



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS
E HIPERTENSOS DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA
PERÍODO AGOSTO 2012 – ENERO 2013”

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICOLOGA CLÍNICA

AUTORA:

María Esther Robles Carrión

DIRECTOR:

Dr. Luis Fernando Sarmiento L.

LOJA - ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN

Dr. Luis Fernando Sarmiento L.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICA:

Qué en calidad de Director de la Tesis titulada, *“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO AGOSTO 2012 – ENERO 2013”*, he proporcionado la asesoría requerida a la Egresada María Esther Robles Carrión, durante el proceso de investigación y preparación, una vez revisado, en su totalidad autorizo la presentación y su publicación.

Loja, enero del 2013

Dr. Luis Fernando Sarmiento L.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “*INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO AGOSTO 2012 – ENERO 2013*”, como también los contenidos, ideas, análisis, investigación de campo, conclusiones, plan de intervención psicológico y más elementos de juicio son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de tesis.

Loja, enero 2013

LA AUTORA

María Esther Robles Carrión

AGRADECIMIENTO

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

A mi familia por todos los consejos dados, por el apoyo, los ánimos y la mutua ayuda psicológica cuando las cosas no salían como una esperaba. Entre todos hemos ido superando obstáculos de la carrera y este ha sido uno más de los logros alcanzados.

Al asesor de tesis Dr. Luis Fernando Sarmiento, por la orientación en todos y cada uno de los capítulos, por el tiempo dedicado. De igual forma a los docentes de la Carrera de Psicología Clínica que contribuyeron a nuestra formación profesional.

A cada uno de los integrantes del Club de Diabéticos del Hospital General Provincial “Isidro Ayora”, de manera especial a la Lic. Elsa Vicente, encargada del mismo, y a todos quienes me proporcionaron la información y el asesoramiento requerido, lo que permitió cumplir con los objetivos establecidos en nuestra investigación.

María Esther...

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicada a mi familia, a mis padres Miguel y Reinelda gracias a sus consejos, amor y apoyo han hecho de mí una persona de bien, a mis hermanos Elid, Wilson, Ángel y Amparito, a mi cuñada Carmen; a mis sobrinos Jhon, Thais y Diego por su ayuda incondicional y en especial a una persona muy importante que ha sido uno de los pilares importantes en mi vida. A todos ellos gracias por la más grande felicidad de haber conseguido un logro más en mi vida personal.

María Esther

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
ÍNDICE.....	VI
I. TITULO.....	7
II. RESUMEN.....	8
SUMMARY	9
III. INTRODUCCIÓN.....	10
IV. REVISIÓN DE LITERATURA.....	13
V. MATERIALES Y MÉTODOS	62
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS	69
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	82
VIII. CONCLUSIONES.....	84
IX. RECOMENDACIONES	85
X. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO	86
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	110
XII. ANEXOS.....	113

I. TÍTULO

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO AGOSTO 2012 – ENERO 2013”

II. RESUMEN

Las enfermedades genéticas crónicas como la Diabetes Mellitus se ha convertido en pandemia en las últimas décadas del siglo XX y aumentará en el siglo XXI, mientras que la Hipertensión Arterial constituye la principal causa de morbilidad en ambos géneros. En el Ecuador, según prevalencias del Ministerio de Salud Pública, tres de cada diez personas son hipertensas.

Estas dos enfermedades pueden provocar un estrés emocional en las personas, lo que desencadena el riesgo de sufrir un trastorno mental. También pueden conducir a padecimientos crónicos que repercuten sensiblemente en el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados.

La presente investigación tuvo como objetivo realizar la Intervención Psicológica en los pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General "Isidro Ayora", mediante la Entrevista psicológica y la Aplicación de reactivos psicométricos, llegando a la conclusión que las psicopatologías de mayor índice de prevalencia son: la Depresión y Ansiedad; estas enfermedades genéticas crónicas no transmisibles conllevan a desequilibrios de índole personal, familiar, conflictos de pareja y de tipo sexual.

Se formuló un Plan de Intervención Psicoterapéutico con enfoque integrativo, cuyo objetivo principal es la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva. El proceso terapéutico se lo realizó a través de tres estrategias: Investigación, Planificación y Aplicación Técnica, con las cuales se pudo establecer el diagnóstico clínico, la formulación etiopatogenia, señalamiento de objetivos y establecer las distintas técnicas a utilizarse.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Depresión, Ansiedad, Intervención Psicológica.

SUMMARY

Genetic diseases such as diabetes mellitus has become pandemic in the last decades of the twentieth and twenty-first century will increase, while hypertension is the leading cause of morbidity in both genders. In Ecuador, as prevalence of the Ministry of Public Health, three in ten people are hypertensive.

These two conditions can cause emotional stress in people, triggering the risk of a mental disorder. They can also lead to chronic conditions that significantly affect the welfare and quality of life of those who suffer and their relatives.

This research aimed to conduct psychological intervention in diabetic and hypertensive patients Diabetic Club Provincial General Hospital "Isidro Ayora" by Interview and Application of psychological psychometric reagents, concluding that the higher rates of psychopathology prevalence are: Depression and Anxiety; these genetic diseases to chronic non communicable imbalances involve personal nature, family, marital conflict and sexual.

Was formulated Psychotherapeutic Intervention Plan with integrative approach, whose main objective is to reduce anxiety and depression symptoms. The therapeutic process made it through three strategies: Research, Planning and Technical Application with which it was established clinical diagnosis, pathogenesis formulation, fix goals and establish the different techniques used.

Keywords: diabetes mellitus, hypertension, depression, anxiety, psychological intervention.

III. INTRODUCCIÓN

“Las enfermedades crónicas no se transmiten de individuo a individuo, por medio de microorganismos; son enfermedades que pueden ser adquiridas por herencia en forma congénita y muchas son idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables, a los que se expone el individuo durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, algunos hábitos como fumar o ingerir alcohol”.¹

Los síntomas pueden aparecer en cualquier etapa de la de vida y su tratamiento requiere de la modificación de los factores de riesgo y en ocasiones de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Hay factores de riesgo no modificables que son parte del desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles como la edad, sexo, etnia, etc.

Muchas determinantes sociales como la educación y la pobreza contribuyen o son factores de riesgo que permiten el desarrollo de enfermedades crónicas no trasmisibles.

Esta sintomatología se ha convertido en pandemia en las últimas décadas del siglo XX y va en aumento en el siglo XXI; existen cerca de 260 millones de personas afectadas por este padecimiento crónico.

En América Latina las enfermedades no transmisibles como: La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico–degenerativa que puede ser definida como la elevación de los valores de glucosa en la sangre por encima de los 120 mg por 100 ml de sangre. Mientras que las enfermedades cardiovasculares, como la Hipertensión Arterial, son las principales causas de muerte en el mundo, en el Ecuador representa el 30% de fallecimientos

¹ IRIGOYEN J; SALUD DEL ADULTO ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES. Ministerio de Salud Pública, Ecuador, 2011.

según el estudio de prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada diez personas son hipertensas.

En el periodo 2000 a 2009, la incidencia de Diabetes Mellitus se incrementó de 80 a 488 por 100,000 habitantes, mientras que la Hipertensión Arterial pasó de 256 a 1084 por 100,000 habitantes en el mismo periodo. Para ambas enfermedades, las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país aunque para la diabetes, la zona insular le sigue en importancia, siendo más su incidencia en el sexo femenino.

Las enfermedades genéticas crónicas como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus constituyen unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país y especialmente en la ciudad de Loja.

Como Egresada de la Carrera de Psicología Clínica, consciente de esta problemática que viven las personas afectadas de estas enfermedades en la ciudad de Loja, específicamente por la falta de conocimiento y la poca preocupación por su salud; se ha creído conveniente realizar un estudio investigativo con la finalidad de brindar una Intervención Psicológica integral a través del abordaje psicoterapéutico a los pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja período Agosto 2012 – Enero 2013. Con la finalidad de realizar Psicoeducación, prevenir complicaciones, discapacidades físicas y psicológicas en las personas sobre estas enfermedades crónicas.

La Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial desencadena afecciones y trastornos físicos con un deterioro progresivo que conllevan al individuo a presentar una serie de complicaciones de tipo psicológico como: depresión, ansiedad, estrés, conflictos de pareja, familiares y problemas sexuales, debiéndose contrarrestar los efectos de estas enfermedades, con el fin de

prevenir muchas otras, que repercute en el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen o de sus allegados.

La Psicología Clínica tiene un papel importante en todo el proceso de rehabilitación y tratamiento de muchas enfermedades, permitiéndole brindar un beneficio de cambio en el estilo de vida de los pacientes, mediante métodos psicoterapéuticos como: la catarsis, soporte y el ejercicio como factor para influir en los pacientes.

Por lo tanto el papel que juega el Psicólogo Clínico en la vida de cada paciente es vital, promoviendo la educación del mismo, y así logrando la prevención y mejoramiento de su estilo de vida. De igual manera se debe tener el conocimiento y las habilidades en intervención para un tratamiento efectivo.

La presente tesis consta de la Introducción, donde se hace la presentación global del Informe de investigación. Seguidamente con los materiales, métodos utilizados, técnicas, medios de recolección de información y datos para la ejecución del presente trabajo; posteriormente se desarrolló el Análisis y Discusión de Resultados, se aplicó reactivos psicométricos, entrevista psicológica, para la elaboración de la Historia Clínica, se recabó datos acerca de la problemática familiar, interpersonal, de pareja y económicos; por los que atraviesa cada paciente integrante del Club de Diabéticos, para lograr un equilibrio emocional y el restablecimiento de las actividades cotidianas.

Estos resultados permitieron enunciar las Conclusiones y Recomendaciones, que representan la problemática propia de los enfermos con estas afecciones, logrando soluciones correctas para su bienestar, mejorar su calidad de vida y la de su familia. Se elaboró una síntesis del trabajo de tesis, así como la bibliografía, publicaciones, folletos que sirvieron como fuente de investigación, durante la ejecución y finalmente los anexos

IV. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

ENFERMEDADES GENÉTICAS CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

1.1. DIABETES MELLITUS

1.1.1. DEFINICIÓN

“Es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina”.²

Los síntomas clásicos de la Diabetes Mellitus incluye: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso. Para el diagnóstico de la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia. Es aconsejable hacer controles periódicos, el médico debe tener en consideración factores adicionales como la edad, obesidad, historia familiar, comorbilidades, antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica.

1.1.2. CLASIFICACIÓN

Diabetes tipo 1	Es la diabetes inmuno-mediada o de causa idiopática, en la cual hay una destrucción de las células beta del páncreas, llevando a una deficiencia absoluta de insulina. Habitualmente empieza en edades muy precoces.
Diabetes tipo 2	Resulta de un defecto progresivo en la secreción de insulina, asociado a insulino-resistencia. Corresponde al 90% de la diabetes en la población adulta.
Diabetes gestacional	Se caracteriza por la insulino resistencia. Requiere un tratamiento energético para disminuir la morbi-mortalidad de la madre y del niño.
Otros tipos específicos	Diabetes causada por otras etiología identificables: defectos genéticos de la función beta, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, secundaria a fármacos, infecciones.

² ALAD. DIABETES MELLITUS. Nutriguía Terapéutica, Ecuador, 2008. pag.72.

1.1.3. Síntomas

Los síntomas de una carencia de insulina definitiva o transitoria.

“Agudos:

- Hipoglicemia (cifras menores de 60 mg/dl).
- Hiperglicemia (cifras mayores de 110 mg/dl).
- Cetosis diabética.
- Glucosuria (eliminación de azúcar por el riñón).
- Coma diabético.

Estos síntomas pueden aparecer por descompensación y mal control de la enfermedad. Las repercusiones afectan a todos los órganos y su gravedad y curso evolutivo dependen en buen porcentaje del propio paciente y del médico”.³

Hipoglicemia (glicemia por debajo de 60 mg/dl)

Síntomas: Debilidad y sensación de fatiga, palpitaciones, sudoración fría, cefaleas, en casos más severos: confusión o desorientación mental, somnolencia, compromiso de conciencia. Puede llegar hasta el coma.

Hiperglicemia: (glicemia mayor a 110 mg/dl)

Síntomas: Cefalea, polidipsia, poliuria, polifagia, ansiedad, pulso acelerado, irritabilidad, náuseas, mareo, piel seca, puede conducir a la cetoacidosis diabética y coma cetoácido, sequedad de la boca y piel, inversión del ritmo urinario, deshidratación, orina con 4+ y acetona 3+ revela un pésimo control, alteración en la visión, prurito en los genitales, pérdida de peso, astenia, alteraciones menstruales, retardo puberal.

³ ROSALES R. SINTOMAS DE LA DIABETES. Programa Educación para la Salud. Universidad de los Andes, Venezuela, 2009, pag.1-2.

Crónicos:

Vejiga neurogénica, enteropatías, impotencia sexual, necrobrosis, eczemas, daño renal, enfermedad coronarias, enfermedad arterioesclerótica, accidentes vasculares cerebrales, pie diabético, abortos repetitivos, pérdida repentina de la visión, cataratas, hemorragias gastroparesia.

1.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL**1.2.1. DEFINICIÓN**

“Es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (HTA secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (HTA primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la presión arterial. La Hipertensión arterial es un factor de riesgo muy importante en complicaciones futuras para desencadenar enfermedades: vasculares (cerebro vascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca o renal). La relación entre las cifras de presión arterial y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbi-mortalidad)”.⁴

El impacto económico, social y en salud que tiene esta enfermedad es de grandes proporciones; por lo tanto, es importante que se realicen esfuerzos para su detección temprana, diagnóstico correcto y tratamiento adecuado. Dentro de los factores etiológicos la multicausalidad se centra en considerar simultáneamente factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos y su interacción entre sí, como elemento predisponente para que la hipertensión arterial se presente en un determinado individuo.

⁴ CASTELLS E. BOSCA A. GARCÍA C. SÁNCHEZ M. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Universidad de Málaga, España, pag.6.

1.2.2. CLASIFICACIÓN

Se clasifica según su causa (primaria o secundaria), edad de aparición o estadio de gravedad; de acuerdo a esta última se decide si debe o no tratarse.

I Primaria: Esencial o idiopática. No se identifica causa específica 90-95% de los casos.

II Secundaria: Enfermedades parenquimatosas renales y renovasculares, feocromocitoma, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario y coartación de la aorta.

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	<130	<85
Normal alta	130- 139	85- 89
Hipertensión arterial		
Estadio 1 (leve)	140- 159	90- 99
Estadio 2 (moderada)	160- 179	100- 109
Estadio 3 (severa)	180- 209	110-119
Estadio 4 (muy severa)	>210	>120

1.2.3. FACTORES DE RIESGO

- “Raza (incidencia mayor en negros que en blancos)
- Edad (antes de los 60 años de edad, aumenta después de esa edad de manera exponencial en 30% de los individuos)
- Género (frecuencia mayor en hombres que en mujeres de los 45-65 años de edad y se iguala después de los 65)
- Obesidad
- Ingesta excesiva de sal (> 60 mmol/día)
- Consumo excesivo de alcohol
- Sedentarismo

- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia
- Herencia
- Tabaquismo
- Escasa actividad física
- Tipo de personalidad⁵

1.3. CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

A) Reacciones del paciente frente a la enfermedad

1. **Reacciones de huida o negación:** El paciente grave puede hacer una negación total de su padecimiento, e intentar normalizar su vida. El enfermo crónico puede también hacer una negación de su diagnóstico, aunque el cuadro no reviste el dramatismo anterior. En la medida en que el proceso crónico es más asintomático, favorece en mayor disposición una huida de este tipo. El médico puede detectarla por las consultas típicamente en "rachas", con largos periodos en los que el paciente "desaparece".
2. **Reacciones de agresión o rechazo activo:** El enfermo crónico raramente expresa su agresividad. Sin embargo fuera de la consulta, puede ser más franco ("¿qué se habrán creído?, decirme que tengo que comer sin sal; " es un médico muy malo porque solo sabe tratar el azúcar con insulina"). Un patrón de conducta relativamente frecuente es el "pasivo-agresivo". La agresividad se vehiculiza a través de una resistencia pasiva, casi inaparente, a las indicaciones del profesional de la salud (pérdida de recetas, olvidar las citas, cambiar la posología).

⁵ SANTÍN J. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. Factores de Riesgo. Universidad Complutense, España, 2003, pag.37.

3. **Reacciones de racionalización:** El paciente apoya su conducta en argumentos o razones. Los pacientes crónicos pueden reinterpretar su enfermedad para justificar su conducta. Ej.: creen que si se inyectan insulina cada vez serán más diabéticos.

B) El paciente disfuncional

“Estas reacciones del paciente ante su enfermedad hacen que el paciente desarrolle una actitud disfuncional. Las de mayor interés son:

1. **Paciente desconfiado:** está tenso, ansioso e inseguro. Sospecha de todo y a todo busca significados. Puede mostrarse pasivo, reservado, contestando con monosílabos. Ej.: "¿No sería mejor que me enviara al especialista?".
2. **Paciente agresivo:** se muestra cortante, mal educado, reivindicativo. Es una actitud que genera irritación y enfado. El paciente parece que intenta provocar una espiral de mutuas agresiones y por desgracia, muchas veces lo consigue. Ej.: "¿Qué le trae a la consulta?", "Usted tiene que saberlo, para eso es el médico".
3. **Paciente manipulador:** exige actuaciones precisas seduciendo al profesional mediante halagos y utilizando una educación exquisita. Intenta conseguir un determinado fármaco, la baja laboral, etc.
4. **Paciente regresivo:** es un paciente que se pone totalmente en nuestras manos y se desresponsabiliza de su proceso curativo”⁶.

C) Abordaje de la vivencia de la enfermedad

Cuando se interviene sobre la vivencia de la enfermedad que tienen los pacientes, se pueden desarrollar varias estrategias:

1. **Utilización del miedo:** se pueden utilizar frases intimidatorias. Hay que acompañarlo de refuerzos positivos para evitar que sea tomado como un castigo, o puede pensar que la enfermedad no tiene

⁶ POVEDA R. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA. Ministerio de Educación y Ciencia, España, 2004, pag.1-3.

solución. Ej.: "Su hígado está destrozado, como siga bebiendo no respondo de usted".

2. Antagonización o impugnación de la conducta del paciente:

actuar impugnando una conducta errónea puede estimular un mejor cumplimiento de un terapeuta si tenemos en cuenta que:

- Sea realizada con empatía.
- Dar oportunidad al paciente para justificar su conducta.
- No humillar al paciente.
- Respetar las opciones del paciente cuando respondan a una opción ideológica o religiosa.

Ej.: "No creo que haya seguido la dieta, de ser así habría perdido más de dos kilos".

3. Confrontación y análisis de las emociones del paciente:

el profesional de la salud da la oportunidad al paciente para que verbalice emociones o creencias relativas a su padecimiento. Hay que tener en cuenta unas condiciones:

- No aturdir al paciente con preguntas, darle tiempo suficiente.
- Crear un clima de confianza.
- Trabajar las emociones del paciente hacia actitudes o conductas positivas.
- No emitir juicios de valor, ya que los sentimientos de un individuo no deben ser enjuiciados por el profesional de la salud.

“Ambiente social: Durante el curso de las enfermedades crónicas como la Diabetes, interacciones adversas, puede imponer una carga excesiva sobre la capacidad de adaptación de la familia. Esto puede tener un efecto sobre el curso de la enfermedad. Bajo tales circunstancias, la función familiar puede cambiar a un control rígido que puede alterar su estabilidad. El ambiente social es muy importante para una mejor adherencia al tratamiento”.⁷

⁷ GARAY M. MUNDO EMOCIONAL DEL PACIENTE DIABÉTICO E HIPERTENSO. Universidad de Guanajuato. Instituto de investigaciones médicas, México, 2006, pag.4.

CAPÍTULO II

EL ADULTO Y ADULTO MAYOR

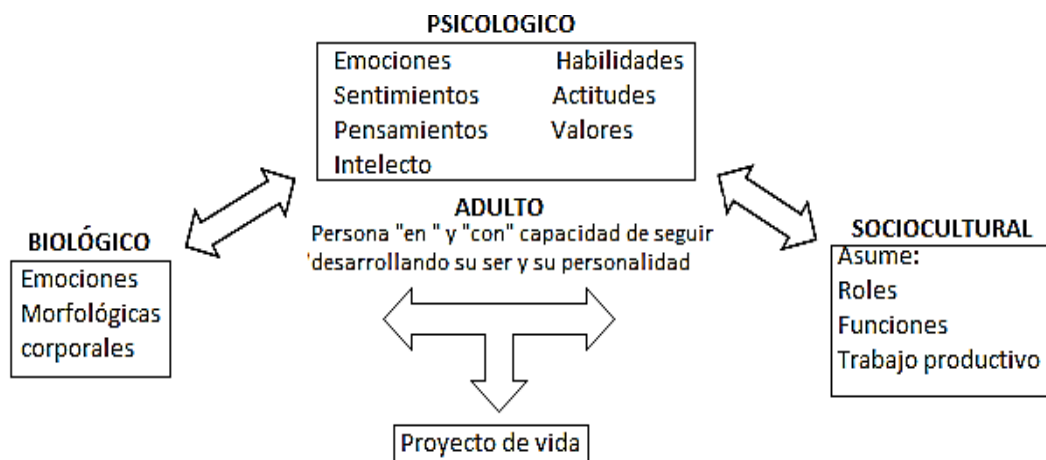
2.1. ADULTO

2.1.1 DEFINICIÓN

“Convencionalmente, se considera adulto a toda aquella persona mayor de 18 años, cuyas condiciones de vida requieran de procesos educativos en diferentes niveles de su desarrollo individual y social.

Cuando la persona logra la integración biológica, psicológica y social, entonces se dice que ha llegado a la “edad adulta”. En la adultez, el ser humano tiene la capacidad de procrear, de participar en el trabajo productivo y de asumir responsabilidades inherentes a la vida social, para actuar con independencia y tomar sus propias decisiones con entera libertad”⁸.

