UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

"SALUD MENTAL Y PATRONES ALIMENTARIOS EN EL GRUPO DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL DE MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA"

Tesis previa a la obtención del grado de Magister en Salud Mental.

Autora:

Lic. Katy Alexandra Lemache Arboleda

Director:

Dr. Ángel Salinas Ramón

Loja – Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

DOCTOR ÁNGEL SALINAS Mg. Sc. DOCENTE DE LA ÁREA DE LA SALUD HUMANA LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que la tesis de grado titulada**: "SALUD MENTAL Y PATRONES ALIMENTARIOS EN EL GRUPO DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL DE MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA"** de autoría de la Licenciada Katy Alexandra Lemache Arboleda , ha sido dirigida y revisada en su integridad, por lo que autorizo su publicación.

Loja, 12 de Abril del 2013

ATENTAMENTE

Dr. Ángel Salinas Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Katy Alexandra Lemache Arboleda declaro ser autora el presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Katy Alexandra Lemache Arboleda

Firma:

Cedula: 060281047-5

Fecha: 12 de abril del 2013

AGRADECIMIENTO

Una mención de gratitud quiero hacer extensivo al personal Académico y Administrativo de la Universidad Nacional de Loja, al Dr. Patricio Aguirre en calidad de Coordinador de la Maestría de Salud Mental por su apoyo y entrega desinteresada a sus maestrantes, a mis profesores de la Universidad Martha Abreu de las Villas, en especial a mi Director de tesis, Dr. Ángel Salinas, por los conocimientos impartidos fruto de su amplia experiencia y su asesoría, por el tiempo compartido, por su paciencia y perseverancia detalles que me permitieron desarrollar y culminar con éxito el presente trabajo investigativo.

A mi madre y a mi hermano que me acompañaron en esta aventura que significó la maestría y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos, son a ellos a quien les debo todo, horas de consejos, de regaños, de reprimendas, de tristezas y de alegrías de las cuales estoy muy seguro que las han hecho con todo el amor del mundo para formarme como un ser integral y de las cuales me siento extremadamente orgullosa.

GRACIAS

DEDICATORIA

Son tantas personas a las cuales debo parte de este triunfo, de lograr alcanzar mi culminación académica, la cual es el anhelo de todos los que así lo deseamos.

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

***A mi Madre**, porque será siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa. Tu esfuerzo, se convirtió en tu triunfo y en el mío.*

***A un ser angelical** que dio luz a mi existencia; mi hijita NAIDELHYN STEFANIA aunque ya no esté físicamente vive en mi corazón acompañándome cada instante, tengo la certeza que desde el paraíso celestial ella se sentirá orgullosa de ver hecho realidad mi sueño.*

***A mi querido amigo** Dr. Ramiro Aldeán, compañero de la maestría del cual conservo los más bellos recuerdos, por su apoyo brindado, por sus consejos y porque me permitió entrar en su vida durante estos 3 años dentro y fuera de las aulas de clase, amigo por siempre, al que quiero como a un hermano, que ha vivido conmigo todas esas aventuras durante nuestra estadía en la Universidad Nacional de Loja.*

Katy Alexandra Lemache Arboleda

ESQUEMA DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN

AUTORÍA

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

ESQUEMA DE CONTENIDOS

a. TITULO

b. RESUMEN

SUMMARY

c. INTRODUCCIÓN

d. REVISIÓN DE LITERATURA

e. MATERIALES Y MÉTODOS

f. RESULTADOS

g. DISCUSIÓN

h. CONCLUSIONES

i. RECOMENDACIONES

PROPUESTA ALTERNATIVA

j. BIBLIOGRAFÍA

k. ANEXOS PROYECTO

a. TITULO

“SALUD MENTAL Y PATRONES ALIMENTARIOS EN EL GRUPO DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL DE MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA"

b. RESUMEN

La presente investigación se denomina la salud mental y patrones alimentarios en el grupo de diabéticos del Hospital de Motupe de la ciudad de Loja, cuyo objetivo es el de contribuir a fomentar la salud mental y la educación nutricional de los pacientes diabéticos mediante un programa de educación diabetológica; por lo cual he fundamentado teóricamente la problemática de la alimentación en los pacientes diabéticos y su relación con la salud mental, así como también se evaluó la salud mental con énfasis en el estilo de vida y el funcionamiento emocional; adicional a ello se diagnosticó los patrones alimentarios de los pacientes que conforman el club de diabéticos diseñando finalmente un programa de educación diabetológica para contribuir a la generación de actitudes, costumbres y prácticas alimentarias de los pacientes, y el manejo de emociones negativas a fin de disminuir los estados de ansiedad y depresión presentes en el grupo de diabéticos del Hospital de Motupe.

