la madre se haya en un alto riesgo de tener diabetes tipo 2 más tarde en su vida.[35]

Podemos entender que la diabetes puede tener dos posibles orígenes, el biológico relacionado a los receptores de glucosa o el funcionamiento pancreático o un origen más bien relacionado al estilo de vida, más exactamente con el estilo de alimentación desbalanceado y la vida sedentaria.

Esta mal función provoca signos físicos como ser cansancio, agotamiento falta de energía o sensación de sueño durante el día, sed excesiva, lo cual tiene un efecto en la frecuencia de la micción, visión borrosa, entumecimiento de miembros, dificultad para tener erecciones en los varones y baja en el deseo sexual en las mujeres.

Las complicaciones en la diabetes se presentan cuando se mantienen por mucho tiempo niveles altos de glicemia lo cual produce lesiones en los vasos sanguíneos más finos. Estas lesiones causan daños irreversibles en la retina (retinopatía), disminución en la función renal o pérdida de la misma (nefropatía), deterioro en terminaciones nerviosas (neuropatía), que son las afecciones más graves en la Diabetes y que pueden conducir a la pérdida de la vista, entumecimiento y pérdida de la sensibilidad en extremidades llegando a tener que recurrir a la amputación del miembro.

La diabetes es una enfermedad crónica de alta prevalencia mundial y que su incidencia se encuentra en aumento. Se estima que la prevalencia mundial de la diabetes en el año 2000 fue de 2.8% y se espera que para el 2030 esta se duplique.

[35] http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/diabetes_mellitus.htm

Al igual que en el caso de la prevalencia mundial, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha proyectado que para el 2025 esta cifra se duplicará en América Latina y el Caribe. Un artículo publicado sobre la diabetes por Campero en 1997, indica que la Federación Boliviana de Diabetes ha declarado que un 12.5% de la población está afectada y otro 12% corre serios riesgos de padecerla.[36]

El impacto psicológico de una enfermedad crónica parte desde el mismo momento en que el paciente recibe el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad por parte del médico, por esto es importante la forma en que los profesionales deben informar y comunicarse con el paciente acerca de su condición.
Este impacto está relacionado también con las implicaciones directas e indirectas que conllevan la enfermedad, las directas incluyen los síntomas mencionados al principio y las posibles complicaciones que podría sufrir el paciente y las implicaciones indirectas o secundarias de la enfermedad como ser el estrés que produce el auto cuidado, la frustración que ocurre ante algún fracaso en el mismo, la interferencia del auto cuidado en la vida cotidiana, las restricciones alimenticias y la tendencia a deprimirse.[37]

Por esto, una de las necesidades principales del enfermo crónico y una de las principales tareas del psicólogo clínico es el desarrollo de capacidades de afrontamiento emocional por la amenaza que constituye la enfermedad para el paciente y su familia.

3.8 PREVENCIÓN

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones se debe:

- Alcanzar y mantener un peso corporal saludable.

[36] http://www.who.int/mediacentre/es/
[37] Tébar, Escobar J, y, F. (2009): La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. Cap. 3 hasta 6 en la depresión y la diabetes Cap. 51 453-354

- Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.
- Consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas.
- Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

3.9 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico se puede establecer tempranamente con análisis de sangre relativamente baratos.

El tratamiento de la diabetes consiste en la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar.

Entre las intervenciones que son factibles y económicas en los países en desarrollo se encuentran:

- El control moderado de la glucemia. Los pacientes con diabetes de tipo 1 necesitan insulina, y los pacientes con diabetes de tipo 2 pueden tratarse con medicamentos orales, aunque también pueden necesitar insulina.
- El control de la tensión arterial.
- Los cuidados podológicos.

Otras intervenciones económicas son:

- Las pruebas de detección de retinopatía (causa de ceguera).
- El control de los lípidos de la sangre (regulación de la concentración de colesterol).

- La detección de los signos tempranos de nefropatía relacionada con la diabetes.[38]

3.10 ACTIVIDADES DE LA OMS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LA DIABETES

El objetivo de la OMS consiste en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Con este fin, la Organización:

- Formula directrices científicas sobre la prevención de la diabetes.
- Elabora normas y criterios sobre la atención a la diabetes.
- Fomenta la toma de conciencia sobre la epidemia mundial de diabetes, en particular colaborando con la Federación Internacional de la Diabetes en la celebración del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre).
- Realiza tareas de vigilancia de la diabetes y sus factores de riesgo.