Es necesario conocer y entender al adulto como una unidad biopsicosocial en permanente desarrollo, eso es lo que lo distingue de los otros seres vivos. En el esquema siguiente, presentamos cómo el adulto responde a la necesidad de darle significado al mundo físico y psicosocial en que vive.



⁸ Centro Especializado en Programas de Educación de Adultos. EL ADULTO Y SU FORMACIÓN CONTINUA de la Universidad Particular Cayetano Heredia, Perú, pag.9-11.

Como podemos ver estos tres aspectos: biológico, psicológico y sociocultural interactúan entre sí como una unidad, desarrollándose en forma continua y permanente en búsqueda de lograr un proyecto de vida.

2.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO

Desde el punto de vista de la Psicología, y al referirnos al comportamiento del adulto, algunos estudiosos como Ludojoski, Maslow y Rogers, sostienen que una persona es adulta cuando reúne ciertas características específicas relacionadas con la responsabilidad, madurez y equilibrio personal. Entre estos estudiosos existen coincidencias relacionadas con las características del adulto.

Psicólogos Características	LUDOJOSKI	MASLOW	ROGERS
Responsabilidad	Es capaz de asumir con responsabilidad los hechos de la vida.	Maneja sus comportamientos con responsabilidad.	Es consecuente con sus principios.
Madurez Emocional	Emite juicios con objetividad sobre los acontecimientos de la vida.	Mantiene contactos con la realidad sin perder su emotividad.	Sostiene sus convicciones tratando a los demás como seres individuales y diferentes a él.
Equilibrio Personal	Manifiesta madurez física, espiritual, moral e intelectual.	Es capaz de satisfacer al grupo de manera adecuada.	Actúa con sentimientos positivos, tanto hacia sí mismo como hacia los que le rodean.

2.1.3. “CAMBIOS FÍSICOS DE LA ADULTEZ INTERMEDIA (40–65) AÑOS

- Disminución de vista, oído, gusto, olfato
- El tiempo de reacción disminuye en un 20% entre los 20 y los 60 años
- Menopausia:

- Andropausia: depresión, fatiga, insuficiencia sexual
- Salud: asma, bronquitis, diabetes
- Mortalidad: cáncer , corazón, accidente cerebro vascular
- Estrés/ tensiones del trabajo
- Matrimonio y divorcio
- Nido vacío”⁹

2.1.4. “CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN EL ADULTO

- Cambios en la figura corporal
- Aspecto Físicos
- Relaciones sociales
- Cambios de personalidad
- Funciones Cognitivas
- Duelos
- Adaptarse a cambios biológicos, limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de su vida
- Perdida de las relaciones afectivas
- Aparecimiento de una o más enfermedad que amenazan su vida
- Limitación de su capacidad de autonomía”¹⁰

2.2. ADULTO MAYOR

2.2.1. DEFINICIÓN

“Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente

⁹ GARCÍA E. ADULTO JOVEN, ADULTEZ INTERMEDIA Y VEJEZ, 2004, pag.24-26.

¹⁰ CAVALLAZI L. CAMBIOS PSICOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO, 2003, pag.3, 5, 10

las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

2.2.2. CARACTERISTICAS DEL ADULTO MAYOR

- Permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- Mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento.
- Ajustarse a nuevos roles de trabajo.
- Establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida.
- Mantener la identidad y el estatus social.
- Encontrar compañía y amistad.
- Aprender a usar el tiempo libre de manera placentera.
- Establecer nuevos roles en la familia.
- Lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida.

2.2.3. CAMBIOS FÍSICO EN LA ADULTEZ TARDIA (65 AÑOS)

- Declinación de las funciones sensoriales y perceptivas
- Disminución de la estatura
- Propensión a la osteoporosis en las mujeres
- Atrofia de la glándulas sebáceas del rostro
- Las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad
- Disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas
- Perdida de la adaptación al frío o calor
- El ejercicio, una buena dieta, evitar el cigarrillo y el alcohol, ayuda a las personas a ampliar la parte activa de su vida y a que sean más resistentes a enfermedad crónica.

2.2.4. CAMBIOS PSICOLÓGICOS DEL ADULTO MAYOR

Entonces al adulto mayor a fuerza de ser empujado a “ocupar su lugar”, la desmoralización lo invade, la depresión lo desactiva y domina esas

condiciones, no tiene más remedio que dejar hacer. Porque el adulto mayor tiene que empezar a actuar como tal, porque esto es lo “socialmente correcto”, puede sentirse tan desanimado, desesperanzado, afrentado por las injusticias de toda índole, que llega a descargar sobre sí mismo lo que de buena gana descargaría sobre su prójimo. Es este entre otros los cambios a los cuales se enfrenta la persona. Específicamente se pueden adicionar los siguientes aspectos:

- Bajo amor propio
- Tristeza por pérdida
- Pérdida del sentido de la vida
- Sexualidad
- Bajo sueño
- Pérdida de la memoria
- Estrés
- Enfermedades psiquiátricas o médicas”¹¹

2.3. LA PERSONALIDAD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

Conjunto de características o rasgos psicológicos que distinguen a un individuo de cualquier otro haciéndolo diferente a los demás. Rasgos que permanecen de manera constante y congruente en diferentes situaciones a lo largo del tiempo. Existen tendencias internas que llevan a los sujetos a comportarse de cierta forma.

Sin embargo investigaciones han resaltado el hecho de que los individuos pueden mostrar variaciones en ocasiones importantes en su comportamiento, dependiendo del contexto en que se encuentren.

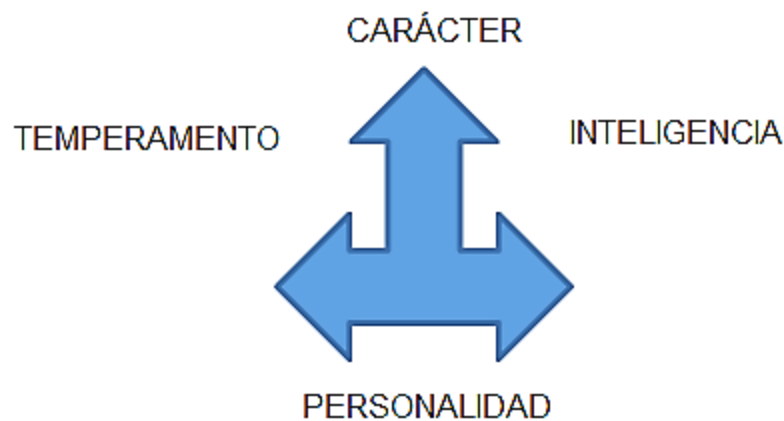
No quiere decir que tengamos muchas personalidades, sino que el comportamiento se ajusta al contexto o bien que hay variaciones como

¹¹ Daza Sandra. CAMBIOS PSICOLÓGICOS QUE SUFREN LOS ADULTOS MAYORES, pag.7-9

resultado de experiencias vividas, porque el individuo está en constante interacción social con el medio.

La personalidad es, en buena medida, la expresión del proceso adaptativo de un ser flexible y dinámico. Es la forma en que pensamos, sentimos, nos comportamos e interpretamos la realidad, nos permite afrontar la vida y mostrarnos el modo en que nos vemos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea. Nos permite reaccionar ante ese mundo.

Factores que son determinantes:



2.3.1. PERSONALIDAD DEL ADULTO

“La personalidad del adulto va cambiando de acuerdo a los diferentes factores ambientales y biológicos que va teniendo durante el desarrollo de la misma, específicamente en el momento de vivir un duelo. Conforme a las experiencias que va adquiriendo a lo largo de la vida, comienza a formarse su temperamento, carácter, forma de ser, de actuar, expresar y sentir. Durante la infancia, adolescencia, juventud se van observando estos cambios en la personalidad, hasta llegar a la edad adulta, cuando ya es poco factible modificar lo que se adquirió en estas etapas”.¹²

¹² ÁLVAREZ D. CERVANTES A. CÓRDOVA E. PERSONALIDAD EN DUELO. blog (<http://personalidadenduelo.wordpress.com>), 2011, pag.1.

Al respecto Kelly (1955) dice: “Este punto es un principio básico del estudio de la personalidad: si conocemos algo sobre otra persona, su pasado, presente y futuro se nos revelará en alguna medida; debido a que la personalidad es estable y la identidad personal no cambia fácilmente” sin embargo, podemos agregar que cualquier variable propuesta debe ser verificada.

Los teóricos en la personalidad no niegan la influencia significativa de los diversos determinantes de la conducta; más bien, tratan con su efecto en la estructura y funcionamiento de la personalidad. Por tanto, se considera que el medio ambiente influye en la personalidad; los determinantes biológicos afectan el funcionamiento de la personalidad, y la herencia fija los límites del desarrollo de la personalidad.

2.3.2. PERSONALIDAD DEL ADULTO MAYOR

“Para Jung la personalidad es un proceso de individuación, en donde el individuo se va constituyendo en un adulto completo y único a través de las diversas partes negativas y positivas que lo integran y que él acepta en toda su diversidad.

- Una imagen positiva se asocia a una relación donde predominan la comprensión, el respeto y la hospitalidad. Cuidan su apariencia, muestran cualidades propias de la juventud como energía, entusiasmo vitalidad, gusto por la novedad y adaptación al cambio.
- Una imagen negativa se basa en estereotipos de que la persona mayor se aísla, sin medios económicos, malas condiciones de salud, suelen tener mal carácter y quejas continuas.

Según la teoría de los ocho estadios de Erikson en el desarrollo del Ego, las personas ancianas alcanzan un estado de madurez en el que es posible la integración en la reconciliación y satisfacción con su vida pasada o la

desesperación y el disgusto por los fallos cometidos. La expresión “logro de la integridad” significa que precisamente en la etapa de la vejez es cuando el ser humano completa su devenir; es la edad en que llega a ser completamente él mismo”.¹³

Cambios que afectan la personalidad del Anciano

- Cambios en el pensamiento, en la afectividad, o en la conducta diaria.
- Insatisfacción por la vida.
- Pérdida de autonomía.
- Insatisfacción y desajustes sexuales.
- Pérdida de papeles familiares y sociales.
- Rechazo e inadaptación a la vejez.
- Inconformidad con su imagen corporal.
- Procesos de aislamiento o disminución de relaciones humanas.

2.4. ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS MÁS PREVALENTES COMO DESENCADENANTES DEL PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICA NO TRANSMISIBLES.

Muchos estímulos psicosociales pueden generar estrés emocional, el cual a su vez pueden afectar al sistema hormonal, autónomo, inmunológico y endocrino. Hormonas como las catecolaminas, neurotransmisores cerebrales que ayudan a regular la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca y los niveles de glucosa en la sangre son significativos en cuanto a la vinculación entre los aspectos psicológicos y la salud. Las conductas, los hábitos y estilos de vida también pueden afectar tanto la salud como la enfermedad.

¹³ ESPINOZA M. PERSONALIDAD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR. Dirección de Educación Continua y Vinculación. Universidad Iberoamericana de Puebla, México, pag.6-10, 23-25, 32.

La mayoría de las enfermedades endócrinas pueden encontrarse síntomas que hacen pensar en enfermedades psicológicas; de igual forma, algunos pacientes con enfermedades depresivas o anorexia nerviosa pueden presentar determinadas anomalías que hacen pensar en una enfermedad endocrina-metabólica. Los trastornos psicológicos en estas enfermedades se han relacionado con anomalías en el metabolismo de los neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina) en el cerebro y se considera que desempeña un papel fundamental en la síntesis y liberación de las hormonas hipotalámicas e hipofisarias.

2.4.1. DEPRESIÓN

“Es 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 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM-IV). 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”.¹⁴

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 observar alteraciones en los ciclos 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

¹⁴ HEREDIA J. Y PINTO B. DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS: UN ENFOQUE SISTÉMICO. Vol. N°1. Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, Venezuela, 2008, pag.22-26.

muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno.

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.

2.4.1.1. SÍNTOMAS

El síntoma más característico es la tristeza. A lo largo de la vida podemos experimentar tristeza o desgana, especialmente cuando sufrimos una pérdida importante.

El llanto no suele aliviar la tristeza en una persona deprimida y en ocasiones le es imposible llorar, por estar el paciente vacío de emociones. Otros síntomas que pueden aparecer son:

- Pérdida de energía con sensación de agotamiento incluso tras el descanso.
- Enlentecimiento mental y dificultad para prestar atención, con falta de memoria. En los ancianos, puede provocar un estado de confusión llegando a aparentar una demencia.
- Ansiedad con irritabilidad o agitación.
- Cambios en el sueño con somnolencia, o más frecuentemente, insomnio.
- Disminución de peso por pérdida de apetito, o aumento del mismo por sensación de vacío causada por la ansiedad.

- Con frecuencia, las personas con depresión se quejan de síntomas como dolor de cabeza o de otras zonas, problemas digestivos o sexuales.

Todos estos síntomas causan sentimientos de inutilidad y culpa. El paciente, que no comprende lo que le pasa, se siente responsable de lo que le ocurre. La vida pasa a verse como desagradable, vacía y carente de interés. Muchos pacientes ven la muerte como un alivio de su sufrimiento y piensan con frecuencia en ella y en algunos casos, en el suicidio.

Los síntomas pueden ser más difíciles de identificar en el caso de los ancianos, se debe de tenerse especial cuidado en valorar la posibilidad de que un componente depresivo esté precipitando o confundiendo con los síntomas de demencia senil o Alzheimer, en cuyo caso, el tratamiento adecuado de la depresión, puede mejorar notablemente su situación.

2.4.1.2. CONSECUENCIAS

Comprometen el bienestar físico, psicológico y social y a continuación se explican estas tres formas:

1. En la parte de la salud y bienestar físicos, se evidencia que condiciones como la tristeza, la ira, el rencor, la frustración y la desesperanza, son sólo algunas de las emociones que se componen de un factor fisiológico y otro cognoscitivo que inducen reacciones moleculares específicas, que se traducen en reacciones fisiológicas, que puede alterar aún más las emociones, creando así un círculo vicioso y que sumadas la presencia de estrés y de depresión, puede reducirse la producción de citoquinas, que son elementos importantes en la estimulación de las células y que ayudan a incrementar la susceptibilidad de desarrollar una enfermedad infecciosa o su progresión.

2. En el aspecto psicológico, padecer una enfermedad crónica que tiene un impacto directo sobre la calidad de vida dispara mayor sintomatología depresiva y/o ansiosa y esto al mismo tiempo, con un incremento de las complicaciones médicas y una disminución de la adherencia al tratamiento, al ver disminuida la condición personal que se experimenta como pérdida, conforme transcurre el tiempo del tratamiento y que probablemente esté relacionada con un incremento en el nivel de depresión.
3. En el plano social, se destaca que al exacerbarse la sintomatología depresiva, se ven alteradas las relaciones con las personas inmediatas con quien se relaciona el enfermo con Diabetes e Hipertensión, pues al provocar fuertes reacciones emocionales, se provocan tensiones que desencadenan en conflictos o en disfunción con la pareja, los hijos, los compañeros de trabajo o de la escuela, los amigos, etc., lo que al mismo tiempo, deteriora la sensación de bienestar de la persona y hace que se deprima más ante las condiciones de sus relaciones sociales. La carga que representa una enfermedad crónica, puede provocar fuertes reacciones emocionales en la persona, quien a menudo se siente confundida y el diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensión suele vivirse como una pérdida del equilibrio fisiológico y personal.

El diagnóstico de un trastorno crónico implica sin duda, un cambio importante en el estilo de vida y en los planes a futuro a corto, medio y largo plazo del individuo, con las consiguientes implicaciones psicológicas y emocionales.

2.4.1.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

En la depresión se consideran tres tipos de factores etiopatogénicos: genéticos, biológicos y sociales.

a) Factores Biológicos

“Se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de monoaminas biógenas como la serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central; además de alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino”.¹⁵

b) Las Alteraciones Neuroendocrinas Contribuyen a la Génesis Biológica de la Enfermedad Depresiva

La depresión se asocia con signos de alteración hipotalámica que se manifiesta en una secreción excesiva de adrenocorticotropina (ACTH) por la hipófisis, induciendo aumento de la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal. La secreción de adrenocorticotropina (ACTH) es tan importante que en algunos pacientes deprimidos se puede observar aumento del tamaño de la glándula suprarrenal.

La secreción normal de cortisol sigue un ritmo circadiano, alcanzando un pico máximo a las 8:00 am, siendo menor en la tarde y en la madrugada. Este ritmo se encuentra alterado en el 50% de pacientes deprimidos, los cuales excretan grandes cantidades de cortisol a lo largo de todo el día, incluso mientras duermen. La administración oral de dexametasona no ocasiona en los pacientes deprimidos la supresión normal de la producción de cortisol.

El aumento de la secreción de cortisol es el resultado final de la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el hipotálamo. Recordemos que la corticotropina (CRH) aumenta los niveles de adrenocorticotropina (ACTH), con las consecuencias ya mencionadas. Los niveles de corticotropina (CRH) se correlacionan con la depresión, pues la

¹⁵ MONTES C. LA DEPRESIÓN Y SU ETIOLOGÍA: UNA PATOLOGÍA COMPLEJA. Venezuela, 2001, pag.3-5.

liberación de esta hormona es estimulada por la noradrenalina y la acetilcolina. Por esta razón, se infiere que la corticotropina (CRH) y el sistema noradrenérgico se refuerzan entre sí.

c) Factores Psicosociales

Se ha observado que los primeros episodios depresivos aparecen luego de algún acontecimiento estresante y el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales, variaciones que implican pérdidas neuronales y disminución de conexiones sinápticas. Como consecuencia, la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios depresivos posteriores, incluso sin factores estresantes externos.

Los acontecimientos vitales desempeñan un papel esencial o primario en la depresión. Estas situaciones comprenden la muerte de un familiar próximo o de un amigo, alguna enfermedad crónica en el mismo paciente o en un familiar, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, entre otras.

En resumen, la etiología de la depresión mayor demuestra la intervención de múltiples factores, como los genéticos, biológicos y psicosociales, lo que hace de esta enfermedad una patología compleja. Por lo tanto, su tratamiento deberá basarse en la comprensión de su etiología, integrando para ello la farmacoterapia y las intervenciones psicoterapéuticas.

2.4.1.4. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10)

La depresión se divide en: leve, moderado y grave con o sin síntomas psicóticos. Se refiere que el enfermo que la padece, sufre de un humor depresivo, una pérdida de capacidad de interés y de disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y un cansancio exagerado.

a) Episodio Depresivo Leve

Debe durar al menos 2 semanas y ninguno de los síntomas debe estar en grado intenso. Tiene facultad para llevar a cabo su actividad laboral o social, aunque es probable que no las deje por completo. Presenta los siguientes síntomas:

- Ánimo depresivo.
- Pérdida del interés y la capacidad de disfrutar.
- Aumento de fatiga.

b) Episodio Depresivo Moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve. Así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas:

- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Ideas de culpa y de ser inútil
- Perspectiva sombría del futuro
- Pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones
- Trastornos del sueño o pérdida de apetito.

Deben durar al menos 2 semanas. El sujeto suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica.

c) Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación. El riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. El paciente debe presentar los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado y por lo menos cuatro de los demás síntomas; todos ellos en intensidad grave.

No es probable que el sujeto sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

d) Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos

Se trata de un episodio depresivo grave en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofe inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en formas de voces difamatorias o acusatorias. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

2.4.2. ANSIEDAD

“Se expresa a partir de dos planos: el psíquico y el somático.

- a) En el plano psíquico** el sujeto se encuentra nervioso, inquieto, con un sentimiento penoso de malestar moral que anuncia la fragilidad de un yo que se siente amenazado. Todo le preocupa y progresivamente esta situación va afectando más su rendimiento profesional, lo que le

hace sentir incapaz. Los ruidos le sobre saltan, el futuro le agobia y poco a poco entra en una restricción de su relación social. Vive en un estado de constante tensión diurna por la noche se manifiesta por dificultad de dormir y pesadillas, se son la expresión del mundo conflictivo y agobiante del angustiado. Fundamentalmente de mal humor e irritable, puede sentir en ocasiones desolado por su situación y llorar. Sin embargo, a diferencia del depresivo que llora por desesperanza y tristeza, el llanto del angustiado es impotencia y sobre carga tensional, lo que hace que se sienta más tranquilo y relajado después de la eclosión emotiva. Lo que no le ocurre al depresivo. Toda esta situación, que es vivida penosamente, va acompañada de un intenso sentimiento de temor que puede generalizarse a todo lo que le rodea (pantofobia). Es frecuente que esta amenaza a su integridad y la pérdida de control sobre sí mismo se manifiesta por miedo a padecer una grave enfermedad somática (desintegración física) o a caer en una irreversible enfermedad mental.

b) En el plano somático la sintomatología somática es amplia, pero de alguna forma consecuencia de la disregulación neurovegetativa y neuroendocrina presente en estos enfermos a causa de la elevada hiperactivación. Palpitación taquicardia, astenia, disnea, mareos, opresión torácica. Algias difusas, inestabilidad, cefaleas, parestesias o temblores, sudación, hipertensión o hipotensión, anorexia o bulimia. Sequedad de la boca, náuseas, vómitos, estreñimiento o diarrea, poliuria, distermias, hipertonía muscular, trastornos de la función sexual, etc., constituyen el espectro sintomático más frecuente de estos enfermos¹⁶.

¹⁶ VALLEJO J. INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA. 5ta Edc. Editorial Masson. 2002, pag.359-360.

Este complejo clínico puede manifestarse por una eclosión aguda (crisis de angustia) o de forma permanente (ansiedad generalizada).

2.4.2.1. FISIOLÓGÍA DE LA ANSIEDAD

Herrán (2007) “El Sistema Nervioso de los seres humanos; la parte de nuestro cuerpo que nos hace responder ante las situaciones percibidas, está dividido en dos partes: Sistema nervioso Central (SNC) y Sistema Nervioso Autónomo (SNA).

Los movimientos voluntarios de nuestro cuerpo los controla el Sistema Nervioso Central (SNC). Es el que permite que las órdenes que enviamos desde nuestro cerebro a nuestros músculos se cumplan.