En esta perspectiva se hizo un análisis exhaustivo de la literatura, en la que se plantean conceptualizaciones y enfoques diversos sobre la problemática en estudio, como características, salud mental, factores psicosociales, trastornos psiquiátricos, depresión, estrés y estilos de afrontamiento del paciente diabético, adicionalmente también se analizaron temas relacionados con la nutrición, dieta y patrones alimentarios.

Se emplearon materiales y métodos, que permitieron realizar la investigación de campo, tal como se lo presenta en la metodología, siendo una investigación de tipo descriptivo, sirviéndose de los métodos científico, histórico, lógico, analítico, sintético, inductivo, deductivo y estadístico.

Parte esencial de la presente tesis fue la aplicación de instrumentos a todos los que conforman el club de diabéticos del Hospital Universitario de Motupe

como a sus familias, esto permitió conocer si existe o no el apoyo de la familia y la sociedad, como determinar el estado emocional, la escala de depresión y el estilo de vida, de las personas objeto de la presente investigación.

Comprobando ya a nivel de las conclusiones que la diabetes repercute no solo en la salud biológica o física sino también en la salud mental, originándoles también dificultades de orden psicológico, como depresión, angustia, tensión emocional, entre otros, trascendiendo enormemente en el desmejoramiento de su calidad de vida, de ahí la importancia de esta y otras investigaciones que propendan a concienciar los efectos de la diabetes en el aspecto emocional, por lo cual a esta enfermedad se la debe atender de manera integral por un equipo multidisciplinario e inmiscuir en la misma al entorno que la rodea, porque si todos contribuimos y hacemos nuestra esta dificultad podrán afrontarla las personas que la padecen de mejor manera, conociendo con certeza de que es posible una vida mejor.

SUMMARY

This research is called mental health and eating patterns in the diabetic group Motupe Hospital of the city of Loja, whose aim is to help promote mental health and nutrition education in diabetic patients through a program of education Diabetologic where fore I founded theoretically the problem of feeding in diabetic patients and its relationship to mental health as well as mental health was assessed with an emphasis on lifestyle and emotional functioning, it was diagnosed additional eating patterns of patients with diabetes make up the club finally designing diabetes education program to contribute to the generation of attitudes, habits and dietary practices of patients, and managing negative emotions in order to reduce anxiety states and depression in the diabetic group Motupe Hospital.

In this perspective, made a thorough analysis of the literature, which arise in the conceptualization and different approaches on the problem under study, as characteristics, mental health, psychosocial factors, psychiatric disorders, depression, stress and coping of diabetic patients, also further discussed issues related to nutrition, diet and eating patterns.

Materials and methods were used, which allowed for field research, as it is presented in the methodology, being a descriptive research, using scientific methods, historical, logical, analytical, synthetic, inductive, deductive and statistical.

An essential part of this thesis was to apply to all instruments that constitute the diabetic club Motupe University Hospital and their families, this allowed us to know whether or not the support of family and society, such as determining the state emotional depression scale and the lifestyle of the people covered by this investigation.

Checking level and the conclusions that diabetes affects not only biological or physical health but also mental health, also originating psychological difficulties such as depression, anxiety, emotional stress, among others, greatly impacting the deterioration of their quality of life, hence the importance of this and other studies that tend to raise the effects of diabetes on the emotional, so the disease should be the comprehensive care by a multidisciplinary team and meddle in the same the surrounding environment, because if we all contribute and do our this difficulty may face it people who have it better, increasingly aware that a better life is possible.

c. INTRODUCCIÓN

La estrecha relación entre cuerpo y mente provoca en el caso de la diabetes, que las personas afectadas, padezcan complicaciones mentales, tales como, depresión o angustia. En gran medida los problemas mentales de los diabéticos, es debido a la no aceptación de la enfermedad, tanto del enfermo como del grupo familiar y el entorno social, ya que no es fácil aprender a convivir y asumir las responsabilidades, siendo fundamental la participación activa del paciente en el control de su enfermedad, como en la administración diaria del medicamento y su dieta estricta entre otros.

La dificultad para mantener el control de la enfermedad, contribuye también al desarrollo neurótico de la personalidad, hay muchos pacientes que tienen tendencia a la inestabilidad emocional, la irritabilidad, o bien actitudes de soledad y desesperanza, las situaciones estresantes producen fluctuaciones de los valores de glucosa, este cambio es más significativo en los diabéticos, que en las personas no diabéticas.

Aceptar la enfermedad cobra especial relevancia, ya que si no lo hacen estos pueden reaccionar en forma de rebeldía ante la situación que les ha tocado vivir, al no poder llevar el mismo nivel de vida que el resto de las personas, algunos hasta dejan el tratamiento y esto los conlleva a consecuencias aterradoras e irreversibles, como complicaciones de tipo neurológico, vascular, ocular, renal entre otros.