La labor de la OMS en materia de diabetes se complementa con la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, cuyo centro de atención son las medidas poblacionales para fomentar la dieta saludable y la actividad física regular, reduciendo así el creciente problema del sobrepeso y la obesidad a escala mundial.

3.11 LA DIABETES EN LA FAMILIA

Como en el caso de cualquier enfermedad y enfermedad crónica principalmente, la presencia de una red de apoyo es fundamental para la supervivencia del enfermo (Oblitas 2006). La primera red de apoyo obviamente es la familia ya que ella tendrá que convivir con el enfermo y así con la enfermedad.

La diabetes no es la excepción; el curso de la enfermedad desde su diagnóstico en adelante, tendrá una repercusión en la vida de la familia, en su dinámica

[38] http://geosalud.com/diabetesmellitus/DMtipo2.htm

interna en el clima emocional de todo el sistema así como en los roles de sus miembros e incluso las jerarquías. Por ejemplo, si un paciente diabético llegara a perder la vista por una retinopatía o un miembro inferior por una neuropatía, se vería en una posición de minusvalía viéndose obligado a renunciar a la cabeza de la estructura jerárquica.

Así como la enfermedad tiene repercusiones en la familia, la forma en la que esta reciba y conviva con la enfermedad, tendrá su respectivo impacto en el curso de ésta. La familia del diabético vivirá cambios que van desde los hábitos alimenticios hasta las intervenciones en crisis, en casos de shocks hipoglicémicos o comas diabéticos por ejemplo.

El 90 o 95% del cuidado del diabético se lo hace en casa, o sea que está a cargo de él mismo, y en alguna medida del familiar más comprometido con la tarea de controlar la diabetes. Por esto se entiende la importancia de que la familia sea una buena red de apoyo, conociendo los procedimientos de administración de insulina, las formas de medición de la glicemia, conociendo los productos que su familiar puede consumir, aportando con menús nuevos, actualizándose con información médica moderna, todo lo cual significa implicarse con la familia y con el enfermo.[39]

De todas formas el paciente acudirá a redes externas a su familia como los centros de salud, los grupos de apoyo, etc. Pero generalmente será la familia la que busque estas redes de apoyo y la que se encargue de comprometer al diabético con su asistencia, su participación o su adherencia a lo que implique el tratamiento. Lo anterior significa que la familia del diabético juega un papel importante en viabilizar los cambios necesarios en los hábitos alimenticios, en la actividad física, en el aporte de información actualizada y en convertirse un soporte emocional para el paciente, fuente de ánimo y optimismo para controlar la enfermedad y vivir una vida normal y plena.

[39] Tébar, Escobar J, y, F. (2009): La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. Cap. 3 hasta 6 en la depresión y la diabetes Cap. 51 453-354

3.12 LA DIABETES MELLITUS EN EL ECUADOR

En el Ecuador a pesar de que la Ley de Prevención, Protección y Atención Integral de las personas que padecen diabetes fue publicada en el Registro Oficial el 11 de marzo del 2004 y de que el proyecto del Reglamento a la citada Ley se entregó en agosto de 2005 y otra vez en julio de 2006 aún no se ha decretado el Reglamento hasta agosto de 2010 siendo una obligación ética y moral, para con la población diabética ecuatoriana.

Existen poderosos intereses especialmente de las compañías de medicina prepagada, que no aceptan la Ley y no la aplican, el quemeimportismo impresionante del Presidente de la República y de los ministros de Salud de turno, ante la pandemia de diabetes mellitus que estamos padeciendo en el país, porque no hay provincia ecuatoriana que no soporte el coste económico y humano, que significa el diagnóstico de diabetes mellitus.

Nos espera en pocos años más una debacle nacional con el incremento de la prevalencia-incidencia de diabetes mellitus en el país, por cuanto no existirán medios posibles ni profesionales ni económicos para enfrentar la grave pandemia de la diabetes y sus complicaciones, perdiendo lo más importante de la Nación: el capital humano, ante una miopía sin precedentes de toda la sociedad ecuatoriana y un incremento sostenido del precio de los fármacos para tratar la diabetes y patologías asociadas.

La diabetes afecta a un significativo porcentaje de la población ecuatoriana que, por falta de información o de oportuna detección, ni siquiera sabe que padece una enfermedad que puede causar la muerte.