La parte más automática, la desempeña el Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Cuando nuestro organismo se enfrenta a una situación exterior o sensación corporal que considera peligrosa, nuestro cerebro manda una señal al Sistema Nervioso Autónomo (SNA), que inmediatamente se pone en marcha (respuesta fisiológica) para intentar adaptarse.

El Sistema Nervioso Autónomo (SNA) tiene como una de sus misiones prioritarias preparar nuestro organismo para afrontar situaciones potencialmente peligrosas o difíciles. La controla la parte más primitiva de nuestro cerebro.

A su vez, el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), está formado por dos subsistemas, Sistema Nervioso Autónomo Simpático y Sistema Nervioso Autónomo Parasimpático. Ambos son complementarios y antagonistas.

Por ello una respuesta de ansiedad o pánico no puede durar demasiado tiempo (realmente pocos minutos) porque tan pronto como el Simpático se acelera, el Parasimpático lo frena.

La ansiedad no es peligrosa, no te puede pasar nada malo por estar ansioso: eso sí, es incómoda y desagradable. Nadie se muere por la ansiedad a no ser que padezca de alguna enfermedad coronaria importante. Una vez el sistema ha vuelto a la normalidad, podemos sentirnos muy cansados, o tener dolor de cabeza, de espalda, náuseas, incluso vómitos u otras sensaciones. Es normal, se debe a que nuestro organismo ha consumido mucha energía, hemos tensado la musculatura y pueden aparecer este tipo de sensaciones”.

2.4.2.2. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10)

a) Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede percibir más tiempo.

b) Trastorno mixto ansioso-depresivo

Esta ansiedad debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que se deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico

individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si solo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos.

c) Ansiedad generalizada

Consiste en un estado de ansiedad y preocupación constante y persistente, con inquietud, tensión muscular, cansancio, irritabilidad, problemas para concentrarse y problemas de sueño.

Cuando estos síntomas ocurren durante al menos seis meses e impiden que la persona funcione de modo normal en su vida diaria (en el trabajo, en sus relaciones, etc.), existe la posibilidad de que se trate de un trastorno de ansiedad generalizada.

Síntomas

El síntoma principal es la incapacidad para relajarse. La persona se siente tensa, asustada, se sobresalta por cualquier cosa, se siente inestable y débil. Puede sentir síntomas físicos de ansiedad, como manos sudorosas, palpitaciones, sensación de falta de aire, deseo urgente de orinar, náuseas, diarrea, o sensación de mareo o de estar a punto de desmayarse (aunque solo un 3,4% llega a desmayarse realmente).

A nivel cognitivo, el síntoma más común consiste en los problemas de concentración que experimentan, así como la incapacidad para controlar su pensamiento, la confusión o la incapacidad para recordar cosas importantes.

También es común que se den diversos miedos, como miedo a perder el control, miedo a ser rechazados, miedo a ser atacado o miedo a morir.

Además, se producen también dificultades para comunicarse, de manera que pueden hablar con frases desconectadas o interrumpidas, o bien bloquearse al hablar.

Los factores que predisponen a este trastorno pueden ser los siguientes:

Factores hereditarios

- Enfermedades físicas que den lugar a trastornos neuroquímicos, como el hipertiroidismo.
- Experiencias personales que han impedido desarrollar mecanismos adecuados para afrontar el estrés.
- Patrones de pensamiento inadecuados, como metas poco realistas, o valores imperativos contraproducentes aprendidos de otras personas importantes, como pueden ser los padres.

Los factores precipitantes también suelen ser diversos, aunque la mayoría de ellos están relacionados con el estrés.

Sin embargo, no hay que olvidar que estos factores precipitantes no actúan solos, sino que lo más frecuente es que se trate de personas con ciertos sentimientos de inadecuación, dudas o miedos.

Por tanto, en la mayoría de los casos, la ansiedad suele ser una extensión de problemas que estas personas han estado experimentando durante toda su vida.

2.4.3. COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Cano “Los diabéticos no presentan una mayor prevalencia de trastornos psicológicos que otras enfermedades crónicas. No obstante, ciertos subgrupos de diabéticos suelen ser más susceptibles a padecer ciertos trastornos del comportamiento; es el caso de los trastornos del comportamiento alimentario tales como anorexia y bulimia en mujeres diabéticas insulino-dependientes; los trastornos en el área intelectual que sufren los diabéticos con antecedentes de múltiples episodios de hipoglucemia o aquellos en los que inciden varios de los factores de riesgo aterosclerótico”.

Borroto (2005) “Los estilos de vida y hábitos tóxicos, constituyen otro problema que está relacionado con la dificultad en la modificación de las conductas de estos enfermos. Entre ellas podemos citar las costumbres alimentarias, la convivencia, no disponer de recursos financieros que soporten estos cambios, la obesidad, el sedentarismo, las hiperlipidemias, hábitos alimentarios, el hábito de fumar y bebidas alcohólicas son factores de riesgo de Hipertensión Arterial”.

2.4.4. ESTRÉS

Conjunto de reacciones (biológicas, psicológicas) que se desencadenan en el organismo cuando éste se enfrenta de forma brusca con un agente nocivo cualquiera que sea su naturaleza.

Los causantes de estrés tienden a hacer que su cuerpo se acelere y se ponga tenso y así ayudarle a pasar por una situación de estrés. El cuerpo se está protegiendo, preparándolo para huir de una amenaza o afrontarla y así mantenerse seguro.

Los síntomas son:

- Aumento de la frecuencia cardíaca

- Aumento de la presión arterial
- Los músculos se contraen
- Respiración entrecortada
- El cuerpo libera unas hormonas que actúan aumentando la glucosa en su sangre

Como afecta a los Diabéticos

“El estrés afecta directamente a la Diabetes, causando los siguientes cambios en el cuerpo:

- Aumento significativo de la glucosa en la sangre
- Disminución de la glucosa en la sangre
- Puede comenzar a producir cetonas
- Puede comenzar a sentir síntomas tales como dolores musculares, diarrea, cansancio, respiración entrecortada y cefaleas

El estrés también puede tener un efecto indirecto en la Diabetes, causando cambios de comportamiento, hábitos, rutinas, acciones y perspectivas saludables, a unos no saludables, tales como:

- Volverse irritable, ansioso, enojado, deprimido o tener baja su autoestima.
- Incremento en la ingesta de alimentos, no consumir alimentos a tiempo, fumar, habituarse al alcohol o las drogas, o gastar dinero en exceso”.¹⁷

Se puede utilizar algunos de estos cambios en el comportamiento como una forma de evadir los verdaderos problemas que causan el estrés. Sin embargo, todos estos cambios son malos para el control de la Diabetes pudiendo causarle más estrés. Cualquier cambio en el cuidado personal (un

¹⁷ MARCUS I. ESTRÉS Y LA DIABETES. Información Educativa de BD Consumer Healthcare, 2002, pag.3-4.

cuidadoso balance entre el plan de comidas, medicamentos y el ejercicio) puede causar que el azúcar en la sangre se salga de control. Tomar alcohol o usar drogas, pueden cambiar el balance químico del cuerpo. Además, las emociones tales como la depresión o la ansiedad, pueden causar la secreción de más hormonas y causar que aumente la azúcar en la sangre.

Como afecta a los Hipertensos

“Los efectos del estrés en el organismo son múltiples: en el aparato circulatorio, Hipertensión arterial, activación de factores protrombóticos, infarto de miocardio, aterosclerosis y accidente cerebro vascular, aumento de la homocisteína plasmática (aminoácido asociado a enfermedad vascular), disminución de la vasodilatación dependiente del endotelio (óxido nítrico) en el aparato respiratorio inducción de una crisis asmática, en el aparato digestivo disminución de la protección gástrica y generación de úlceras, aumento de la irritabilidad en el riñón aumento de la reabsorción de sodio y estimulación de la liberación de renina con elevación de los niveles plasmáticos de angiotensina II en el sistema inmunitario depresión inmunológica; en la regulación del peso corporal inhibición de la leptina, hormona producida por el tejido adiposo y reguladora del peso corporal, en las funciones mentales disparo del trastorno bipolar”.¹⁸

2.4.5. CONFLICTOS FAMILIARES

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que genera cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo de paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

¹⁸ COVIELLO A. ESTRÉS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PSICOSOMÁTICA. Conferencia dada en las Jornadas de Psicología. Asociación Psiquiátrica Argentina, 2005, pag.4.

“Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etc”.¹⁹

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente “sea etiquetado como diferente”, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidado y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc., que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible. La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, el funcionamiento de la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar; ante esto el médico debe prevenir, diagnosticar e intervenir ya sea directamente a través del equipo multidisciplinario de salud.

Dentro de las respuestas a la enfermedad adaptativas que genera la familia, se puede observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilidad de límites, etc. También se observan los desajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo. Otro ajuste que frecuentemente es necesario para dar respuesta a la situación se encuentra en la redistribución y

¹⁹ FERNÁNDEZ. CONFLICTOS FAMILIARES DE LOS DIABÉTICOS E HIPERTENSOS, 2003, pag.4.

acondicionamiento de espacios y al tipo de alimentación, que en el caso de familias de escasos recursos, es un conflicto grave, que lleva en ocasiones a la imposibilidad del manejo domiciliario de paciente crónico.

Finalmente es importante considerar las respuestas adaptativas de la familia en función del ambiente social_ el cual está limitado para llevarse a cabo de una manera normal_ debido a que en ocasiones se tiene que aislar al miembro enfermo para poder atenderlo.

Se ha considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad; no sólo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, es ésta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia, produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo.

2.4.6. VIDA SEXUAL

Hernández “La conducta sexual, se ha reflejado preferentemente, desde una perspectiva de pérdida o de interferencia de la enfermedad.

Este predominio en aludir a la sexualidad desde la perspectiva de la interferencia, probablemente viene dada por el estudio con enfermos, dado que muchas enfermedades crónicas (como las enfermedades cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2 o algunos cánceres) traen aparejada una disminución en la actividad sexual. Esto, en algunos casos, es producido por la propia condición, que puede llevar restricciones temporales en la actividad sexual, pero en muchas ocasiones, sin embargo, esto puede ser debido a problemas psicológicos (tales como pérdida de deseo, miedo...). A esto se unen las posibles alteraciones del humor que pueda padecer el enfermo y que perjudican su relación con las personas de su entorno y, subsidiariamente puedan afectar a sus relaciones sexuales;

Por ejemplo, después del diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles son comunes los problemas en las relaciones de pareja, y el funcionamiento sexual resulta un aspecto especialmente vulnerable, que puede estar directamente afectado por los tratamientos”.

Durante la relación sexual acontecen una serie de procesos físicos, destacando la erección en el hombre y la lubricación, tumefacción vaginal en la mujer, acompañados de elementos subjetivos en la excitación sexual. También se producen reacciones en un ámbito general orgánico, como aumento de la presión arterial y de las frecuencias cardíaca y respiratoria, vasodilatación cutánea, etc.

En la fase final del orgasmo aparecen sensaciones y contracciones musculares incontroladas e involuntarias. Por esto, durante la relación sexual participan tanto procesos corporales como psicológicos, y siempre de dos personas. En este ámbito, veremos que pueden aparecer problemas sexuales relacionados con lo físico (disfunción eréctil, vaginismo...), pero los más frecuentes son los psicológicos en relación con la aceptación de la Diabetes e Hipertensión por parte de ambos.

Los problemas sexuales deben abordarse siempre en conjunto, con la pareja. Es necesario que la pareja de un Diabético o Hipertenso conozca que éste tiene dicha enfermedad y que este hecho no significa de entrada ninguna limitación en su vida de relación ni sexual. Como en cualquier otra faceta de la vida, es imprescindible un diálogo abierto y sincero entre ambos. En la vida sexual debemos hablar con nuestra pareja sobre lo que nos gusta o no, lo que nos apetece y cuando nos apetece, los deseos, fantasías, etc.

CAPÍTULO III

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

3.1. PSICOTERAPIA

“Es una disciplina auténticamente psicológica por ser nacida de la Psicología misma y no de otra ciencia, aunque potras incursionen en este campo.

Como técnica del tratamiento psicológico utiliza la palabra enmarcada en la relación paciente –terapeuta. De dicha relación e instrumento se establecen cambios cuantitativos y cualitativos de la personalidad, que se manifiestan en la actividad social”.

La verdadera esencia de la Psicoterapia no radica en la conversación o comunicación entre dos o más personas, ni en procurar la adaptación pasiva del sujeto a su medio o el alivio circunstancial de sus molestias; está en la incitación de transformadores en la personalidad que impriman un sentido a la actividad social del individuo y reflejen un nuevo estilo de autoresolución.

3.2. PASOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO Y SUS ESTRATEGIAS

- 1) Investigación
- 2) Planificación
- 3) Aplicación de técnicas

1) INVESTIGACIÓN

“Cuando inicia y termina el proceso terapéutico

Motivaciones y expectativas previas a la primera entrevista en el paciente, en el terapeuta, en terceros.

1. Establecer rapport
2. Aproximación diagnóstica (diagnóstico presuntivo)

Diagnóstico clínico y etiopatogénicos

Diagnóstico de la personalidad, actitudes y motivaciones para el tratamiento

Diagnóstico de entorno

Confesión y desinhibición emocional

Estructura y afianzamiento de la relación terapéutica

2) PLANIFICACIÓN

- Formulación etiopatogenia
- Descripción de la personalidad
- Formulación de objetivos
- Señalamiento de técnicas

3) APLICACIÓN DE TÉCNICAS

- Proceso operativo
- Evaluación de la psicoterapia
 - Criterios del paciente
 - Criterios del terapeuta
 - Criterios de familiares y terceros
 - Utilización de reactivos y registro psicológico
 - Mediciones fisiológicas

La relación psicoterapéutica

- Características personales del paciente
- Fenómenos de relación
 - Contenidos racionales
 - Contenidos irracionales

Las Comunicaciones en Psicoterapia

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y ANÁLISIS

- Interrogatorio

- Reformulación de contenidos
- Proporcionar contenidos
- Seguir y dar consejos
- Generalizaciones
- Incitación general
- Confrontación o señalamiento
- Operación de encuadre o estructuración
- Reafirmación o técnica de apoyo, técnicas de comunicación y su análisis
- Reflejos de sentimiento
- Silencio
- Interpretaciones

INTERPRETACIÓN DE LAS COMUNICACIONES VERBALES

- Aclaraciones
- Comparaciones
- Interpretación de deseos y defensas
- Una interpretaciones de las comunicaciones no verbales

La Terapia Explicativa y la Proporción de Información

- Proporción de información, consejo directo, esclarecimiento e interpretación.
- Abordaje explicativo sobre la etiología
- Evitar las distorsiones de la psicoterapia
- La reflexología propone dos terapias:
 - La explicación metódica de las causas que produce el trastorno
 - Explicación de cómo se forman conexiones temporales de tipo patológico.

Resolución de problemas

La forma como nos desenvolvemos ante situaciones críticas está influida por los hábitos consolidados a través de la experiencia anterior.

La resolución de problemas supone los siguientes pasos:

1. Orientación general
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. Verificación de resultados²⁰

3.3. TERAPIA DE APOYO

Es una técnica que utiliza una serie de recursos destinados a restituir o reforzar las defensas del yo, en paciente cuyo marco de referencia perceptivo se encuentra mal integrado, enseñándole a enfrentar con éxito sus problemas emocionales.

El objetivo básico es que el paciente retorne a su nivel del equilibrio emocional, a través de la reducción de los síntomas que generan ansiedad y que perturban al yo mal estructurado.

La finalidad de esta acción es restaurar la homeostasis psicológica, el equilibrio que permita reducir o eliminar los síntomas que le generan ansiedad a través de mecanismos reforzantes.

Según Pancheri (1982), la técnica de la psicoterapia se basa en tres objetivos:

1. Reducir la ansiedad y la agresividad

²⁰ BALAREZO L. PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD. 1ra.edición Ed. UNIGRAF, Quito-Ecuador, 2010.

2. Aumento de la capacidad de análisis de sus relaciones interpersonales.
3. Aumento de la capacidad de introspección.

“La psicoterapia de apoyo proporciona un período de aceptación y dependencia temporal para un paciente que necesita ayuda, para tratar con sentimientos de culpa, vergüenza y ansiedad; para enfrentarse con la frustración o las presiones externas, las mismas que han sido intensa o traumáticas no pudiendo ser controladas de forma efectiva.

La terapia de apoyo emplea medidas directas para reducir los síntomas mantener, restaurar o mejorar la autoestima, las funciones del ego y/o habilidades adaptativas. La autoestima implica la sensación de eficacia, confianza, esperanza y auto-respeto.

Se detalla a continuación algunas de las siguientes técnicas entre las más importantes:

- **La liberación de sentimientos.** Se efectúa la función catártica un factor terapéutico para realizar la descarga emocional a través de las verbalizaciones alivian el yo del paciente.
- **El reforzamiento del principio de la realidad.** Cuando la crisis emocional es intensa el paciente pierde el control de la realidad refugiándose en la fantasía. El terapeuta de ser objetivo en sus apreciaciones y críticas para que el paciente adopte una actitud más realista y menos emocional.
- **Enseñarle a razonar.** Uno de los grandes problemas que tienen las personas con dificultades emocionales es la deficiente y a veces nula capacidad de razonar; pacientes con un buen potencial de inteligencia no utilizan estos recursos o no saben cómo emplearlo, de manera que el terapeuta debe poner todo su empeño en enseñarle a utilizar sus potencial cognitivos, reforzándole continuamente cualquier actividad por

pequeña que sea, a fin de darle confianza en su capacidad de resolver sus dificultades. La idea fundamente es que el paciente piense correctamente eliminando sus pensamientos ilógicos que son la base de la conducta desadaptada.

Relajación progresiva y musicoterapia. Constituye una técnica física de gran utilidad como complemento de la psicoterapia de apoyo, ya que actúa eficazmente reduciendo la ansiedad. Al respecto, utilizamos la técnica Relajacion Progresiva siendo utilizada para el tratamiento de la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, depresión, tartamudeo, espasmos muscularea e hipertensión etc”.²¹

3.4. TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

Rozado (2012) “A diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, Se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos.

El énfasis de la Terapia Cognitiva-Conductual está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. Se utiliza terapias a corto plazo. Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos

²¹ GRIMALDO J. LA PSICOTERAPIA DE APOYO CONCEPTUALIZACIÓN, TÉCNICAS APLICACIÓN, Edit. Prensa, Lima, 1995, pag.77-79.

Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. Paciente, terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.

Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. La meta de la Terapia Cognitiva-Conductual es eliminar, o al menos reducir los síntomas y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento.”

3.5. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Básicamente la propuesta de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) es que pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos, según los estamos percibiendo. Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta y por lo tanto lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados/as, o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta)

La terapia racional emotiva constituye un enfoque amplio del tratamiento psicológico ya que específicamente e intensamente emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus creencias irracionales y esto les ayuda a discutir y desechar tales ideas. Se supone que las personas se trastornan en formas complejas (es decir, cognitivas, emotivas y conductuales); por lo tanto, no existe un modo sencillo de ayudarse ellos mismos o estar menos alterados. Se puede decir que sus problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones erróneas acerca de lo que sucede de los acontecimientos o experiencias.

Las bases de la Terapia Racional Emotiva Conductual:

El elemento principal en el trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo sobre el sí mismo, los demás y el mundo que le rodea. Esta evaluación se realiza a través de las exigencias absolutistas y dogmáticas “debo de” y “tengo que” en relación a estos tres aspectos.

Entonces, la propuesta de este enfoque es que esos “debo de” y “tengo que” rígidas agrupadas dentro de la tríada cognitiva, conllevan a tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluativas llamadas **inferencias**, y son tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación.

En una forma más detallada sería:

1. **Tremendismo:** Se tiende a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, a percibirlo como más de un 100% malo, es pensar que las cosas no deberían ser tan malas como están saliendo.
2. **Baja tolerancia a la frustración o No lo puedo soportar:** Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, y de ahí la calificación de lo insufrible que resulta estar pasando por esa

situación; por eso también se experimenta la sensación de que no se puede ser feliz bajo ninguna circunstancia. Ya sea que la situación presente la probabilidad de presentarse: “si tal cosa ocurre es insoportable, terrible, horrible”; o bien si no hay probabilidad de que se presente: “si tal cosa no ocurre, es insoportable, terrible, horrible”.

3. **Condenación:** Tendencia a evaluar como “mala”, la valía de alguien como persona, o de uno mismo, como resultado de la conducta individual. Es pensar que alguien vale como persona (amigo/a, familiar, pareja) con base en lo que la persona hizo o dejó de hacer, de acuerdo a las demandas que se tengan hacía. Ejemplo: si la pareja no hizo lo que le pedí, como se suponía que debería de haberlo hecho, no es la pareja que yo pensaba, y me decepcionó. O si hizo algo que no debió haber hecho, no es lo que yo pensaba y me decepcionó. Esta condena se aplica al mundo y a la vida en general.

Además del trabajo de Albert Ellis con la TREC, a inicios de los sesenta, Aarón Beck, también da a conocer su trabajo dentro del enfoque cognitivo, para este autor, las personas escuchan sus pensamientos debido a las siguientes características que éstos presentan:

1. Son mensajes específicos discretos, por ejemplo “ella no te quiere”, “la gente piensa que son tonto/a”, “si te pones esa ropa te verás ridículo/a”.
2. Parecen taquigrafiados, es decir, pocas y esenciales palabras, o imagen visual breve.
3. No importa lo irracionales que sean, igual se creen.
4. Se viven como espontáneos, es decir, entran de golpe en nuestra mente, algo pasa e inmediatamente se presenta una frase mental.
5. Se expresan en términos absolutistas.
6. Tienden a dramatizar, ven peligro en todas partes y siempre suponen lo peor.

7. Son relativamente idiosincráticos, solo se tiene una perspectiva de la situación.
8. Son difíciles de desviar, ya que son creíbles, se filtran e integran inadvertidamente en el diálogo interno.
9. Son aprendidos, ya que hemos sido socializados/as para interpretar los sucesos en cierta forma.