La diabetes causa la descompensación hiperglucémica (exceso de azúcar en la sangre o coma diabético) y lo contrario, la hipoglucemia (baja súbita del azúcar sanguíneo). El exceso crónico del azúcar en la sangre causa gravísimas complicaciones a mediano y largo plazo (esto es entre 6 y 10 años de padecer

diabetes): ceguera, insuficiencia renal, incapacidad de caminar por atrofia de los músculos debido a la afectación de los nervios, impotencia sexual. El diabético crónicamente descompensado presenta elevaciones muy peligrosas del colesterol, que van a producir un importante daño de las grandes arterias, con sus graves secuelas como el infarto cardíaco y el derrame cerebral.[40]

En el Ecuador existen aproximadamente unas 200.000 personas con diabetes, de las cuales apenas se encuentran diagnosticadas y con tratamiento unas 40.000 (20%). Las políticas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en relación a la diabetes son prácticamente nulas.

En nuestro país el número de diabéticos insulinodependientes (tipo I) es de 0.7 por mil habitantes, menor al 2 por mil, que se encuentra en países como Inglaterra, USA, Dinamarca, Canadá. En cambio la prevalencia de diabéticos no insulinodependientes (tipo II) se acerca al 6 por ciento. El tipo máximo de presentación de diabetes tipo I se encuentra entre los 15 y 29 años; de la diabetes tipo II, entre los 45 a 64 años.

En las diferentes facultades de medicina la enseñanza de la diabetología es muy superficial, de tal suerte que el médico general egresa con un nivel deficiente de conocimientos en esta área.

Es necesaria una campaña de información a la ciudadanía sobre los síntomas y signos específicos de la diabetes, a fin de detectar a tiempo a los 160.000 diabéticos que se encuentran sin diagnóstico. Es imprescindible que el Estado y las instituciones que hacen salud entreguen el material necesario para el autocontrol del diabético en su propio domicilio.

De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador la diabetes mellitus ha

[40] http://www.guia-diabetes.com/descompensacion-hiperglucemica.html

experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994 – 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años.

Para el 2009, los casos notificados fueron de 68,355 para diabetes mellitus. En el periodo 2000 a 2009, la incidencia de diabetes mellitus se incrementó de 80 por 100,000 habitantes a 488. MSP

La incidencia de la Diabetes en el país, para el año 2000, la tasa fue de 80 por 100.000 habitantes; y, para el año 2009, la tasa fue de 488.

Por Provincia la mayor tasa de incidencia de Diabetes está en:

- Cañar, la tasa fue de 173 para el año 2000 y para el año 2009, de 1001, le sigue
- Manabí, la tasa para el año 2000, fue de 113,6 mientras que para el 2009, fue de 981,8
- El Oro, la tasa para el año 2000, fue de 134,68 y para el año 2009 de 720.6
- Los Ríos, la tasa para el año 2000 fue de 55.82 y para el 2009 de 650.35
- Guayas, la tasa para el año 2000 fue de 87.93 y para el 2009 de 586.54
- Esmeraldas, la tasa para el año 2000 fue de 71.11 y para el año 2009 fue de 393.56

Por Región mayor es:

- en la costa la tasa de 92 para el año 2000, mientras para el 2009 fue de 698,
- le sigue Galápagos con una tasa de 339;
- la Amazonía con una tasa 316
- finalmente la Sierra con 284 personas por 100.000 habitantes para el mismo año 2009.[41]

4. LOS EFECTOS DE LA DIABETES SOBRE LA DEPRESIÓN Y DE LA DEPRESIÓN SOBRE LA DIABETES

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

[41] http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/alto-indice-de-diabetes-52018-52018.html

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. Cathy Lloyd describe los efectos de la diabetes sobre la depresión y viceversa, y nos habla sobre la eficacia de las herramientas disponibles para detectar la depresión en personas con diabetes.

Un informe clave demostró que las personas con diabetes corren un riesgo como mínimo dos veces mayor de desarrollar depresión en comparación con quienes no la tienen. 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.3 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.[42]

Estas crudas estadísticas, sumadas a la preocupación por el bienestar mental de las personas con diabetes, han llevado a la publicación de guías nacionales e

[42] www.**diabetes**voice.org/files/attachments/2008_1_Lloyd_ES_0.pdf

internacionales para la detección de la depresión y de recomendaciones para su cuidado y tratamiento. Por ejemplo, la Federación Internacional de Diabetes (FID) ha publicado una guía para la atención a las personas con diabetes tipo 2 que incluye la evaluación del estatus psicológico y el envío a profesionales de la salud mental.