“Precisamente, debido a estas características de las creencias, Ellis habla de que la Terapia Racional Emotiva Conductual es un enfoque psicoeducativo, es decir, parte de la tarea del/la terapeuta en un proceso psicoterapéutico, enseñarle a la persona su forma de pensar, a prestarle atención a sus ideas y pensamientos, para que a partir de ese aprendizaje, pueda ser posible el cambio.

1. Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.
2. Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
3. Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
4. Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.
5. Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógico – empíricos de la ciencia.
6. Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.

7. Continuar con este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas".²²

Detección de las ideas irracionales

Ellis entiende por irracionalidad cualquier pensamiento o emoción, comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas y que interfieren de forma importante, en la supervivencia y felicidad del organismo.

Para discernir las ideas irracionales que subyacen a la perturbación emocional de un individuo es necesario buscar las afirmaciones imperativas y exigentes que el paciente se hace así mismo (exigencias e imperativos por tanto internas) cuando quiere, debe, necesita o desea de forma absoluta e imprescindible conseguir algo para encontrar estos imperativos internos el paciente deberá revisar sus debería, tengo y las afirmaciones no empíricas irreales.

Las ideas irracionales nacen de la tendencia del sujeto a ver el mundo algo deformado y hacer afirmaciones antiempíricas acerca de lo que ha ocurrido o posiblemente ocurrirá; afirmaciones que apenas tienen validez porque constituyen sobre generalizaciones extraídas de los datos que se observan y que distorsionan la realidad.

Para poder descubrir los pensamientos irracionales se deberá revisar lo que Ellis denomina cuatro formas principales de irracionalidad:

- 1- Pensar que alguien o algo debería, sería necesario o tiene que ser destino de lo que es
- 2- Calificar de horrenda, terrible, horrorosa esta situación

²² BLANCO I. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL, pag.4-5

- 3- Pensar que no es posible sufrir, soportar o tolerar a esta persona o cosa y afirmar que no debería haber sucedido así
- 4- Ante los errores cometidos, afirmar que el que los comete merece reprobación y puede calificarse de canalla y despreciable.

Terapia Racional y Terapia Cognitiva

- Características de la terapia racional
- Intervención verbal con recursos persuasivos
- Modificar elementos indeseables en el paciente empleando recursos, racionales, intelecto, terapia convence.
- Modificación a través de las vías del aprendizaje
- Terapia racional tiene condiciones que el procedimiento racional sea de vigilia y que modifiquen estructuras mentales por la vía de la discusión racional.

3.6. TERAPIA GRUPAL

“Una enfermedad crónica es aquella que tiene una larga duración en el tiempo y muchas veces empeora su sintomatología hasta provocar la muerte. Sin embargo, no siempre implica que haya de haber un deterioro progresivo y consiguiente pérdida de calidad de vida del enfermo. En algunas enfermedades, el afectado puede curarse o mejorar notablemente

Cabe destacar las terapias grupales. Estas se han mostrado muy eficaces en este tipo de problemáticas porque permiten tener información de la enfermedad a través de personas que la padecen, aprender diferentes estrategias y tener un apoyo mutuo. Siempre que haya la oportunidad y el paciente esté de acuerdo se optará por hacer un tratamiento que combinará la terapia individual con la grupal.²³

²³ GÓMEZ R. PSICOTERAPIA DE GRUPO, PRINCIPIOS BÁSICOS Y APLICACIONES, pag.8-11

Este tipo de terapias se plantean diferentes objetivos a pesar de que lo que los engloba a todos son los de favorecer la asimilación, aumentar el estado de ánimo, reducir la ansiedad, los miedos y potenciar una reinserción social, como más importantes. El tratamiento actúa en tres niveles:-nivel fisiológico-nivel cognitivo-nivel conductual.

Nivel fisiológico.- Muchas veces la interferencia que provoca el problema, genera una ansiedad permanente que perjudica al afectado agravando la sintomatología de la enfermedad y potenciando el bajo estado de ánimo. Por ello, en este ámbito, se trata principalmente de reducir el nivel de ansiedad y conseguir un nivel de activación adecuado.

Por este motivo se hace un entrenamiento en respiración y relajación con la modalidad que más se adapte al paciente.

Nivel cognitivo.- La asimilación de la enfermedad y el convivir día a día con las limitaciones generan unos pensamientos negativos que son el objetivo a perseguir en el nivel cognitivo. Estos pensamientos negativos van dirigidos a la pérdida de esperanza, al miedo al rechazo y a la pérdida de autoestima, entre otros.

Nivel conductual.- El estado de ánimo será un aspecto primordial a tener en cuenta en todas las fases, para mantenerlo es necesario tener una vida relativamente activa, por lo que se acuerda con los pacientes una planificación del tiempo adaptada a sus circunstancias; que incluya diversas actividades gratificantes especialmente a nivel social pero también a nivel individual.

Lo que más destacamos es trabajar favoreciendo nuevas estrategias para potenciar la autonomía de los pacientes además de las habilidades sociales que se pueden verse deterioradas ante el posible cambio en las condiciones físicas.

Beneficios

“La terapia de grupo cuenta con muchas ventajas a su favor como vehículo para ayudar a las personas a cambiar: sus actitudes, cogniciones, sentimientos y conductas.

Entre ellas podemos destacar:

- Es un buen contexto y una buena oportunidad para observar y poner en práctica nuevas conductas a través de la interacción de las personas que constituyen el grupo.
- El grupo sirve como apoyo social y permite al paciente darse cuenta de cómo, otras personas, viven su mismo problema.
- Menor tiempo de terapia y un inferior coste económico.
- Promueve el desarrollo y crecimiento personal.
- Incrementa su sensación de bienestar, autoimagen y autoestima.
- Permite disminuir la sensación de aislamiento y soledad tan frecuente en algunas personas.
- Descubrir liderazgos para ayuda en la terapia grupal.
- Provee una oportunidad para observar y reflexionar en las técnicas sociales propias y de los demás.
- Provee una oportunidad para beneficiarse a través de la participación activa así como de la observación cuidadosa dentro de la terapia de grupo.
- Ofrece una oportunidad para dar y recibir retroalimentación inmediata sobre preocupaciones, situaciones y problemas que afectan la vida de cada uno.
- Los miembros de la **terapia grupal** se benefician al tratar sus problemas personales en un ambiente de apoyo, confidencialidad y ayudar a los demás a tratar los suyos”.²⁴

²⁴ Centro de Psicología Medicina Psicosomática. TERAPIA GRUPAL. Psic 3 pag.1.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación fue realizada mediante el método analítico; con un estudio de tipo cuantitativo, cualitativo y longitudinal, los medios de recolección de información fueron la observación, la entrevista psicológica y los reactivos psicométricos.

Material 1

OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

La observación es el método básico usado por todos los modelos de psicología que tiene como objetivo previo la recolección de datos de las personas en estudio, no existe manipulación solo se trata de describir signos y síntomas de la condición del paciente para luego analizar las actitudes y comportamientos.

Método 1

Se aplicó de forma individual a la población estudiada durante las reuniones semanales, para tener una idea clara de los síntomas y conflictos que presentaba cada uno de los integrantes.

Material 2

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

González (2007). "Es el conjunto de información surgido de la relación entre el médico y el paciente, (el único documento válido desde los puntos de vista clínico y legal en todos los niveles de atención en salud).

La Historia Clínica se define como una recopilación de la información acerca de la enfermedad de un individuo; en donde se describen hallazgos,

consideraciones, resultados de investigaciones y detalles del tratamiento relacionados con la enfermedad misma.

La Historia Clínica recoge la información más elaborada sobre el problema de salud que originó el ingreso en la cual se refleja la historia biopsicosocial del enfermo y consta de diferentes secciones:

- Antecedentes (personales, familiares, perinatales, obstétricos, psicosociales, etc.).
- Psicoanamnesis personal y familiar.
- Examen físico.
- Discusión diagnóstica.”

Método 2

Individual

Mediante la entrevista psicológica se realizó de forma sistemática la Historia Clínica, que se aplicó a cada paciente, para recopilar todos los datos disponibles que permiten descifrar y explicar el curso de la vida del paciente, para el estudio de la enfermedad.

Estos datos constituyen la base para el diagnóstico y la orientación, de la problemática derivada del padecimiento de estas enfermedades somáticas y las alteraciones psicológicas presentes en cada uno de ellos. Se lo realizó en dos sesiones de 45 minutos.

Material 3

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

La escala de autoevaluación para la depresión fue diseñada por W.W. Zung, desarrollada en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica derivada en cierto modo de la Escala de Depresión de Hamilton, ya

que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

- El rango de calificación es de 20-80.
- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Método 3

La Escala de Depresión de Zung fue aplicada a toda la población investigada de forma grupal, se lo hizo explicándoles pregunta a pregunta para que comprendan y puedan colocar la respuesta correcta, para determinar la patología y poder corroborar con el diagnóstico de la Historia Clínica.

Luego del diagnóstico, poder planificar la terapia adecuada para ayudarles a disminuir la sintomatología propuesta.

Posteriormente a la culminación del proceso psicoterapéutico se realizó la aplicación del Retest luego del lapso de 2 meses, con el objetivo de comprobar si mediante la intervención psicológica se logró disminuir síntomas depresivos, la duración fue de 20 minutos por paciente.

Material 4

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAM-A)

Fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión (2) es la más ampliamente utilizada en la actualidad.

Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales.

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

- No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Método 4

Se aplicó al inicio para medir estados de ansiedad en los pacientes del Club de Diabéticos, con el objetivo de poder intervenir con las técnicas respectivas, la duración fue de 15 a 20 minutos según el caso.

Posteriormente a la culminación del proceso psicoterapéutico se realizó la aplicación del Retest luego del lapso de 2 meses, con el objetivo de comprobar si mediante la intervención se logró disminuir síntomas ansiosos.

Material 5

FRASES INCOMPLETAS DE SACK PARA ADULTOS

Es un instrumento sencillo de usar, clasificado entre las técnicas proyectivas. Consiste en una serie de 66 frases incompletas que aluden a diversos ámbitos de la vida personal, que pueden ser agrupadas en cuatro áreas principales: familiar, sentimental y sexual, de relaciones interpersonales, concepto de sí mismo, al interior de cada una de las cuales se exploran aspectos más específicos.

Método 5

Se lo aplicó de forma individual a cada paciente para luego poder determinar los diferentes problemas en las distintas áreas de la personalidad: familia, sexual, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo. Pretendiendo que la información brindada por esta test resulte de utilidad para la evaluación terapéutica, la duración fue de 35 minutos por paciente.

Material 6

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HAM-D)

Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Se recomienda emplearlos siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7

- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Método 6

Se aplicó de forma individual a cada paciente a los 15 días después de haberse aplicada la Escala de Depresión de Zung, para determinar si la sintomatología había variado pero hubo cierta similitud con la anterior y se tenía que aplicar otras técnicas para disminuir los síntomas depresivos, la duración fue de 15 minutos por paciente.

Material 7

CUESTIONARIO INTERNATIONAL PERSONALITY DISORDER EXAMINATION (IPDE MÓDULO DSM-IV)

Mediante este test se conoce los trastornos de personalidad o personalidades psicopáticas (Kochén 1891), debe ser manejado con precaución y sin connotaciones de valor moral, social o político. Hay que distinguir entre RASGO y TRASTORNO de la personalidad de cada uno de los pacientes.

Cuestionario para medir tipos de personalidad; consta de 77 preguntas donde incluyen trastornos de personalidad según el DSM-IV, presenta la siguiente consigna:

1. Propósito de éste cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (verdadera o falsa) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.

3. Cuando la respuesta sea verdadero señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea falso, señalar con un círculo la letra F.

Método 7

Se aplicó para validar los tipos de personalidad de acuerdo al diagnóstico multiaxial del Eje II de la historia clínica, de la misma manera para medir estilos de afrontamiento dentro del proceso psicoterapéutico, la duración fue 25 minutos por paciente.

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

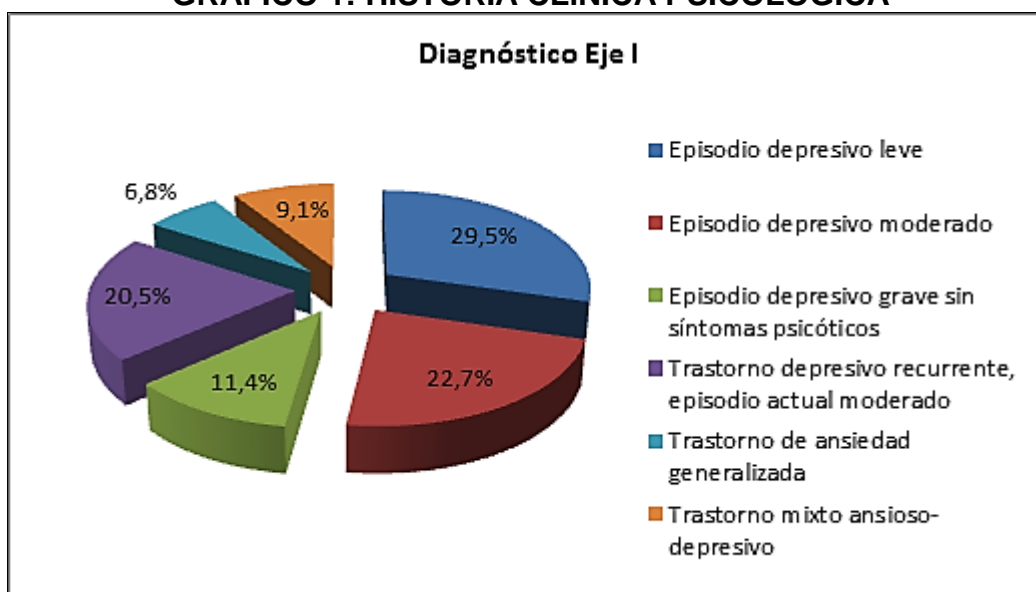
**TABLA 1: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: EJE I**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Episodio depresivo leve	13	29,5%
Episodio depresivo moderado	10	22,7%
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	5	11,4%
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado	9	20,5%
Trastorno de ansiedad generalizada	3	6,8%
Trastorno mixto ansioso-depresivo	4	9,1%
TOTAL	44	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRÁFICO 1: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA



Análisis de resultados: Del 100% de la población investigada el 29.5% presenta Episodio depresivo leve, 22.7% Episodio depresivo moderado, 20.5% Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado, 11.4% Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, 9.1% Trastorno mixto ansioso-depresivo, 6.8% Trastorno de ansiedad generalizada.

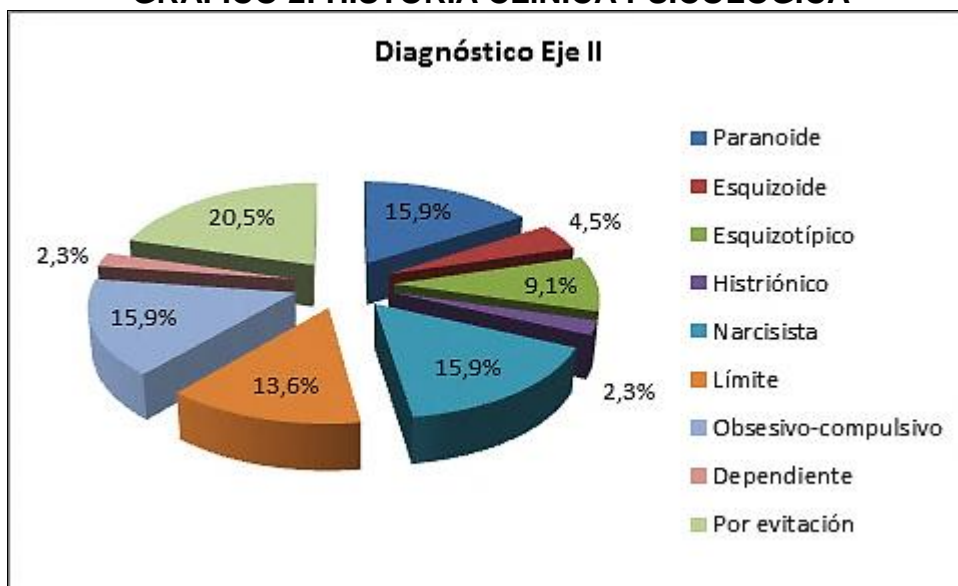
**TABLA 2: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA
DIAGNÓSTICO CLÍNICO EJE II**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Paranoide	7	15,9%
Esquizoide	2	4,5%
Esquizotípico	4	9,1%
Histriónico	1	2,3%
Narcisista	7	15,9%
Límite	6	13,6%
Obsesivo-compulsivo	7	15,9%
Dependiente	1	2,3%
Por evitación	9	20,5%
TOTAL	44	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRÁFICO 2: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA



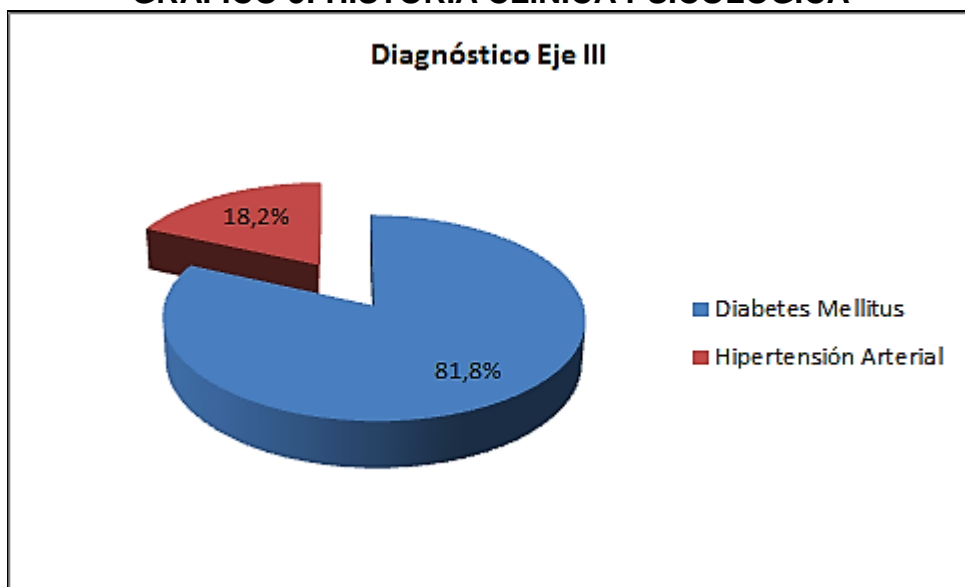
Análisis de resultados: Del 100% de la población investigada presenta los rasgos de personalidad: el 20.5% Por evitación, 15.9% Paranoide, Narcisista y Obsesivo-compulsivo, 13.6% Límite, 9.1% Esquizotípico, 4.5% Esquizoide y 2.3% Histriónico y Dependiente.

**TABLA 3: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: EJE III**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus	36	81,8%
Hipertensión arterial	8	18,2%
TOTAL	44	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRÁFICO 3: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA



Análisis de resultados: Del 100% de la población investigada el 81.8% presentan Diabetes Mellitus y el 18.2% presentan Hipertensión Arterial.

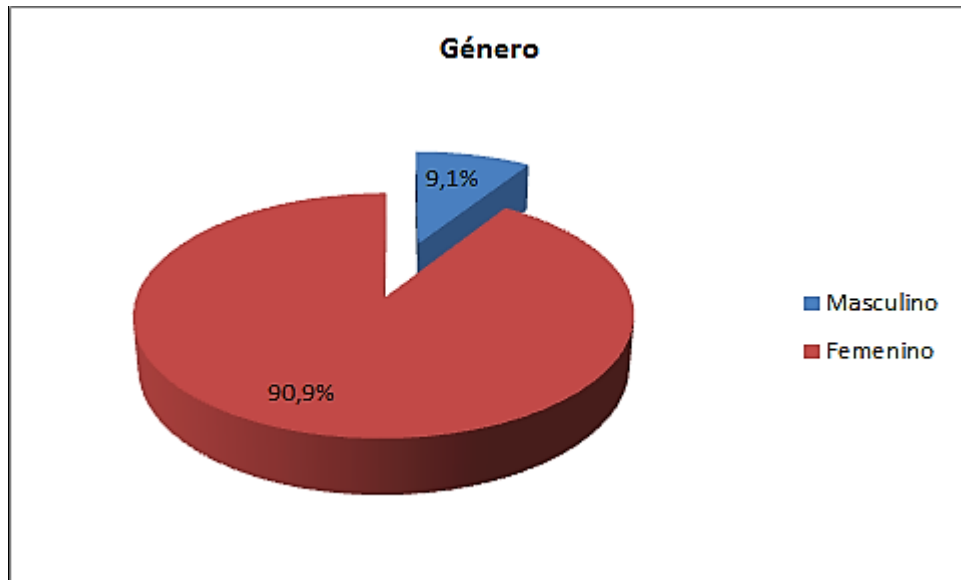
**TABLA 4: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA
DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	4	9,1%
Femenino	40	90,9%
TOTAL	44	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRÁFICO 4: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA



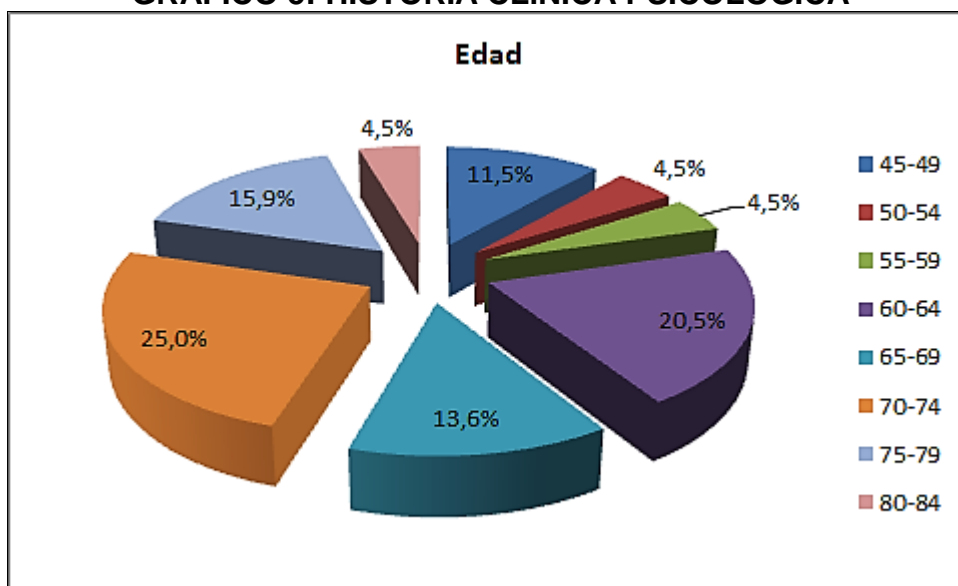
Análisis de resultados: Del 100% de la población investigada el 90.9% corresponde al género Femenino y el 9.1% al género Masculino, el género femenino se preocupan más en buscar ayuda para su salud y tratarse de mantenerse en buenas condiciones.

**TABLA 5: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA
DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
45-49	5	11,5%
50-54	2	4,5%
55-59	2	4,5%
60-64	9	20,5%
65-69	6	13,6%
70-74	11	25,0%
75-79	7	15,9%
80-84	2	4,5%
TOTAL	44	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRAFICO 5: HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA



Análisis de resultados: Del 100% de la población investigada el 25% es el mayor rango de edad comprendido entre 70-74 años ambos sexos, seguido del 20.5% en el rango de 60-64 años, 15.9% en el rango de 75-79, 13.6% en el rango 65-69 años, 11.5% en el rango de 45-49 años y el 4.5% en los rangos 50-54, 54-59 y 80-84 años.

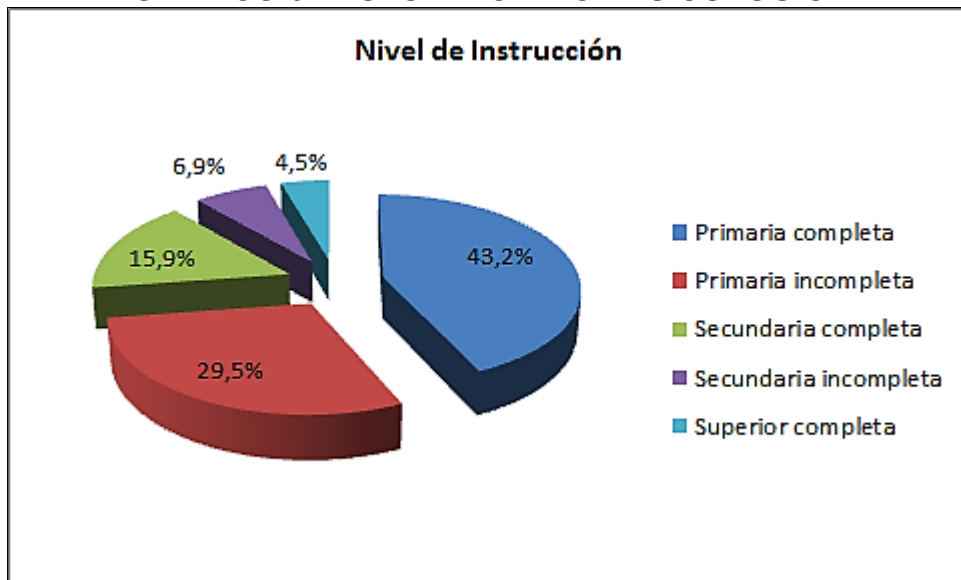
**TABLA 6: HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA
DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	19	43,2%
Primaria incompleta	13	29,5%
Secundaria completa	7	15,9%
Secundaria incompleta	3	6,9%
Superior completa	2	4,5%
TOTAL	44	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRÁFICO 6: HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA



Análisis de resultados: Del 100% de la población investigada el 43.2% primaria completa, 29.5% primaria incompleta, 15.9% secundaria completa 6.9% secundaria incompleta y 4.5% superior completa.

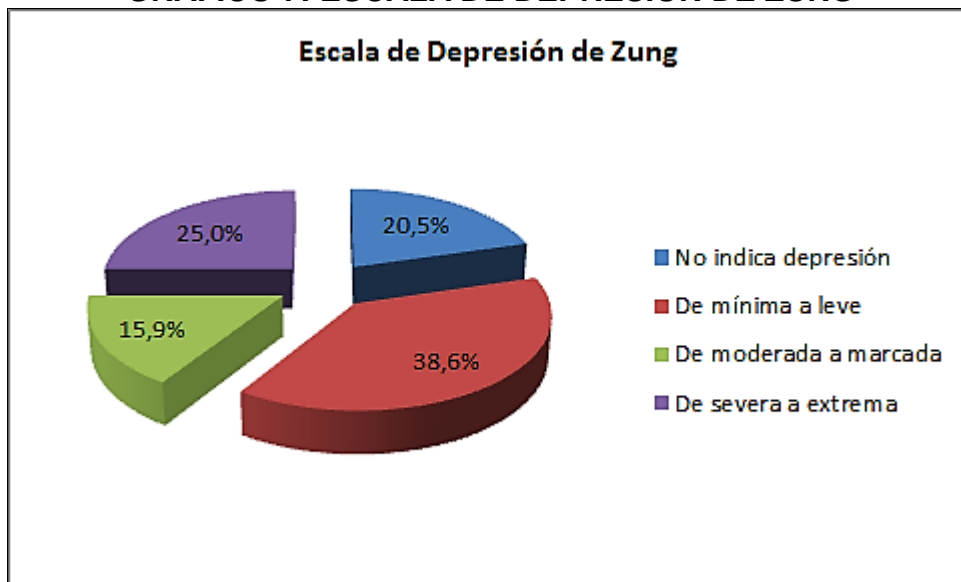
Tabla 7: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Variables	Frecuencia	Porcentaje
No indica depresión	9	20,5%
De mínima a leve	17	38,6%
De moderada a marcada	7	15,9%
De severa a extrema	11	25,0%
TOTAL	44	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos Del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRÁFICO 7: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG



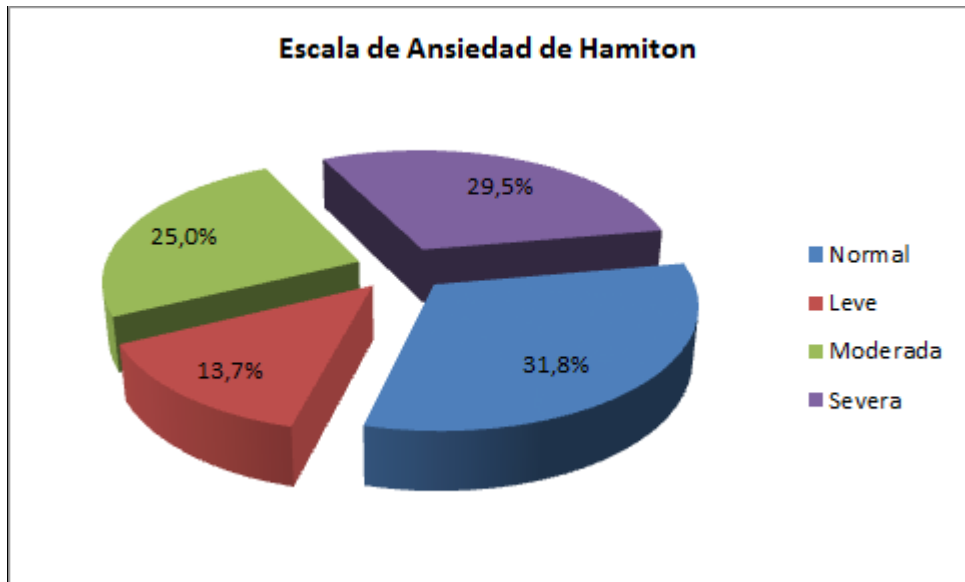
Análisis de resultados: Del 100% de la población investigada en la aplicación del reactivo presentó los siguientes estados depresivos: 38.6% Depresión de mínima a leve, 25% Depresión severa a extrema, 20.5% No indica depresión y 15.9% Depresión de moderada a marcada. A pesar que el mayor porcentaje está de la Depresión mínima también se trabajó en cada uno de ellos para disminuir la sintomatología. No se hace distinción de cuadros depresivo en género por cuanto existe una mínima cantidad de asistentes de sexo masculino.

TABLA 8: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Variabes	Frecuencia	Porcentaje
Normal	14	31,8%
Leve	6	13,7%
Moderada	11	25,0%
Severa	13	29,5%
TOTAL	44	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRÁFICO 8: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON



Análisis de resultados: Del 100% de la población investigada en la aplicación de esta Escala se determinó los siguientes estados ansiosos: el 31.8% Normal, 29.5% Ansiedad severa, 25% Ansiedad moderada 13.7% Ansiedad leve.

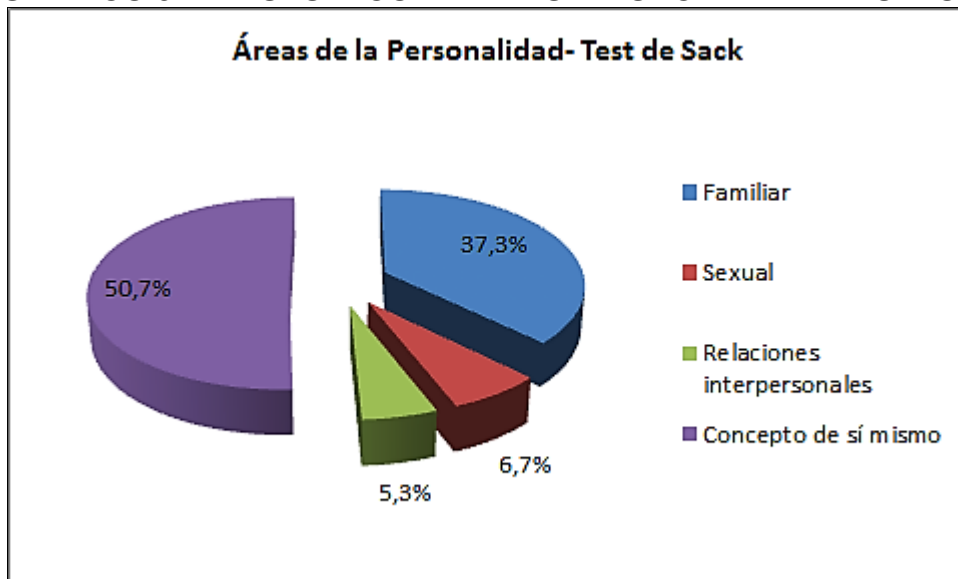
TABLA 9: FRASES INCOMPLETAS DE SACK PARA ADULTOS

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	28	37,3%
Sexual	5	6,7%
Relaciones interpersonales	4	5,3%
Concepto de sí mismo	38	50,7%
TOTAL	75	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRÁFICO 9: FRASES INCOMPLETAS DE SACK PARA ADULTOS



Análisis de resultados: Del 100% población investigada se obtuvo los siguientes resultados en las áreas de la personalidad: el 50.7% Concepto de sí mismo, 37.3% Familiar, 6.7% Sexual y 5.3% Relaciones interpersonales.

Concepto de sí mismo comprende: Miedos, temores, inseguridad, Sentimientos de culpa, Actitudes hacia las propias actitudes, Actitudes frente al pasado, Actitudes hacia el futuro, Metas nivel de aspiración.

Familiar comprende: Relaciones con la madre, padre, familiares.

Relaciones interpersonales comprende: Relaciones con los amigos, autoridades, subordinados, compañeros.

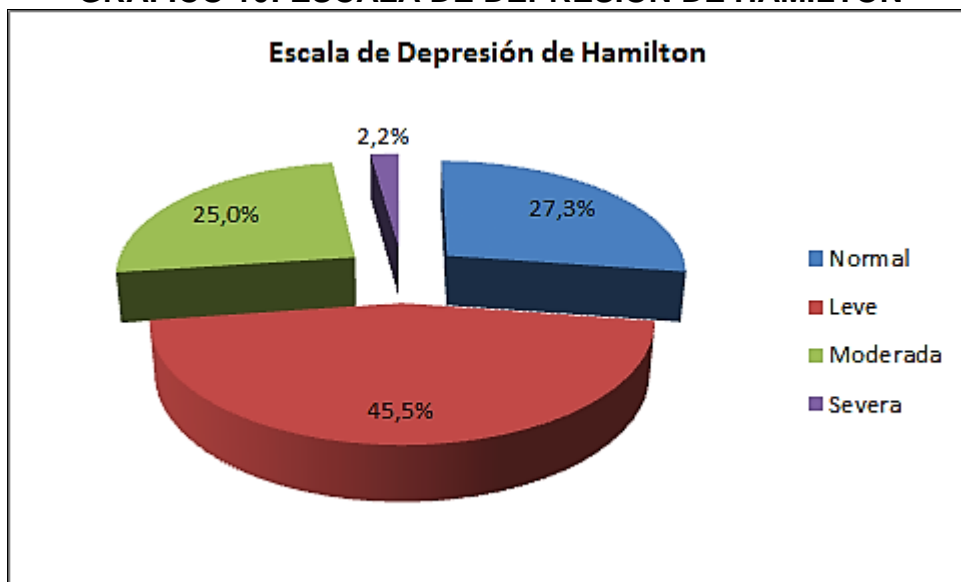
Sexual: Relaciones heterosexuales

TABLA 10: ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Normal	12	27,3%
Leve	20	45,5%
Moderada	11	25,0%
Severa	1	2,2%
TOTAL	44	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRÁFICO 10: ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON



Análisis de resultados: Luego de 15 días de haber aplicado la primera Escala de depresión de Zung, muestra los siguientes resultados la Escala de Depresión de Hamilton: 45.5% Depresión leve, 27.3% Normal, 25% Depresión moderada y 2.2% Depresión severa; indica una similitud a la Escala anterior y la disminución de la sintomatología no es tan evidente por lo que se continua aplicando técnicas para reducir el nivel.

APLICACIÓN DE LOS RETEST

Después del lapso de 2 meses se realizó la aplicación de los Retest utilizando resultados de los pacientes que presentaban patología Depresiva y Ansiosa entre moderada y severa.

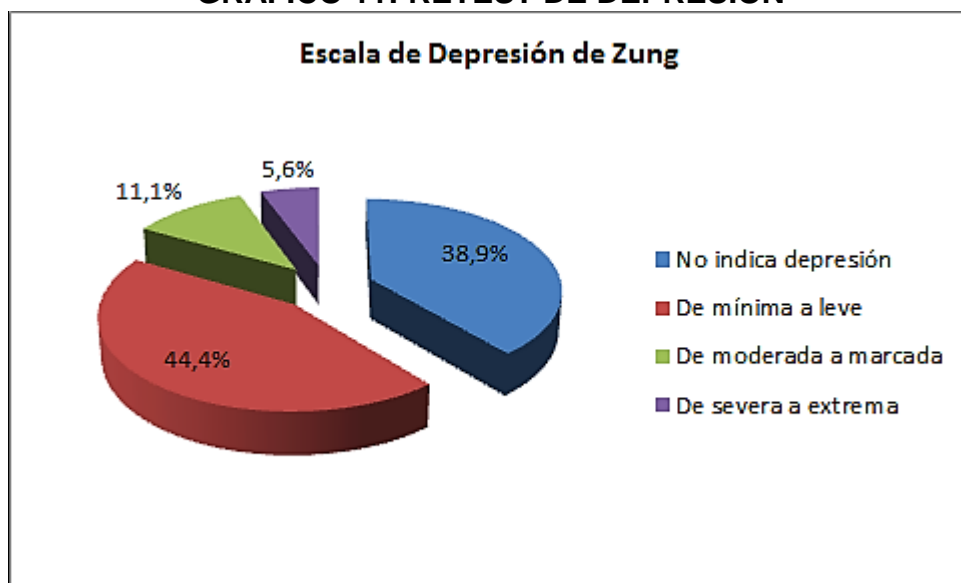
**TABLA 11: RETEST DE DEPRESIÓN
ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
No indica depresión	7	38,9%
De mínima a leve	8	44,4%
De moderada a marcada	2	11,1%
De severa a extrema	1	5,6%
TOTAL	18	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRÁFICO 11: RETEST DE DEPRESIÓN



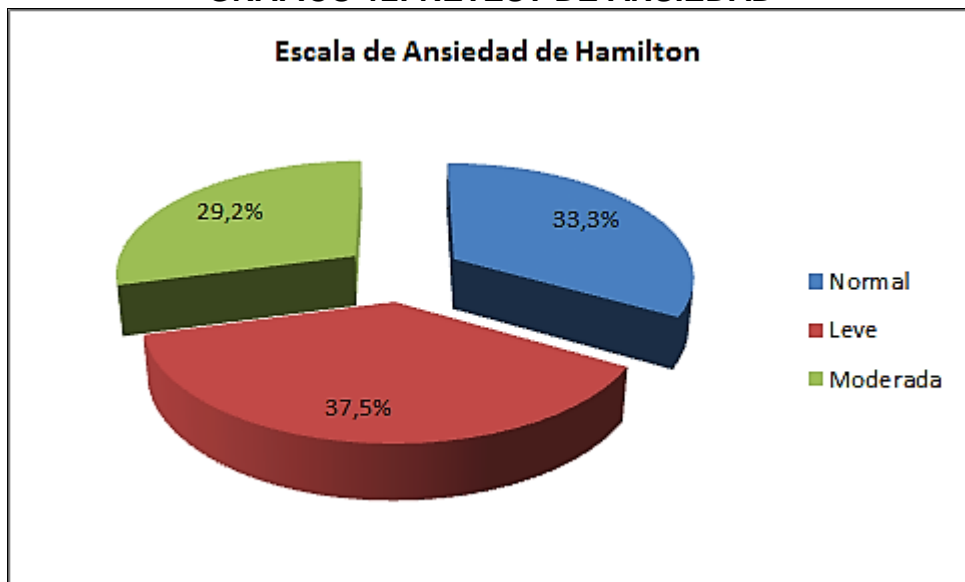
Análisis de resultados: De los 18 pacientes con sintomatología depresiva entre marcada y severa entre ambos sexos se obtuvo los siguientes resultados: 44.4% Depresión de mínima a leve, 38.9% No indica depresión, 11.1% Depresión moderada a marcada y 5.6% Depresión de severa a extrema. Se evidencia una disminución significativa de la sintomatología depresiva, luego de ser aplicada la respectiva psicoterapia.

**Tabla 12: RETEST DE ANSIEDAD
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Normal	8	33,3%
Leve	9	37,5%
Moderada	7	29,2%
TOTAL	24	100%

Fuente: Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
Elaboración: María Esther Robles Carrión

GRAFICO 12: RETEST DE ANSIEDAD



Análisis de resultados: De los 24 pacientes con sintomatología ansiosa entre marcada y severa entre ambos sexos se obtuvo los siguientes resultados: 37.5% Ansiedad leve, 33.3% Normal y 29.2% Ansiedad moderada. No se pudo lograr una disminución completa de la sintomatología ansiosa porque los pacientes siempre están preocupados por su vida cotidiana que por su salud.

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación se la realizó en los Pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General “Isidro Ayora” durante el período de Agosto 2012 a Enero 2013, de los cuales el 90.9% pertenece al género femenino y el 9.1% masculino, en edades desde los 45 hasta los 84 años en ambos sexos.

El objetivo de este estudio fue ejecutar la Intervención Psicológica en los pacientes del Club de Diabéticos; para ello, se les brindó Terapia Cognitiva-Conductual y Racional Emotiva de forma grupal, determinando los estilos de afrontamiento y adherencia terapéutica para que mejoren su calidad dentro de un entorno biopsicosocial.

Se valoró a cada uno de los pacientes, mediante la elaboración de la Historia Clínica Psicológica y la aplicación de los diferentes Reactivos Psicométricos, llegando a obtener los siguientes resultados de acuerdo al diagnóstico multiaxial de los cinco ejes:

Eje I=Depresión moderada, severa y Ansiedad moderada, severa

Eje II=Rasgo de personalidad por Evitación

Eje III= Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial

Eje IV=Problemas personales, familiares, de pareja y sexuales

Eje V=40%

La intervención psicológica que se llevó a cabo, requirió un esfuerzo relativamente importante, en el tratamiento de Terapia Cognitivo-Conductual en forma grupal, teniendo un promedio de doce sesiones psicoterapéutica en total, los resultados mostraron un 60% en la disminución de sintomatología depresiva antes presentada por los pacientes. Con respecto a la psicopatología ansiosa se logró un 40% en la disminución de los síntomas, porque los pacientes siempre están preocupados por su vida cotidiana que por su salud.

El presente trabajo de investigación se lo contrasto con un estudio realizado en la ciudad de México en el año 2005 con el tema: *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes Diabéticos e Hipertensos esenciales.* En el cual participaron 51 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar del Hospital General de la Ciudad de México, 17 Hipertensos, 27 Diabéticos y 7 comórbidos con Hipertensión y Diabetes. Este estudio tuvo como propósito evaluar los efectos de una intervención de tipo cognitivo conductual administrada individualmente sobre la calidad de vida, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar de un grupo de pacientes crónicos. Los resultados señalan que las intervenciones empleadas resultaron eficaces en un 60% para mejorar el estado de las variables abordadas. Esta mejoría también se reflejó en las variables fisiológicas relevantes para los padecimientos incluidos, tales como el índice de glucosa en sangre y la presión arterial, entre otras.

Los pacientes de estudio de la ciudad de México, que mostraron índices elevados de ansiedad grave obtuvieron resultados favorables en un 60% mientras que en los pacientes de estudio de la presente investigación de la ciudad de Loja-Ecuador, que recibieron tratamiento psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual presentaron resultados favorables, similares en un 40%. En cambios en los dos estudios se demuestra que el tratamiento psicológico en pacientes con síntomas depresivos muy altos mostraron mayores beneficios en un 60%.