Tanto si el sufrimiento psicológico aumenta el riesgo de desarrollo de diabetes y/o sus complicaciones, como si la diabetes y/o sus complicaciones aumentan el riesgo de depresión, o si la presencia de ambas es mera coincidencia, tienen graves consecuencias tanto para la persona con diabetes como para los profesionales sanitarios que participan en su atención. Sin embargo, a pesar de su importante prevalencia, la depresión en personas con diabetes parece contar con poco reconocimiento.

6. METODOLOGÍA

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad y principalmente cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia

El diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes (diabéticos) resulta difícil ya que las manifestaciones físicas, como fatiga, hiporexia, trastornos cognoscitivos como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se superponen a las de diabetes descontrolada. En caso de incertidumbre diagnóstica, una segunda valoración del estado psicológico cuando las cifras de glucemia se han normalizado, suele ser decisiva.

En la presente investigación se utilizara el método correlacional-transversal, explicativa y descriptiva en la población registrada y diagnosticada con diabetes mellitus, mediante el uso de técnicas cuantitativas, analizando la relación entre la Distimia y los pacientes adultos con Diabetes Mellitus que asisten al ¨Club de Diabéticos¨ del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ de la Ciudad de Loja en el periodo Abril – Septiembre del 2011.

Esta investigación se realizará en el Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨ en el periodo Abril – Septiembre del 2011, en donde la muestra estará integrada por el 100% de los pacientes adultos con Diabetes Mellitus que asisten de forma recurrente e integran el ¨Club de Diabéticos¨, en el casa de salud y en el periodo ya antes mencionados.

Criterios de inclusión

Se incluyeron únicamente a las personas que presentan dicha enfermedad (diabetes) y que de forma voluntaria quisieron formar parte del Club de Diabéticos del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos personas analfabetas, con hipertensión, epilepsia o parkinson, uso de anticonvulsivos o sedantes, desórdenes psiquiátricos, cualquier problema de los sentidos que pudiera afectar el desarrollo de las pruebas cognitivas (visión, audición, movimiento). ¨. Y ya que existe la ausencia esporádica de algunos y el ingreso de nuevos integrantes al Club de Diabéticos; se ha tomado en cuenta aproximadamente al 30% de esta población para dicha investigación.

Todos los criterios de elegibilidad se verificaron en una entrevista personal y el Inventario de Depresión de Beck.

- Por lo mencionado anteriormente se trabajara con un total de 19 pacientes quienes representaran la muestra necesaria para el presente estudio.

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Los datos se los recogerá mediante la observación clínica, entrevista psicológica y el empleo de historias clínicas (Modelo Integrativo: Datos de identificación, Condiciones de hospitalización, Motivo de consulta, enfermedad actual, Historia pasada de la enfermedad, Psicoanamnesis personal normal y patológica, Psicoanamnesis familiar normal y patológica, Historia social, Historia laboral, Historia psicosexual, Examen de funciones psicológicas, Diagnostico, Pronostico, Recomendaiciones, además del Test Psicológico: Inventario de Depresión de Beck; Encuestas y, Apgar Familiar.

RECURSOS:

RECURSOS HUMANOS

- Autor: Jorge Sánchez Coronel
- Director de Tesis: Catedrático de la Universidad Nacional de Loja
- Lcda. Elsa Vicente, trabajadora social y colaboradora en el ¨Club de Diabéticos¨ del Hospital General Provincial ¨Isidro Ayora¨.

- Pacientes del ¨Club de Diabéticos¨ del Hospital Regional Provincial ¨Isidro Ayora¨.

RECURSOS FÍSICOS:

Universidad Nacional de Loja, Biblioteca del Área de la Salud Humana, Bibliografía (Libros, folletos e Internet), Hospital 'General Provincial ¨Isidro Ayora¨, Historias Clínicas, Suministros y materiales de oficina, Reactivo Psicológico: Inventario de Depresión de Beck; Encuestas y Apgar Familiar.

RECURSOS FINANCIEROS:

Fuente de Financiamiento: Recursos Propios

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE
DISTIMIA (Variable independiente)	También llamada trastorno distímico, es un trastorno afectivo crónico de carácter depresivo leve, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, se cree que su origen es de tipo genético-hereditario.	Psicológica	Inventario de Depresión de Beck	Normal: 0 a 9 Depresión leve: 10 a 18 Depresión Moderada: 19 a 29 Depresión Grave: 30 a 40 Depresión extrema: 41 a 63
DIABETES MELLITUS (Variable dependiente)	Conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre.	Biológica	Examen de Sangre Nivel de Glucosa (hiperglicemia)	- SI - NO

7. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES																											
	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación y Aprobación del Proyecto de Investigación			X	X	X	X																						
Revisión de los instrumentos a aplicarse						X	X	X																				
Recolección de datos y aplicación de instrumentos seleccionados									X	X	X	X																
Análisis e Interpretación de datos													X	X														
Plan Terapéutico															X	X	X	X	X	X								
Elaboración del Informe Final																					X	X	X	X				
Sustentación de la Investigación																									X	X		

8. PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	COSTO EN DOLARES
Proyecto	700.00
Instrumento a aplicarse: Test Psicológico e Historias Clínicas	150.00
Bibliografía	150.00
Transporte y Alimentación	300.00
Reproducción de tesis	500.00
Imprevistos	120.00
TOTAL	**1.920.00**

9. BIBLIOGRAFÍA

1. CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Trastornos del humor 163 -164
2. Lustman PJ LS, Griffith, KE Freedland. La terapia cognitivo-conductual para la depresión en la Diabetes Mellitus tipo 2. Ann Intern Med 1998. 129: 613-621
3. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1997)
4. Akiskal, SA:. trastornos distímico: Psicopatología de la propuesta de subtipos de depresión crónica. El American Journal of Psychiatry. 1983, 140: 111-120
5. Vallejo, J. y Gastó Ferrer, C. (2000) 2da Ed.: Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión: Distimia, 297 – 298
6. Agencia Médica. Asociación entre las complicaciones de la diabetes y la depresión. Psychosom Med 63(4):619-630, 2001
7. Menchón Magriña, J. M. y Vallejo Ruiloba, J., Distimia en Roca Bennasar, M., Cervera Enguix, S. y otros, Trastornos de Humor, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000
8. Vallejo, Ruiloba. J.: Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Cap. 32 (496 - 497)
9. GL Klerman, Endicott J, R Spitzer. Depresiones neuróticas: un análisis sistemático de criterios múltiples y significados. Soy Psiquiatría J 1979; 136:57-61
10. Herbert J. Chappa: Distimia y otras depresiones crónicas, edición 2003, Argentina 7-11
11. Edelwich & Brodsky (1998) Diabetes: el cuidado de sus emociones; Aspectos Psicológicos; Pag. 258
12. Andrew H. Michener, John D. DeLamater (2000): Psicología Social. Pag. 451-456
13. Tébar, Escobar J, y, F. (2009): La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. Cap. 3 hasta 6 en la depresión y la diabetes Cap. 51 453-354
14. Menchón Magriña, J. M. y Vallejo Ruiloba, J., Distimia en Roca
15. Kaplan, Harold, y Grebb, Jack A., Sinopsis de Psiquiatría, Séptima edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1996, Pag. 127
16. Bennasar, M., Cervera Enguix, S. y otros, Trastornos de Humor, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000

17. Akiskal HS, H Lemmi, RH Rosenthal, Scott-Strauss, A. depresiones caracteriológica: hallazgos clínicos y EEG del sueño de separación. Arco de Psiquiatría Gen 1980; 37:777-783.
18. Asociación Americana de Diabetes. Normas de atención médica de la diabetes - 2010. Cuidado de la Diabetes. 2010; 33 Supl 1:11-61
19. Andrew H. Michener, John D. DeLamater (2000): Psicología Social de 451 a 456
20. Vallejo, J. y Gastó Ferrer, C. (2000) 2da Ed.: Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión: Distimia, 297 – 298
21. Asociación Americana de Diabetes. Normas de atención médica de la diabetes - 2010. Cuidado de la Diabetes. 2010; 33 Cap. 1:11-61

Internet:

22. http://www.who.int/mediacentre/es/
23. http://www.msp.gob.ec/index.php/Enfermedades-cronicas-no-transmisibles/salud-del-adulto-enfermedades-cronicas-no-transmisibles.html
24. http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-la-diabetes/diabetes-tipo-2/inquietudes-habituales/la-depresin.html
25. http://distimias.blogspot.com/
26. http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/2248/
27. http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_9.htm
28. http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/2235
29. http://soyborderline.com/documentacion-y-articulos/documentacion-sobre-otros-trastornos/161-trastorno-distimico.html
30. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000918.htm
31. http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html
32. http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html
33. http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/diabetes_mellitus.htm
34. geosalud.com/diabetesmellitus/DMtipo2.htm
35. http://www.guia-diabetes.com/descompensacion-hiperglucemica.html
36. www.diabetesvoice.org/files/attachments/2008_1_Lloyd_ES_0.pdf