En conclusión los dos estudios presentaron eficacia en los resultados para mejoría de las alteraciones psicológicas de cada uno de los pacientes, razón por la cual se recomienda la utilización de técnicas psicoterapéuticas con enfoque cognitivo conductual, en pacientes diabéticos e hipertensos con sintomatología ansiosa y depresiva.

VIII. CONCLUSIONES

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

- Ψ Los pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General “Isidro Ayora” presentaron alteraciones psicológicas como Depresión, Ansiedad, Problemas personales, Conflictos de pareja, familiares y sexuales.
- Ψ Mediante la Terapia de Relajación se pudo disminuir la sintomatología presentada anteriormente en los paciente Diabéticos e Hipertensos y el rasgo de personalidad Por Evitación es el más frecuentes en los pacientes Diabéticos e Hipertensos con el 20.5%
- Ψ Con la aplicación del Plan de Intervención Psicológico propuesto, en sesiones psicoterapéuticas a los pacientes, se pudo cumplir con los objetivos propuestos que es el de mejorar la calidad de vida de los pacientes Diabéticos e Hipertensos y los estados emocionales así como también las estrategias de afrontamiento para sus conductas desadaptativas por su situación cotidiana.

IX. RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones propuestas se formuló las siguientes recomendaciones:

- Ψ Luego de los resultados obtenidos a través de los reactivos psicológicos aplicados a los pacientes Diabéticos e Hipertensos se obtuvo altos porcentajes de Ansiedad, Depresión, Estrés, problemas personales, familiares y de pareja, siendo necesario considerar una propuesta de Intervención Psicológica individual y familiar a los pacientes plenamente diagnosticados para preservar la calidad de vida.
- Ψ Se les recomienda a los miembros del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, integrar a los familiares a las sesiones terapéuticas que se efectúan una vez por semana, pretendiendo lograr una Psicoeducación integral en el tratamiento y control, así como las consecuencias psicosociales que acarrearán las enfermedades genéticas como la Diabetes e Hipertensión.
- Ψ Se recomienda implementar la participación de un Equipo multidisciplinario (médico, podólogo, psicólogo clínico, educadora para la salud, enfermera, nutricionista, trabajadora social) para ayudar a los pacientes del Club de Diabéticos Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja con el fin de evitar o prevenir complicaciones y discapacidades físicas en los integrantes del mismo.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Las estrategias de intervención se construyen a partir de la educación y evaluación de las esferas conductual, cognitiva y emocional del paciente, así mismo, de las habilidades de autocuidado, adherencia al tratamiento y recursos de afrontamiento frente al estrés; con el fin de diseñar una propuesta de Intervención Psicológica.

Se la realizó mediante tres pasos:

Investigación

Planificación

Aplicación de técnicas

PASOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO Y SUS ESTRATEGIAS

1) INVESTIGACIÓN

La investigación psicológica tuvo como objetivo detectar las patologías más frecuentes en los pacientes Diabéticos e Hipertensos, ejecutándolo de la siguiente manera:

Observación psicológica, para tener una aproximación a los pacientes y así poder establecer un adecuado rapport y empatía para la predisposición al tratamiento psicológico.

Elaboración de la Historia Clínica, detallando las diferentes situaciones personales, familiares y sociales que se han estado presentado en la vida de cada paciente, así poder obtener el diagnóstico multiaxial correcto con los ejes correspondientes.

Además con la aplicación de los diferentes Reactivos Psicológicos, sirvieron para corroborar el diagnóstico propuesto anteriormente.

2) PLANIFICACIÓN

De acuerdo a la investigación psicoterapéutica que se efectuó en la Investigación se puede establecer un Diagnóstico Presuntivo de cada uno de los pacientes como:

- Sintomatología Ansiosa y Depresiva por el diagnóstico de la enfermedad.
- Sentimientos de minusvalía
- Sentimientos de inseguridad
- Problemas personales, familiares y de pareja
- Frustración
- Miedo a ser abandonados
- Problemas económicos

De acuerdo a la situación de cada paciente se plantearon los siguientes Objetivos:

GENERAL:

- Tratamiento psicológico integral al paciente Diabético e Hipertenso

ESPECÍFICOS:

- Disminución de sintomatología y estados de ánimo negativos durante la enfermedad del paciente
- Adecuar la información de la enfermedad al paciente
- Eliminar creencias irracionales sobre la enfermedad de los pacientes
- Entrenamiento en habilidades sociales y estilos de afrontamiento en el control de la enfermedad, para que tengan una mejor calidad de vida
- Proporcionar una adecuada adherencia terapéutica al Tratamiento Médico

- Preparar al familiar del paciente Diabético e Hipertenso durante todo el proceso de la enfermedad

Terapia a utilizarse:

- Psicoterapia Individual: (Psicoterapia de Apoyo, Terapia Explicativa Psicoterapia Racional Emotiva)
- Terapia Grupal: (Psicoeducación, Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Racional Emotiva y Terapia de Relajación)

Técnicas Grupales:

- Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad
- Técnica de autocontrol.
- Técnica de reestructuración cognitiva.
- Técnica de solución de problemas.
- Técnica de auto-seguridad y autoestima.
- Técnica de autoimagen positiva.
- Técnica de relajación y musicoterapia

Técnicas Individuales:

- Liberación de sentimientos
- Sugestión
- Técnicas de relajación y musicoterapia
- Ejercicios respiratorios

Beneficiarios: Pacientes con enfermedades genéticas crónicas como Diabetes e Hipertensión. Tratadas/os en el Club de Diabéticos del Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Beneficios de la Psicoterapia Racional Emotiva y Cognitivo-Conductual en el tratamiento de pacientes Diabéticos e Hipertensos

- ❖ Reducción efectiva del estado emocional que experimentan los pacientes y familiares ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad y sus dominios de los síntomas físicos.
- ❖ Para tratar los problemas relacionados en el control de los síntomas del paciente y obtener una mejoría en su calidad de vida.
- ❖ Mejora la adherencia a los tratamientos médicos
- ❖ Ayuda a una mejor regulación de su estado de ánimo
- ❖ Buscar las posibles soluciones de afrontamiento para resolver los conflictos interpersonales, familiares, de pareja y tener una mejoría en su vida cotidiana.

3) APLICACIÓN DE TÉCNICAS

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA MEDIANTE SESIONES INDIVIDUALES Y GRUPALES

SESIÓN # 1

TEMA: Explicación de la metodología y de los objetivos terapéuticos.

Objetivos:

- Ψ Motivar a los pacientes a la participación y compromiso de la terapia.
- Ψ Exponer la propuesta metodológica y pautas del funcionamiento terapéutico.

Estrategias de Intervención:

Terapia explicativa

Procedimiento

Momento	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Aplicación de técnicas de Relajación pasiva.	5 min	Terapeuta
	Se le enseña a respirar profundamente para disminuir sintomatología.	20 min	Terapeuta Pacientes
Motivación	Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento.	15 min	Terapeuta Pacientes
	Establecer los acuerdos y normas de la intervención psicológica.	15 min	Terapeuta

Resultados Esperados:

Se logró reafirmar la empatía con los pacientes, para poder establecer acuerdos y compromisos del proceso de Intervención Psicológico en el Club de Diabéticos del Hospital “Isidro Ayora”.

SESIÓN # 2

TEMA: Terapia de apoyo.

Objetivos:

- Ψ Ayudar a cada uno de los pacientes a buscar las diferentes alternativas para solucionar sus problemas cotidianos.
- Ψ Reafirmación de la empatía y rapport.

Estrategias de Intervención:

Técnica liberación de sentimientos

Procedimiento

Momento	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Se recapitula lo anterior, relajación pasiva para disminuir sintomatología.	15 min	Terapeuta
	Se explica adecuada la actividad a realizar (objetivos, beneficios de la misma).	5 min	Terapeuta
Motivación	Reforzarle la sensación de ser comprendido y mejorar la relación terapéutica	20 min	Terapeuta Paciente

Resultados Esperados:

Con la aplicación de la psicoterapia de apoyo se le ayudó al paciente mediante la catarsis, que se liberara de los sentimientos reprimidos, aliviando su yo interior y obteniendo una mejoría en su vida cotidiana.

SESIÓN # 3

TEMA: Técnicas de respiración.

Objetivos:

- Ψ Enseñarle los ejercicios de respiración al paciente para que los apliquen en sus momentos de ansiedad.
- Ψ La respiración es muy importante para el bienestar interior, además un correcto flujo sanguíneo asegura una meditación bien hecha.

Estrategias de Intervención:

Ejercicios de Respiración:

- Controlando la respiración
- Inspiración abdominal, ventral, costal y expiración
- Respiración profunda.

Procedimiento

Motivación	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Comienza por inspirar en respiración completa como te enseñamos en el ejercicio. Contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5...., Después contén la respiración contando 1, 2, 3, 4, 5... y por último espira contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5...	10 min	Terapeuta
Motivación	Lograr una inspiración completa. La persona, colocada en la postura del ejercicio anterior debe llenar primero de aire la zona del abdomen, después el estómago y por último el pecho. Se deben realizar los mismos pasos y	15 min	Terapeuta Pacientes

	después, al espirar, se deben de cerrar los labios de forma que al salir del aire se produzca un breve resoplido. La espiración debe ser pausada y controlada		
Expresión de emociones	<p>Explore su cuerpo en busca de signos de tensión.</p> <p>Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax</p> <p>Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá sólo un poco y a la vez que el abdomen.</p> <p>Cuando se haya relajado sonría un poco. Inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ello, su boca y su lengua se relajarán. Haga respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y descendan el abdomen. Fíjese en el sonido y en la sensación que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más.</p>	25 min	Terapeuta Pacientes

Resultados Esperados:

Se le enseñó tres técnicas de respiración que se realizó conjuntamente con ellos cada uno de los ejercicios, obteniendo que el paciente se relajara porque al inicio se notaban ansiosos, preocupado y tenso por sus problemas de su vida cotidiana.

SESIÓN # 4

TEMA: Técnica de relajación muscular con visualización.

Objetivos:

- Ψ Proporcionar técnicas de relajación muscular y visualización que le permitan a los pacientes disminuir los niveles de ansiedad y depresión así como también tengan un mejor control y dominio ante situaciones estresantes.

Estrategias de Intervención:

Relajación muscular con visualización

Musicoterapia

Procedimiento

Motivación	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Se induce a concebir que cuando nuestro cuerpo recupera su estado de bienestar y salud, el resultado será un mejor estado emocional.	10 min	Terapeuta
	Se instruye a la paciente sobre las condiciones generales de la técnica (posición sentada cómoda, oclusión de ojos, tranquilidad, no movimientos).	15 min	Terapeuta
Motivación	Se inicia el proceso con tres respiraciones profundas y sostenidas Empezamos por tomar aire por la nariz y lo dirigimos a la parte baja del tórax haciendo notar como se separan las últimas costillas y se	30 min	Terapeuta Pacientes

	<p>hincha el abdomen.</p> <p>Se solicita que retenga el aire por tres segundos y que lo comience a dejar salir suavemente por la boca (este ejercicio debe libera la paciente de sus estados de nerviosismo, irritabilidad y ansiedad provocados por factores exógenos, por tal razón se la aplica 6 series de inspiración y expiración).</p> <p>Luego se procede a que el paciente sea consciente de las fuerzas de la gravedad en donde deja cada parte de su cuerpo: Cabeza, cuello, hombros, brazos, manos, tórax, abdomen, cadera, piernas y pies se vuelven cada vez más ligeros y atraídos por esta fuerza de gravedad “Como unas hojas flotantes en el Universo” (Esta instrucción se la da hasta que se pueda evidenciar que en cada parte del cuerpo ha desaparecido cualquier signo de tensión o de contracción muscular).</p> <p>Se le solicita al paciente que siga concentrándose en la relajación de cada músculo, relajándolo, sintiendo su descanso y su respiración. Se empieza por su cabeza tomándose el tiempo necesario para relajar todas las partes del cuerpo hasta llegar a los pies, se le pide</p>		
--	--	--	--

	<p>concentración y que sienta como se ensancha y se extiende el diafragma por la entrada de oxígeno para luego empezar a dar un masaje suave al abdomen, esta respiración permite relajar cada parte del cuerpo. Luego se realiza la visualización de paz y tranquilidad y se observa que el aire la deja tan relajada cada parte para un mejor flujo sanguíneo.</p> <p>Se solicita retroalimentar esta práctica para el aprendizaje.</p>		
--	---	--	--

Resultados Esperados:

Con esta técnica, se logró en los pacientes:

- Mejorar el autoestima
- Se disminuyó el estrés y la ansiedad mejorando su calidad de vida
- Se estimuló los procesos básicos, como la atención, concentración.
- Incluir a los pacientes en la participación de otras actividades.

SESIÓN # 5

TEMA: Terapia explicativa: Diabetes e Hipertensión

Objetivo:

- Ψ Proporcionar información al paciente sobre el manejo de su enfermedad mediante gráficos, documentos y texto que indiquen el proceso por el cual están atravesando (Diabetes e Hipertensión) reduciendo los niveles de ansiedad y depresión.

ESTRATEGIAS:

Psicoeducación.

Procedimiento

Momento	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Se explica la actividad a realizar.	5 min	Terapeuta.
Motivación	Se proporciona material con el que se va trabajar.	10 min	Terapeuta
	Se proporciona Información sobre las enfermedades efectos y consecuencias que tiene su estado emocional en el proceso de recuperación de su salud. (utilización de diapositivas)	30 min	Terapeuta
Expresión de emociones	Se realizó una búsqueda de emociones en los pacientes que indican la existencia del problema para luego encontrar la importancia de aprender a aceptarlos como parte del proceso de recuperación del mismo.	15 min	Terapeuta Paciente

Resultados esperados:

- Ψ Se establece dominio para autoconfianza y mayor seguridad en el manejo de su enfermedad.
- Ψ Se logra en los pacientes conocimiento amplio sobre los cuidados que requiere su proceso de recuperación.
- Ψ Se puede lograr en los pacientes la expresión adecuada de emociones y aceptación como parte del proceso de recuperación obteniendo una mejor calidad de vida.

SESIÓN # 6

TEMA: Terapia explicativa: Depresión y Ansiedad

Objetivos:

- Ψ Darles a conocer a lo que conllevar la Depresión y cuáles son sus consecuencia.
- Ψ Indicarles sobre los problemas que trae la Ansiedad a los pacientes.

Estrategias de Intervención:

Psicoeducación

Procedimiento

Motivación	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Se les explica la actividad a realizarse	5 min	Terapeuta
Motivación	Se proporciona material con el que se va trabajar	10 min	Terapeuta
	Darles a conocer sobre las consecuencias que traen la Depresión y Ansiedad, en caso de no ser tratadas pueda llegar a ocasionar graves problemas.	30 min	Terapeuta
Expresión de emociones	Conjuntamente con los pacientes se realizó un listado de todas las falencias que tienen en su diario vivir para reemplazarlas por otras más productivas.	20 min	Terapeuta Pacientes

Resultados Esperados:

Se les explicó cuando a una persona le diagnostican una enfermedad genética crónica como: Diabetes e Hipertensión, causa confusión esto conlleva a problemas personales, familiares y de pareja, asociada con la tristeza y angustia sino son atendida a tiempo se vuelven un verdadero problema. Para lo cual se les puso a conocimiento las diferentes alternativas para prevenir el problema optando por una mejor forma de vida.

SESIÓN # 7

TEMA: Terapia Racional Emotiva.

Objetivo:

Ψ Descubrir las creencias irracionales en cada uno de los pacientes que producen emociones o conductas ilógicas para que sean cambiadas por pensamientos racionales llevando a una conducta adaptada.

Estrategias de Intervención:

Reestructuración de creencias irracionales.

Procedimiento

Momento	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	A partir del análisis realizado, se planteó una técnica basada en la Terapia Racional Emotiva	5 min	Terapeuta
Motivación	Buscar el cuadro sintomático de los pacientes, las posibles opciones y las recomendadas.	15 min	Terapeuta Pacientes
	Realizar un registro donde anote las creencias irracionales así como también detalle un pensamiento racional llevando a una conducta adaptativa para eliminar la creencia.	20 min	Terapeuta Pacientes
Expresión de emociones	Se persuade al paciente que afronte ciertas situaciones y vaya mejorando sus condiciones así como su nivel de capacidad para controlar la situación.	10 min	Terapeuta Paciente

Resultados Esperados:

Se les hizo reflexionar a cada uno de los pacientes sobre las creencias irracionales que interfieren negativamente en nuestro día a día incidiendo de forma directa en su estado emocional y conducta.

Se les ayudo evaluando estos pensamientos para la búsqueda de alternativas más adecuadas en situaciones conflictivas.

FICHA DE AUTORREGISTRO PARA CREENCIAS IRRACIONALES

Situación	Pensamientos irracionales	Consecuencias emocionales o conductuales	Pensamientos racionales	Conductas emocionales y conductuales adaptativas
Los examen no revela ninguna mejora en mi salud.	Es terrible y catastrófico que a pesar del tratamiento no hay ninguna mejoría sino que al contrario mi estado de salud sigue igual, no puedo soportarlo.	Sentimientos de minusvalía, tristeza, Ansiedad, frustración. Cefalea, Baja autoestima, problemas familiares.	Voy a continuar con la medicación y mi salud mejorara, el médico sabe lo que hacer tengo que seguir el tratamiento.	Estoy tranquilo y voy a salir adelante en compañía de mi familia porque su cariño me ayudara a mejorar mi salud.

SESIÓN # 8

TEMA: Terapia explicativa: Autoestima

Objetivos:

- Ψ Lograr concienciar a cada paciente para que enaltezca su yo interior.
- Ψ Fortalecer las cualidades positivas en cada uno de ellos.

Estrategias de Intervención:

Psicoeducación

Técnica “ME VENDO”.

Procedimiento

Momento	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Se le explica la actividad a realizarse.	5 min	Terapeuta
Motivación	Se proporciona material con el que se va trabajar.	10 min	Terapeuta
	Se les proporciona información que es autoestima, las necesidades, comportamiento sobre alta y baja autoestima. (utilización de diapositivas)	25 min	Terapeuta
Expresión de emociones	Se realiza una búsqueda con los pacientes sobre las cualidades positivas que poseen cada uno de ellos con la técnica propuesta	15 min	Terapeuta Pacientes
	Realizar una reflexión acerca de la técnica elaborada para que se den cuenta que aún tienen mucho que aprender.	10 min	Terapeuta Pacientes

Resultados Esperados:

Se trató de crearles un sentimiento de aceptación y aprecio en cada uno de ellos, además tener un buen concepto de sí mismo y las cosas positivas que hay dentro, a pesar de atravesar con una enfermedad crónica no trasmisible; mediante la autoestima les impulsa a seguir adelante, motivándoles para seguir alcanzando sus objetivos y manteniendo una mejor calidad de vida.

SESIÓN # 9

TEMA: Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Objetivo:

Ψ Instruir al paciente en Asertividad para que tenga una mejor calidad de vida.

Estrategias de Intervención:

Entrenamiento en Asertividad - Psicoeducación

Procedimiento

Motivación	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Explica a los pacientes sobre los objetivos de la práctica	10 min	Terapeuta
Motivación	Se le da a conocer al paciente lo que es la asertividad y como es la forma correcta de actuar y defender sus derechos y el de los demás	25 min	Terapeuta Pacientes
	Se hace una reflexión de lo explicado mediante ejemplos de acuerdo a su vida cotidiana	15 min	Terapeuta Pacientes
Expresión de sentimientos	Se les envía de tarea que sean asertivos con su familia	10 min	Terapeuta

Resultados Esperados

Con esta terapia el paciente conoció la forma de defender sus derechos personales, incluyendo como parte de ellos la expresión de sus propios sentimientos, opiniones y el derecho de los demás. Mediante la asertividad podemos ayudarlo a encontrarse así mismo y a mejorar sus relaciones con los demás que lo rodean.

SESIÓN # 10

TEMA: Como resolver los Problemas Familiares

Objetivos:

- Ψ Enseñarle a los pacientes a ser asertivos y buscar las diferentes alternativas para poder resolver sus conflictos familiares.

Estrategias de Intervención:

Resolución de Conflictos

Procedimiento

Motivación	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Explicar a los objetivos de la práctica	5 min	Terapeuta
Motivación	1. Enseñarle a los pacientes a: - Reconocer y aceptar las propias emociones - Identificar y respetar las emociones de los demás.	10 min	Terapeuta
	2. Identificar los pensamientos que genero el problemas	10 min	Terapeuta
	3. Dejar de buscar culpables y escuchar al otro	10 min	Terapeuta
Expresión de emociones	Se les pidió a los pacientes que busquen un problema y encuentren las diferentes soluciones para mejorar sus relaciones.	15 min	Terapeuta Pacientes

Resultados Esperados:

Las emociones básicas que se experimentan cuando se vive un conflicto son la rabia, la tristeza y el miedo. El camino de la resolución de conflictos no es otra cosa que la expresión adecuada de estas emociones, la escucha de las de los demás y la búsqueda de alternativas válidas para los miembros que experimentan el conflicto.

SESIÓN # 11

TEMA: Terapia Familiar.

Objetivo:

- Ψ Evaluación y clasificación de la familia para conocer redes de apoyo social.

ESTRATEGIAS:

Terapia familiar.

Procedimiento

Momento	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Se explica la actividad a realizar (objetivos, beneficios de la misma).	5 min	Terapeuta
Realización	Lograr en la familia un adecuado acompañamiento terapéutico con el objetivo de mejorar el estado de ánimo del paciente.	25 min	Terapeuta Familia
	Explicación de las fases por las cuales el paciente tiene que atravesar y el importante papel que desempeñan en las mismas.	15 min	Terapeuta Familia

Resultados esperados:

- Adquirir un adecuado soporte terapéutico entre los familiares y paciente.
- Lograr detectar la sintomatología ansiosa, cogniciones erróneas en los familiares y por ende la disminución de las mismas.

SESIÓN # 12

TEMA: Cierre Terapéutico.

Objetivo:

Ψ Eficacia del proceso terapéutico.

Estrategias de Intervención:

Terapia cognitiva-conductual

Terapia racional emotiva

Procedimiento

Motivación	Actividad	Duración	Responsable
Inducción	Se explica de forma adecuada las actividades a realizarse (objetivos, beneficios de la terapia).	10 min	Terapeuta
Realización	Se realiza un abordaje de todo el proceso terapéutico efectuado.	20 min	Terapeuta
	Se establecen las pautas para la continuación con el proceso en caso de requerir más atención psicológica.	10 min	Terapeuta
	Se ejecuta la explicación e información del proceso en caso de recaídas en el paciente en cuanto a su estado de ánimo.	15 min	Terapeuta

Resultados esperados:

- Los pacientes están satisfechos por el proceso terapéutico.
- Se logró disminuir sintomatología presentada en un inicio antes de la intervención psicoterapéutica.

X. BIBLIOGRAFÍA

- ASCHNER P. *DIAGNÓSTICO CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2*. Guías ALAD (Asociación Latinoamericana de Diabetes), 2000, pag.6-7.
- BALAREZO L. *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD*. 1ra. Edc. Editorial UNIGRAF, Ecuador, 2010.
- BARRÍA M. *DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINORREQUIRIENTE EN MAL CONTROL METABÓLICO*. Directora del Servicio de Salud Araucanía sur, Chile, 2011.
- CASTELLS E, BOSCA A, GARCIA C, SÁNCHEZ M. *HIPERTENSIÓN ARTERIAL*. Universidad de Málaga, España, pag.6.
- CASTRO G, RODRÍGUEZ I, RAMOS R. *INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS*. Revista de la Facultad de Ciencias de Salud, Vol. 2 N° 2, Colombia, 2005, pag.147-148.
- DE LA FUENTE J, RAMÓN. *MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA*. Grupo de Hipertensión Arterial de la AGAMFEC [Asociación Galega de Medicina Familiar y comunitaria].
- FERNÁNDEZ E, MARTÍN M, DOMÍNGUEZ F. *FACTORES DE RIESGO E INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EFICACES EN LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES*. Psicothema, 2003.

- FERNÁNDEZ M. *EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA*. Facultad de Medicina de la Universidad de UNAM, México, pag.2-5
- GARAY M. *MUNDO EMOCIONAL DEL PACIENTE DIABÉTICO E HIPERTENSO*. Instituto de investigaciones médicas. Universidad de Guanajuato, México, 2006, pag.4.
- HEREDIA J, PINTO B. *DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS: UN ENFOQUE SISTÉMICO*. Universidad Católica Boliviana San Pablo, Venezuela, 2008, pag.22-26.
- HALL V. *DEPRESIÓN: FISILOGIA Y TRATAMIENTO*. Instituto de Investigaciones Farmacéuticas. Universidad de Costa Rica, 2003, pag.10.
- HUERTA B. *FACTORES DE RIESGO PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL*. Instituto de cardiología “Ignacio Chávez”, vol.71, México, 2003, pag.1-3.
- IRIGOYEN J. *SALUD DE ADULTOS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011.
- KAPLAN H, SADOCK B. *TERAPIA DE GRUPO*. 3era Edic. Edit. Médica Panamericana; 1996.
- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV. 1era. Edc. Edit. Masson, Madrid, 2005, pag.387, 477.

- MARÍN N, LANDRISCINI. *LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ALBERT ELLIS*. París, 2006.
- MONTES C. *LA DEPRESIÓN Y SU ETIOLOGÍA: UNA PATOLOGÍA COMPLEJA*. Venezuela, 2001, pag.3-5.
- ORELLANA C. *LA DIABETES MELLITUS EN EL ECUADOR*. La Revista Entérate, Ecuador, 2010.
- PÉREZ J. “La psicoterapia de apoyo: Conceptualización, técnicas y aplicación”.
- ROSALES R. *SINTOMAS DE LA DIABETES*. Programa de Educación para la Salud. Universidad de los andes, Venezuela, 2009, pag.1-2.
- SALGADO R. *TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO: DESCRIPCIONES CLÍNICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO*. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. 10ma revisión. Edit. Meditor, Madrid 1992, pag.151-173.
- TOBAL J, CANO A, CASADO M, ESCALONA A. *PSICOLOGÍA BÁSICA II*. Departamento Procesos Cognitivos.
- VAIMBERG R. *TEORÍA, TÉCNICA E INVESTIGACIÓN*. Psicoterapia de Grupo Online, 2012.
- VALLEJO J. *INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA*. 5ta Edc. Edit. Masson. 2002 reimpresión 2003, pag.359-360.

XII. ANEXOS

PROYECTO APROBADO

1. TEMA:

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO AGOSTO 2012 – ENERO 2013”

2. PROBLEMÁTICA

Las enfermedades genéticas crónicas como la Hipertensión Arterial constituye la principal causa de morbilidad por enfermedad cardiovascular en ambos géneros y regímenes de afiliación en la población, siendo las mujeres las que constituyen el mayor porcentaje. También señala que le siguen los trastornos dislipidémicos, Diabetes Mellitus y la obesidad, constituyen factores de riesgo en la enfermedad cardiovascular isquémica.

Este estudio surge del interés por describir el nivel de autoeficacia y percepción de las enfermedades en personas con el diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, igualmente se busca conocer la incidencia de signos y síntomas de las alteraciones psicológicas y su relación con la adhesión al tratamiento.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico–degenerativa que puede ser definida como la elevación de los valores de glucosa en la sangre por encima de los 120 mg por 100 ml de sangre. Este síndrome se ha convertido en pandemia en las últimas décadas del siglo XX y aumentará en el siglo XXI. En el año 2010, existieron cerca de los 260 millones de personas afectadas por este padecimiento crónico y degenerativo, sin conocerse todavía ciertos mecanismos moleculares, enzimáticos y metabólicos de los

diferentes subtipos de la Diabetes Mellitus 1 y Diabetes Mellitus 2, que permanecen desconocidos y son motivo de polémicas en el ámbito científico.

“Existe un aumento de la prevalencia-incidencia de Diabetes Mellitus 1 tanto en países con alta incidencia, como en aquellos de baja; la Diabetes Mellitus 1 está aumentando en todo el mundo a un alarmante ritmo del 3% anual y lo que es más grave hay una epidemia severa de diabetes del tipo 2 en niños incluso de 8 años de edad, sobre todo en etnias de alto riesgo y entre ellas está América Latina, así como las asiáticas, afroamericanos e indios Pima (habitantes de Chile), el factor desencadenante es el sobrepeso y la obesidad.”²⁵

Mientras la Hipertensión Arterial sistémica es una enfermedad crónica con alta prevalencia al mismo tiempo, es **una enfermedad y un factor de riesgo para otras enfermedades crónicas no transmisibles**, manteniendo su potencialidad de daño en órganos diana a cualquier edad, etnia y sexo. **La presión arterial sistólica mayor e igual de 140 mm Hg y la presión arterial diastólica menor de 90 mm Hg** o ambas cifras son conocidas como Hipertensión Arterial.

“Las enfermedades cardiovasculares, como la Hipertensión, son las principales causas de muerte en el mundo. En América Latina representa el 30% de fallecimientos. En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada diez personas son hipertensas.

No obstante, un estudio sobre los casos de esa enfermedad registrados entre los años 1998 y 2007, elaborado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, refleja el nocivo avance de la enfermedad en un 40%. Según el estudio epidemiológico, en 1998 en el país se presentaron 26 938 casos de Hipertensión (221 por cada 100 mil habitantes); después de nueve años, en

²⁵ORELLANA C. LA DIABETES MELLITUS EN EL ECUADOR. La Revista-Entérate Ecuador, 2010.

el 2007, la cifra se triplicó y 67 570 personas padecieron la afección, esto representa un 80% se asocia con el sobrepeso y la diabetes. La Costa tiene el mayor porcentaje de personas hipertensas, el 40% a nivel nacional; seguido está la Sierra, con el 24%”.²⁶

Es conocido que el diagnóstico de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial se asocia a diversas condiciones psicológicas de índole: física, personal y social, que puede afectar la salud de los pacientes. La intervención psicológica se refiere a los métodos utilizados en la Psicología Clínica y constituyen un subconjunto de los medios que permiten brindar un beneficio psicológico a los pacientes, entre los principales métodos psicoterapéuticos típicos tenemos: el dialogo, soporte y el ejercicio como factor para influir en los pacientes.

La Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial desencadena tantas afecciones y trastornos físicos que por ende los mismos llevan al individuo a una serie de complicaciones psicológicas o trastornos mentales como: depresión, ansiedad, estrés, problemas alimentarios, conflictos de pareja, familiares y problemas sexuales; se debe de atacar directamente estas enfermedades con el fin de prevenir muchas otras. La Psicología Clínica tiene un papel importante en todo proceso de rehabilitación y tratamiento de muchas enfermedades, la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial no son las excepciones, ya que el Psicólogo Clínico debe hacerse cargo de la educación del paciente para prevención y mejoramiento del estilo de vida del mismo, de igual manera debe de tener dominio de la intervención psicológica correcta del paciente.

El paciente Diabético e Hipertenso debe tener pleno conocimiento que su salud puede verse afectada por estas enfermedades, debido a que las tareas de cuidado del paciente deben ser realizadas por el Psicólogo Clínico.

²⁶ ACOSTA E. HIPERTENSIÓN ARTERIAL AVANZA HASTA UN 40% EN EL ECUADOR” Metro Ecuador,2010.

Desde que se diagnostica se debe de comenzar con el paciente un programa de motivación para realizar las tareas de auto cuidado, ya que si este no las realiza puede tener sentimientos de culpa y temor. Estas dos enfermedades pueden provocar un estrés emocional en las personas lo que desencadena un aumento de riesgos de sufrir un trastorno mental y en estos casos el más común es la depresión. Así mismo estas dos enfermedades pueden conducir a padecimientos crónicos que repercuten sensiblemente en el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. En el caso de los diabéticos se ha informado de mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía. En el caso de la hipertensión, la ansiedad es una dimensión naturalmente asociada con ella; por las reacciones fisiológicas que implica.

En la intervención psicológica se realizará la Terapia Racional Emotiva basada en pensamientos, emociones y conductas actitudes irracionales porque donde cambia uno cambian los otros y la Terapia Cognitiva-Conductual a partir de la educación y evaluación de las esferas conductual, cognitiva y emocional del paciente, así mismo, de las habilidades de autocuidado, adherencia al tratamiento y recursos de afrontamiento frente al estrés (Castro y otros, 2005). Esta terapia se aplicará en el grupo de adultos mayores del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General "Isidro Ayora", se intentará disminuir sus síntomas; además lograr una mejor calidad de vida para cada uno de ellos. Por lo anteriormente expuesto el problema de investigación es:

¿CÓMO INFLUYE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO AGOSTO 2012 – ENERO 2013?

3. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos psicofisiológicos han sido tratados tradicionalmente desde una perspectiva médica, haciendo hincapié en los aspectos farmacológicos, centrandó la explicación del trastorno principalmente en el plano descriptivo. Los avances en la investigación actual y los rápidos progresos tecnológicos en diversas áreas han perfilado de forma progresiva y clara la importancia de ciertos comportamientos como agentes responsables mediadores en la salud y la enfermedad.

En sus inicios, la investigación psicosomática ponía en énfasis la predisposición psicológica, es decir, la emoción era la causa de la enfermedad. Sin embargo, son muchos los autores que, como Buss, señalan que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria pero no suficiente para la aparición de determinados trastornos.

La Diabetes es una enfermedad que tiene su origen en una alteración orgánica, sin embargo, existen variables de orden psicológico que intervienen en el desarrollo de la enfermedad, estas dependen de las características y habilidades comportamentales des pacientes para afrontar la enfermedad.

La Hipertensión anteriormente era tratada desde una perspectiva médica, con terapia farmacológica, pero en la actualidad tiende a asociar la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicofisiológicos con una pluralidad de agentes, entre los que cabe destacar: el tipo de dieta, la ingesta de sal, el consumo de alcohol y tabaco, aspectos ambientales, el estilo de vida, el sedentarismo, la forma de afrontamiento del sujeto al stress, factores genéticos características de personalidad, la ansiedad, la ira y/o la hostilidad, factores cognitivos, etc.

Las medidas terapéuticas y el estricto control al Diabético e Hipertenso obligan a que el paciente y quienes lo rodean conozcan las características y procedimientos elementales del tratamiento. Esto supone, aparentemente, una limitación de su vida normal y una cierta obligación de compromiso por parte de quienes lo rodean. El Diabético e Hipertenso correctamente tratado puede disfrutar de una mejor calidad de vida con el asesoramiento de un equipo interdisciplinario que es de gran utilidad.

Es importante conocer condiciones psicológicas que favorezcan que el paciente Diabético e Hipertenso desarrolle un adecuado afrontamiento a su condición, como por ejemplo el estado anímico, la percepción de eficacia personal, así como la misma percepción sobre su enfermedad y su tratamiento farmacológico.

Conocer estos fenómenos se verá reflejado en un mayor grado de competencia por parte de un equipo interdisciplinario para la atención integral de estos pacientes. El Psicólogo Clínico diseñara planes de intervención más puntuales para proveer posibles obstáculos en la adhesión de los pacientes al plan de tratamiento. Interviniéndolo de manera eficaz.

A través de la formación como Psicólogos Clínicos, hay una necesidad imperante de la sociedad en la integración de los procesos en los cuales intervenimos como seres humanos. Logrando explorar la relación entre variables (como emociones negativas, la percepción de la enfermedad y la autoeficacia) y la buena o mala adhesión al tratamiento se puede anticipar obstáculos en este proceso, intervenirlos a tiempo y favorecer la calidad de vida de estos pacientes. Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación pretende convertirse en una fuente de información.

La Carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja tiene como objetivo formar profesionales en Psicología Clínica, con capacidad epistemológica, científica, técnica,

humanística y ética, que ejecuten coordinadamente acciones de promoción y prevención en Salud Mental e investiguen, evalúen, diagnostiquen e intervengan psicoterapéuticamente en personas afectadas por distintas patologías, considerando y respetando la interculturalidad contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los habitantes del País y de la Región Sur.

Desde el punto de vista social es importante la realización del presente proyecto de investigación en el que pretendo dar a conocer los cambios de carácter, comportamiento, estados emocionales cada uno de los pacientes del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General "Isidro Ayora".

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar la intervención psicológica en los pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja período Agosto 2012 – Enero 2013.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los cambios del estado emocional, comportamiento y alteraciones en la personalidad de los pacientes del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General Isidro Ayora.
- Disminuir los síntomas psicopatológicos que conllevan un diagnóstico clínico de enfermedades genéticas crónicas no transmisibles en los pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General Isidro Ayora.
- Comprobar los cambios comportamentales, cognitivos y conductuales en los pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General Isidro Ayora, con la aplicación de técnicas psicoterapéuticas.

5. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ENFERMEDADES GÉNICAS CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

1.1. Diabetes Mellitus

1.1.1. Definición

1.1.2. Clasificación

1.1.3. Síntomas:

Agudos

- Hipoglicemia
- Hiperglicemia

Crónicos

1.2. Hipertensión Arterial

1.2.1. Definición

1.2.2. Clasificación

I Primarios

II Secundarios

1.2.3. Factores de riesgo

1.3. Cambios en el comportamiento de los pacientes Diabéticos e Hipertensos

a) Reacciones del paciente frente a la enfermedad

1. Reacción de huida o negación
2. Reacciones de agresión o rechazo activo
3. Reacciones de racionalización

b) El paciente disfuncional

1. Paciente desconfiado
2. Paciente agresivo
3. Paciente manipulador
4. Paciente regresivo

c) Abordaje de la vivencia de la enfermedad

1. Utilización del miedo
2. Antagonización o impugnación de la conducta del paciente

3. Confrontación y análisis de las emociones del paciente

Ambiente social

CAPÍTULO II

ADULTO Y ADULTO MAYOR

2.1. Adulto

2.1.1. Definición

2.1.2. Características del adulto

2.1.3. Cambios físicos de la adultez intermedia (40-65) años

2.1.4. Cambios psicológicos en el adulto

2.2. Adulto mayor

2.2.1. Definición

2.2.2. Características del adulto mayor

2.2.3. Cambios físicos en la adultez tardía (65 años)

2.2.4. Cambios psicológicos del adulto mayor

2.3. La personalidad del adulto y adulto mayor

2.3.1. Personalidad del adulto

2.3.2. Personalidad del adulto mayor

2.4. Alteraciones psicopatológicas

2.4.1. Depresión

2.4.1.1. Síntomas

2.4.1.2. Consecuencias

2.4.1.3. Fisiopatología de la depresión

a) Factores biológicos

b) Las alteraciones neuroendocrinas contribuyen a la génesis biológica de la enfermedad depresiva

c) Factores psicosociales

2.4.1.4. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)

a) Episodio depresivo leve

b) Episodio depresivo moderado

c) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

d) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

- 2.4.2. Ansiedad
 - a) En el plano psíquico
 - b) En el plano somático
- 2.4.2.1. Fisiología de la ansiedad
- 2.4.2.2. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)
 - a) Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
 - b) Trastorno mixto ansioso-depresivo
- 2.4.3. Comportamiento alimentario
- 2.4.4. Estrés
- 2.4.5. Conflictos familiares
- 2.4.6. Vida sexual

CAPÍTULO III

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

- 3.1. Psicoterapia
- 3.2. Pasos del proceso terapéutico y sus estrategias
- 3.3. Terapia de apoyo
- 3.4. Terapia cognitiva- Conductual
- 3.5. Terapia Racional Emotiva
- 3.6. Terapia grupal

6. METODOLOGÍA

Para esta investigación se empleará métodos, técnicas y medios de recolección de información y datos que los detallamos a continuación.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Cuantitativa es aquella en la que se almacenan y analizan datos cuantitativos sobre variables.

Cualitativa se hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas.

Longitudinal implica más de dos mediciones a lo largo de un seguimiento, debe de ser mas de dos, ya que todo estudio de unidades tiene este número de mediciones, la del principio y del final de seguimiento.

MÉTODO:

Analítico consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos.

LUGAR DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se realizara en el Club de Diabéticos del Hospital Provincial General "Isidro Ayora", que se encuentra ubicado en el Centro de Convenciones San Juan de Dios ubicado en las calles Juan José Samaniego entre Lauro Guerrero y Av. Manuel Agustín Aguirre.

UNIVERSO

Son todos los miembros que integran el Club de Diabéticos.

MUESTRA

Serán todos los miembros que asistan a las reuniones durante el tiempo de la tesis.

Criterios de inclusión:

Muestreo	Dentro del periodo establecido
Diagnóstico	Pacientes con detección de Diabetes e Hipertensión
Área	Miembros del Club de Diabéticos
Edad	Pacientes de 45 años en adelante
Sexo	Hombres y mujeres
Prescripción	Pacientes con prescripción médica

Criterios de exclusión:

Diagnóstico	Pacientes con retraso mental Pacientes con síntomas psicóticos
Estado físico	Pacientes con estado de conciencia alterados
Edad	Menores a 45 años

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicará los siguientes test psicológicos:

Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D): Es una escala diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Se recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18

- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Escala de Depresión de Zung: Es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

- El rango de calificación es de 20-80.
- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A): Se trata de una escala administrada por un Clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Frases Incompletas de Sack para adultos: Es un instrumento sencillo de usar, clasificado entre las técnicas proyectivas. Consiste en una serie de 68 frases incompletas que aluden a diversos ámbitos de la vida personal, que pueden ser agrupadas en cuatro áreas principales: familiar, sentimental y sexual, de relaciones interpersonales, concepto de sí mismo, al interior de cada una de las cuales se exploran aspectos más específicos.

Cuestionario de Evaluación IPDE módulo DSM-IV, mediante este test se conoce los trastornos de personalidad o personalidades psicopáticas (Koch en 1891), debe ser manejado con precaución y sin connotaciones de valor moral, social o político. Hay que distinguir entre RASGO y TRASTORNO de la personalidad de cada uno de los pacientes.

Entrevista Psicológica.- Constituirá una técnica de interrogación donde se desarrollara una conversación directa con el paciente que permitirá la obtención de datos personales e informativos.

Se realizará un **Plan de Intervención psicológica, con las respectivas técnicas,** para disminuir sintomatología ansiosa – depresiva, estrés, los cambios de comportamiento existentes cada uno de los miembros del Club de Diabéticos que se presentan por su enfermedad. Emplearemos las siguientes:

- 1. Terapia de Apoyo.-** Es una técnica utiliza una serie de recursos destinados a restituir o reforzar las defensas del yo, en paciente cuyo marco de referencia perceptivo se encuentra mal integrado, enseñándole a enfrentar con éxito sus problemas emocionales.

El objetivo básico del apoyo es que el paciente retorne a un nivel del equilibrio emocional, a través de la reducción de los síntomas que generan ansiedad.

Las técnicas son amplias y variadas entre las que tenemos: La liberación de sentimientos, el reforzamiento del principio de la realidad, estimular la socialización, dar seguridad, enseñarle a razonar, sugestión, la persuasión.

La terapia de apoyo está indicada para cualquier tipo de enfermedades en que el paciente muestre estados de ansiedad intensos.

La finalidad de esta acción es restaurar la homeostasis psicológica, el equilibrio que permita reducir o eliminar los síntomas que generan ansiedad a través de mecanismos reforzantes.

- 2. Terapia Racional Emotiva.-** Se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directivo, filosófico y empírico, representado por la secuencia A-B-C, encaminado a la reestructuración cognitiva.

Para esta terapia me basare en el modelo ABC del funcionamiento psicológico de Albert Ellis.

EL ABC DE LAS EMOCIONES: La TREC resume bajo las siglas ABC cómo las personas nos perturbamos innecesariamente:

A - Acontecimiento Activador o Adversidad. Se trata de cualquier obstáculo, frustración, situación que ha sucedido antes de que la persona se sienta perturbada. Por ejemplo, he cometido un error importante.

B - Creencias Irracionales. Corresponde a aquellos pensamientos que he tenido y que me han causado la alteración emocional. Normalmente son pensamientos irracionales, es decir, exigentes, rígidos, catastrofistas y alarmantes. Por ejemplo, ante el error he

pensado que "soy un inútil, no sirvo para nada, soy un completo desastre, que no debería en absoluto cometer tal error".

C- Consecuencia emocional y conductual. Son las emociones insanas y comportamientos destructivos y autoderrotistas que he tenido. Por ejemplo, "ante tal pensamiento de soy un inútil y que no valgo nada por cometer un error me he sentido deprimido y enrabado, y me he ido a la nevera a comer compulsivamente".

3. Terapia Cognitiva-Conductual.- Es un modelo de intervención y tratamientos de diversos trastornos psicológicos.

Opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas disfuncionales del paciente. Consta de 3 fases o etapas: la evaluación, la intervención propia mente dicha y el seguimiento.

Evaluación: Se examina cuidadosamente el caso mediante la entrevista y observación clínica, registros, autoregistros y diversos instrumentos estandarizados. Se formula hipótesis acerca de los problemas que se presentan en el paciente y se tratan objetivos de tratamiento.

Intervención: Se plantean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos.

Seguimiento: Se evalúa la efectividad del programa terapéutico a mediano y largo plazo, se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de cambios positivos.

Además la TCC se enfatiza mucho la idea que la conducta, tanto la normal como la patológica, se hallen en estrecha relación con el ambiente. El vínculo entre persona y ambiente se considera bidireccional, vale decir, el entorno va modelando nuestro

comportamiento pero nosotros también somos capaces de cambiar nuestro medio.

El modelado consiste en observar la conducta de un modelado e imitar su comportamiento. Es un procedimiento muy utilizado en los programas terapéuticos de habilidades sociales.

Consiste en enseñar una serie de técnicas y estrategias psicológicas probadas científicamente para que la persona afronte su problema emocional y lo maneje hasta eliminarlo.

Técnicas de Intervención:

- ✓ Reestructuración cognitiva: creencias y actitudes
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales
- ✓ Entrenamiento en relajación
- ✓ Desensibilización sistemática
- ✓ Manejo del enojo
- ✓ Psicoeducación

4. Terapia Grupal.- Es una forma de intervención terapéutica de alto nivel de eficacia cada vez más utilizada en multitud de entornos clínicos. En la terapia de grupo, distintas personas se reúnen con el objetivo de solucionar un problema, dirigidas por uno o varios terapeutas.

Beneficios

La terapia de grupo cuenta con muchas ventajas a su favor como vehículo para ayudar a las personas a cambiar sus actitudes, cogniciones, sentimientos y conductas. Entre ellas podemos destacar:

- Es un buen contexto y una buena oportunidad para observar y poner en práctica nuevas conductas a través de la interacción de las personas que constituyen el grupo.
- El grupo sirve como apoyo social y permite al paciente darse cuenta de cómo, otras personas, viven su mismo problema.
- Menor tiempo de terapia y un inferior coste económico.
- Promueve el desarrollo y crecimiento personal. Aumenta el sentimiento de autoeficacia y mejora la autoestima.
- Permite disminuir la sensación de aislamiento y soledad tan frecuente en algunas personas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

OBJETIVO GENERAL

Realizar la intervención psicológica en los pacientes Diabéticos e Hipertensos del Club de Diabéticos del Hospital Provincial General Isidro Ayora de la ciudad de Loja período Agosto 2012 – Enero 2013.

Variable dependiente:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes e Hipertensión
- Sintomatología encontrada

Variable independiente:

- Intervención psicológica

Variable	Concepto	Escalas
Psicopatología	Depresión, ansiedad, estrés, cambios de comportamiento, personalidad	Nominal
Intervención Psicológica	Terapias y técnicas psicológicas para disminuir sintomatología, psicopatología a nivel individual y familiar	Nominal
Edad	Años dentro del rango establecido	Ordinal
Sexo	Mujeres y hombres	Nominal

ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

Se utilizará tablas estadísticas e interpretación de datos.

6. PRESUPUESTO

Materiales e insumos	Costos
Suministros de oficina	35.00
Internet (Adquisición de material bibliográfico)	80.00
Hojas de papel boon	25.00
Fotocopias	60.00
Impresiones	100.00
Empastado de tesis	65.00
Gastos de movilización	60.00
Imprevistos	40.00
Disertación final (infocus)	25.00
TOTAL	425.00

Financiamiento

El presente trabajo será financiado por la autora

7. CRONOGRAMA

Mes/ Semana	Agosto 2012	Septiembre 2012	Octubre 2012	Noviembre 2012	Diciembre 2012	Enero 2013
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Actividades						
Cambio del tema	x					
Elaboración del proyecto	x x x	x x x x	x			
Presentación y aprobación del proyecto			x			
Revisión del proyecto			x x			
Corrección del marco teórico			x x			
Investigación de campo, aplicación de instrumentos			x x			
Realización del plan terapéutico				x x		
Aplicación de retest				x x		
Análisis e interpretación de Datos					x x	
Conclusiones y Recomendaciones					x x	
Presentación del borrador						x
Preparación de la exposición final						x
Sustentación Pública						x

AUTORIZACIÓN

Loja, Septiembre de 2012

Sr. (a)

MIEMBRO DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL “ISIDRO AYORA”

Me permito llegar a usted con un cordial saludo, y a su vez desearle éxitos en sus labores diarias. La presente tiene la finalidad de solicitarle muy comedidamente se digne autorizarme la recolección de sus datos y la aplicación de reactivos psicológicos, para realizar mi trabajo de tesis titulado **“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”**.

Por la atención que se digne dar a la presente, le antelo mis agradecimientos, no sin antes presentarle mis sentimientos de consideración y estima pertinente.

Nombres:.....

N° de cédula:.....

Firma:.....

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:
Lugar y Fecha de Nacimiento:
Edad:
Estado Civil:
Nº de hijos:
Instrucción:
Profesión:
Ocupación:
Religión:
Historia Clínica Nº:
Residencia:
Fuente de Información:
Fecha de elaboración:

2.- MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....
.....
.....

3.- ENFERMEDAD ACTUAL

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.- PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR, NORMAL Y PATOLÓGICA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7.- HISTORIA SOCIAL

.....
.....
.....
.....
.....

8.- HISTORIA LABORAL

.....
.....
.....
.....
.....

9.- HISTORIA PSICOSEXUAL

.....
.....
.....
.....
.....

10.- EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS

Conciencia:
Orientación:
Atención:
Sensopercepciones:
Memoria:
Afectividad:
Inteligencia:
Pensamiento:
Voluntad:
Instintos:
Juicio y razonamiento:

11.- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

.....
.....
.....
.....
.....

12.- EXAMENES PSICOLÓGICOS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13.- PSICOANAMNESIS ESPECIAL

Factores Predisponentes:
Factores Precipitantes:
Factores Desencadenantes:

14.- DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

Eje I:

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V:

14.- PRONÓSTICO

.....
.....
.....
.....
.....

15.- RECOMENDACIONES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

f.....

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Nombre:.....

Fecha:.....

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se siente triste o decaído?				
2. Se siente usted mejor en las mañanas?				
3. Tiene usted ganas de llorar o tiene períodos de llanto?				
4. Sufre de insomnio?				
5. Esta usted comiendo como siempre ha comido?				
6. Disfruta usted de la compañía de un hombre o mujer atractiva?				
7. Nota que está adelgazando?				
8. Tiene taquicardia?				
9. Se siente cansado sin razón aparente?				
10. Tiene usted alteraciones gastrointestinales?				
11. Esta la mente suya tan despejada como siempre?				
12. Encuentra fácil hacer las cosas que hacía antes?				
13. Siente usted angustia, desesperación, ansiedad				
14. Tiene usted confianza en el futuro?				
15. Esta usted más irritable que de costumbre?				
16. Encuentra usted fácil tomar decisiones?				
17. Se siente usted útil y necesario?				
18. Encuentra agradable vivir?				
19. Cree usted que los demás descansarían con su mente?				
20. Disfruta usted ahora de sus actividades cotidianas?				

ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON (HAM-A)

El HAM-A sondea 14 parámetros y toma de 15 a 20 minutos para completar la entrevista y para medir los resultados. Cada parámetro es calificado en una escala de 5 puntos, extendiéndose desde 0=no presenta hasta 4= severo.

Nombre del Paciente:

Fecha:

1. HUMOR ANSIOSO

Se preocupa
Anticipa lo peor

2. TENSIÓN

Presenta temor
Llora fácilmente
Se agita
Tiembra

3. MIEDOS

Miedo a la oscuridad
Miedo a extraños
Miedo a estar solo
Miedo a los animales

4. INSOMNIO

Dificultad para dormir o mantenerse dormido
Dificultad con pesadillas

5. INTELECTO

Poca concentración
Debilitación de la memoria

6. HUMOR DEPRESIVO

Interés disminuido en las actividades
Falta de placer en lo que hace
Insomnio

**7. PROBLEMAS SOMÁTICOS:
MUSCULARES**

Dolores musculares
Contracturas

**8. PROBLEMAS SOMÁTICOS:
SENSORIALES**

Zumbidos
Visión borrosa

9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

Taquicardia
Palpitaciones
Dolor del pecho
Sensación de debilidad

10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Presión en el pecho
Sensación de asfixia
Respiración entrecortada

**11. SÍNTOMAS
GASTROINTESTINALES**

Disfagia
Náusea o vómito
Estreñimiento
Pérdida de peso
Llenura abdominal

12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS

Frecuencia urinaria o urgencia
Dismenorrea
Impotencia

13. SÍNTOMAS AUTONÓMICOS

Boca seca
Rubor fácil
Palidez
Sudor

**14. COMPORTAMIENTO EN LA
ENTREVISTA**

Intranquilidad
Temblor
Marcha, pasos

TOTAL ITEMS 1 AL 14: _____

Instrucciones de puntaje HAM-A

Suma de las puntuaciones de los parámetros

14-17= Ansiedad leve

18-24= Ansiedad moderada

25-30=Ansiedad severa

TEST DE SACKS (ADULTOS AMBOS SEXOS)

NOMBRES.....
NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de oraciones incompletas, las cuales usted tendrá que completarlas con lo primero que le venga a la mente, no es necesario que usted, piense detenidamente para completar las mismas, conteste lo más pronto posible y no efectúe borraduras ni rectificaciones.

1. Tengo la impresión de que mi padre rara vez.....
2. Cuando las cosas me salen mal.....
3. Siempre he querido ser.....
4. Si es que yo fuera el jefe.....
5. El futuro se me presenta.....
6. Mis superiores.....
7. Sé que es una tontería pero tengo miedo de.....
8. Creo que un amigo verdadero.....
9. Cuando era niño (a).....
10. Mi concepto de una mujer perfecta.....
11. Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos.....
12. En comparación con la mayoría de las familias la mía.....
13. En el trabajo me llevo mejor.....
14. Mi madre.....
15. Haría cualquier cosa por olvidar el día en que yo.....
16. Si al menos mi padre.....
17. Creo que tengo capacidad para.....
18. Sería muy feliz si.....
19. Si alguien trabaja a mi servicio.....
20. Espero que.....
21. En el colegio mis profesores.....
22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de.....
23. No me gusta la gente que.....
24. Hace años yo era.....
25. Creo que la mayoría de chicas (chicos).....
26. Lo que siento acerca del matrimonio es.....
27. Mi familia me trata como.....
28. Aquellos con quienes trabajo son.....
29. Mi madre y yo.....
30. Mi mayor error fue.....
31. Quisiera que mi padre.....
32. Mi mayor debilidad es.....
33. El anhelo de mi vida es.....
34. Los que trabajan a mis órdenes son.....
35. Algún día yo.....
36. Cuando veo que viene mi padre.....
37. Desearía perder el miedo a.....
38. La gente que más me gusta.....
39. Si fuera joven de nuevo.....
40. Creo que la mayoría de mujeres.....
41. Si tuviera.....

- 42. Las familias a quien conozco.....
- 43. Me gusta trabajar con gente.....
- 44. Creo que la mayoría de madres.....
- 45. Cuando era más joven me sentía culpable por.....
- 46. Me parece que mi padre es.....
- 47. Cuando tengo mala suerte.....
- 48. Al dar las ordenes a otros yo.....
- 49. Lo que más deseo es.....
- 50. Cuando tenga más edad.....
- 51. Las personas a quienes considero superiores.....
- 52. Mis temores me obligan, a veces a.....
- 53. Cuando no estoy presente mis amigos.....
- 54. El recuerdo más claro de mi infancia.....
- 55. Lo que menos me gusta de las mujeres es.....
- 56. Mi vida es.....
- 57. Cuando era niño (a) mi familia.....
- 58. Los que trabajan conmigo, generalmente.....
- 59. Quiero a mi madre, pero.....
- 60. Lo peor que he hecho es.....

INTERPRETACIÓN:

- ÁREA 1: Relaciones con la madre: 14 – 29 – 44 – 59:
- ÁREA 2: Relaciones con el padre: 1 – 16 – 31 – 46:
- ÁREA 3: Relaciones con los familiares: 12 – 27 – 42 – 57:
- ÁREA 4: Relaciones con los mayores: 10 – 25 – 40 – 55:
- ÁREA 5: Relaciones heterosexuales: 11 – 26 – 41 – 56:
- ÁREA 6: Relaciones con los amigos: 8 – 23 – 38 – 53:
- ÁREA 7: Relaciones con las autoridades: 6 – 21 – 36 – 51:
- ÁREA 8: Relaciones con los subordinados: 4 – 19 – 34 – 48:
- ÁREA 9: Relaciones con los compañeros: 13 – 28 – 43 – 58:
- ÁREA 10: Miedos, temores, inseguridad: 7 – 22 – 37 – 52:
- ÁREA 11: Sentimientos de culpa: 15 – 30 – 45 – 60:
- ÁREA 12: Actitud hacia las propias actitudes: 2 – 17 – 32 – 47:
- ÁREA 13: Actitud frente al pasado: 9 – 24 – 39 – 54:
- ÁREA 14: Actitud hacia el futuro: 5 – 20 – 35 – 50:
- ÁREA 15: Metas, nivel de aspiración: 3 – 18 – 33 – 49:

DIAGNÓSTICO.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ESCALA DE DEPRESIÓN HAMILTON (HAM-D)

Aunque el formato de HAM-D enumera 21 parámetros, la medición se basa en los 17 primeros. Toma generalmente de 15 a 20 minutos para completar la entrevista y para medir los resultados. Ocho parámetros son medidos en una escala de 5 puntos, en rango que va desde 0=no presente hasta 4=severo. Nueve son medidos a partir de 0-2.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

- 1. HUMOR DEPRESIVO (Actitud melancólica, pesimismo sobre el futuro, sensación de tristeza, tendencia a llora)**
 - 0= Ausente
 - 1= Tristeza, etc.
 - 2= Llanto ocasional
 - 4= Síntomas extremos
- 2. SENTIMIENTO DE CULPA**
 - 0= Ausente
 - 1= Auto reproche, siente que él/ella ha defraudado a la gente
 - 2= Ideas de culpabilidad
 - 3= La actual enfermedad es un castigo; desilusión de culpabilidad
 - 4= Alucinaciones de culpabilidad
- 3. SUICIDIO**
 - 0= Ausente
 - 1= Siente que la vida no merece la pena ser vivida
 - 2= Deseos de que él/ella estuvieran muertos
 - 3= Ideas o gestos suicidas
 - 4= Intentos de suicidio
- 4. INSOMNIO - Inicial (Dificultad para dormir)**
 - 0= Ausente
 - 1= Ocasional
 - 2= Frecuente
- 5. INSOMNIO – Medio (Se queja de estar agitado y perturbado durante la noche. Se despierta durante la noche)**
 - 0= Ausente
 - 1= Ocasional
 - 2= Frecuente
- 6. INSOMNIO – Retrasado (Se despierta en horas tempranas por la mañana y es incapaz de volverse a dormir)**
 - 0= Ausente
 - 1= Ocasional
 - 2= Frecuente
- 7. TRABAJO E INTERES**
 - 0= Sin dificultad
 - 1= Sensación de incapacidad, apatía, indecisión y vacilación
 - 2= Pérdida de interés en pasatiempos, actividades sociales disminuidas
 - 3= Productividad disminuida
 - 4= Incapacidad de trabajar. Ha dejado de trabajar solo por la presente
- 8. RETRASO (Lentitud del pensamiento, del habla y en actividades de apatía, estupor)**
 - 0= Ausencia
 - 1= Retraso leve en la entrevista
 - 2= Retraso obvio en la entrevista
 - 3= Dificultad en la entrevista
 - 4= Estupor completo
- 9. AGITACIÓN (Agitación asociada con la ansiedad)**
 - 0= Ausente
 - 1= Ocasional
 - 2= Frecuente
- 10. ANSIEDAD – PSÍQUICA**
 - 0= No hay dificultad
 - 1= Tensión e irritabilidad
 - 2= Se preocupa por cosas de poca importancia
 - 3= Actitud aprensiva

4= Temores

11. ANSIEDAD- SOMÁTICA. Gastrointestinal, indigestión, cardiovascular, palpitaciones, dolores de cabeza, respiratoria, genito urinaria, etc.

0= Ausente

1= Leve

2= Moderada

3= Severa

4= Incapacitante

12. SÍNTOMAS SOMÁTICOS – GASTROINTESTINALES. Pérdida del apetito, sensación de pesadez en el abdomen, estreñimiento.

0= Ausente

1= Leve

2= Severo

13. SÍNTOMAS SOMÁTICOS – GENERAL. Sensación de pesadez en los miembros, espalda o cabeza, dolor de espalda, pérdida de energía fatiga.

0= Ausente

1= Leve

2= Severo

14. SÍNTOMAS GENITALES. Pérdida de la libido, alteraciones menstruales

0= Ausente

1= Leve

2= Severo

15. HIPOCONDRIOSIS

0= No presenta

1= Introspección general

2= Preocupación con la salud

3= Exagerada actitud

4= Delirios hipocondríacos

16. PÉRDIDA DE PESO

0= No existe pérdida de peso

1= Leve

2= Obvio o severo

17. SENTIMIENTO DE JUSTICIA EXAGERADO. (Sentimiento que debe ser interpretado en los términos de comprensión y trasfondo del paciente)

0= No hay pérdida

1= Pérdida parcial o dudosa

2= Pérdida de sentimiento de justicia

TOTAL ITEMS 1 AL 17: _____

18. VARIACIÓN DIURNA. (Síntomas empeoran en la mañana o en la tarde. Anotar en cuál de las dos se produce variación).

0= No hay variación

1= Variación Leve AM () PM ()

2= Variación Severa AM () PM ()

19. DESPERSONALIZACIÓN Y DESREALIZACIÓN

0= Ausente

1= Leve

2= Moderado

3= Severo

4= Incapacitante

20. SÍNTOMAS PARANÓICOS

(Sin una calidad depresiva)

0= Ninguno

1= Sospechoso

2= Ideas de referencia

3= Delirios de referencia y persecución

4= Alucinaciones de persecución

21. SÍNTOMAS OBSESIVOS. (Pensamientos obsesivos y compulsivos contra los cuales lucha el paciente)

0= Ausente

1= Leve

2= Severo

Instrucciones de puntaje HAM-D

Suma de las puntuaciones de los parámetros

0 - 7= Normal

8 - 13= Depresión leve

14 - 18= Depresión moderada

19 - 22= Depresión severa

≥ 23= Depresión muy severa

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz y Vicente Rubio Larrosa

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

Directrices

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido en los últimos cinco años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cual es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Si la respuesta es VERDADERO, señale la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señale la letra F.

1. Frecuentemente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2. Confío	V	F
3. Soy descuidado, no me preocupan los detalles pequeños	V	F
4. Me es difícil decidir	V	F
5. Expreso mis sentimientos fácilmente	V	F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mi	V	F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8. Ceder algunos de mis impulsos me causa problemas	V	F
9. Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas sin tomar en cuenta los detalles	V	F
11. Nunca me han detenido	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante	V	F
13. Me involucro en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14. Creo que la mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15. La gente cree que soy frío y distante	V	F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17. Soy fácilmente influenciado por los que me rodean	V	F
18. Me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19. Me resulta difícil deshacerme de las cosas	V	F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F

22. Use a la gente para lograr lo que quiero	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24. A menudo, creo que la gente habla de mí, a mis espaldas	V	F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F
28. Me gusta vestirme para destacarme entre la gente	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V	F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40. A menudo me siento vacío por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43. Tengo ataque de ira o enfado	V	F
44. Tengo fama de que me gusta "filtrear"	V	F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V	F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V	F
47. Pierdo los estribos y me involucro en peleas	V	F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V	F
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
52. A menudo confundo objetos con gente conocida	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V	F

54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. Sueño ser famoso	V	F
56. Me arriesgo u hago cosas temerarias	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que dicen algunas personas	V	F
59. Frecuentemente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V	F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V	F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V	F
64. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
65. Prefiero asociarme con gente de talento	V	F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mí reputación	V	F
67. No suelo mostrar emoción	V	F
68. Hago las cosas para que la gente me admire	V	F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V	F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años	V	F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V	F
74. Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77. Tengo amigos íntimos	V	F

**EVALUACIÓN IPDE
MÓDULO DSM-IV**

1. Poner un círculo en los ítems que no están seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno, y debe ser entrevistados. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tenga para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

Paranoide	2F	14F	36	38	59	66	72		
Esquizoide	1F	12	21F	31	46	57F	77F		
Esquizotípico	2F	24	30	52	64	67	70	71F	77F
Histriónico	5	10	17	28	35F	44	45		
Antisocial	11F	18F	20	29	47	56	74		
Narcisista	7F	9	15	22	37	55	61	65	68
Límite	4	8	13	25F	40	43	53	60	75
Obsesivo-Compulsivo	3F	19	23	32	41	48	54	59	
Dependencia	6	33	42	49	50	62	69F	73	
Evitación	16	27	34	38	39	51	63	76	

DIAGNÓSTICO: _____