También puede llevar al abandono personal, abandono que a veces encubre una conducta suicida. En los adultos lleva a tener problemas en la relación de pareja, debido a las alteraciones sexuales que provoca la diabetes.

Entre los principales trastornos psiquiátricos que sufren las personas que padecen diabetes son: dificultad para concentrarse, inestabilidad emocional,

trastornos de ansiedad en un 32.1%, crisis de angustia con miedo extremo sin causa que lo provoque, depresión en un 60%, trastornos amnésicos y psicóticos.

De ahí la importancia del presente trabajo investigativo, relacionado a la salud mental y los patrones alimentarios en el grupo de diabéticos del Hospital de Motupe de la ciudad de Loja.

Para el desarrollo adecuado de la tesis se utilizó métodos como el método científico, el método histórico - lógico, el cual permitió visualizar la trayectoria de los cambios en los patrones alimentarios del grupo de diabéticos del Hospital de Motupe, lo que a su vez permitió conocer la realidad, desarrollo y evolución hasta el momento en que surgió la enfermedad y cómo ha ido alterándose su salud mental.

Con el apoyo de cuestionarios como la Escala psicoafectiva y la escala de depresión geriátrica de Yesavage se pudo evaluar su salud mental y detectar trastornos mentales, de igual manera se aplicaron los test de frecuencia de consumo de los alimentos y recordatorio de 24 horas para determinar los patrones alimentarios que son parte del Club de diabéticos del Hospital de Motupe.

Para poder efectuar con éxito las etapas antes descriptas se realizó una revisión exhaustiva de literatura, la cual consta de varias categorías en las cuales se describe teóricamente las características, la salud mental, los factores psicosociales, los trastornos psiquiátricos, la depresión, el estrés el afrontamiento y la actitud frente al tratamiento que tiene que tener el diabético, además también hago referencia a la diabetes mellitus y familia, a la adherencia terapéutica, a la nutrición, dieta, alimentación saludable, trastornos conductuales alimentarios y patrones alimenticios, es decir toda esta amalgama de información se convierte en una fuente bibliográfica que se pone a disposición de ustedes.

Se construyeron instrumentos aplicados a los integrantes del grupo de diabéticos del Hospital de Motupe con la finalidad de recabar información que permita obtener los resultados de la presente investigación. Instrumentos que al ser analizados los resultados nos han permitido concluir que la diabetes debe ser atendida holísticamente desde todas las aristas, tanto a nivel medico como psicológico y social.

Si bien es cierto se reconoce la labor que desempeña el Hospital de Motupe con estas personas, pero se debería concienciar a sus familias e involucrar profesionales del campo de la salud mental y así poderles brindar mejores condiciones de vida.

Se concluye que dentro de las emociones con las que el paciente recibió el diagnóstico de la diabetes sobresalen las emociones negativas como llanto, depresión, angustia y tristeza en un 36.21%, Con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los diabéticos se encuentra la negación de la enfermedad a través de la ira y la culpabilidad. Al profundizar de manera directa en las vivencias positivas solo una pequeña parte de la muestra reconoce emociones como alegría y esperanza.

El 60% de los pacientes diabéticos muestran un cuadro de depresión produciendo un fuerte impacto psicológico, y tan solo el 40% se encuentra dentro del rango de la normalidad sin alteración en su psicoafectividad.

El patrón alimentario de los pacientes diabéticos es deficiente ya que no cumplen con las reglas de alimentación, puesto que no llevan una dieta fraccionada, apenas lo hacen en tres tiempos de comida, detección de mesclas alimentarias incorrectas y consumo exagerado de carbohidratos simples que alteran sus niveles de glucosa.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE DIABÉTICO

La diabetes *mellitus* es una enfermedad endócrina y metabólica de curso crónico, caracterizada por una insuficiente "producción de insulina pancreática o la producción de insulina no efectiva"[1], hecho que dificulta y entorpece la correcta asimilación celular de la glucosa, provocando así una elevación anormal de esta en el torrente sanguíneo, fenómeno conocido como hiperglicemia

Existen dos tipos principales de diabetes *mellitus*: tipo 1 y tipo 2

La diabetes tipo I se manifiesta en la niñez y los primeros años de la adolescencia y donde el páncreas del paciente no produce insulina en lo absoluto, por lo que deberá inyectarse insulina una o más veces al día para vivir (Gagliardino, 1997).

La diabetes tipo II aparece recién alrededor de los treinta años y se diferencia de la diabetes tipo I en que la alteración en este caso está relacionada más bien con los receptores celulares de glucosa que es llamada también resistencia a la insulina. Por esto este tipo de diabetes está asociada generalmente a la obesidad y al sedentarismo (Gagliardino, 1997, Mendizabal, 2006).

Representa entre el 90 – 95% de todos los casos de diabetes, afecta a individuos que tienen resistencia a la insulina y en general una deficiencia de insulina relativa, más que absoluta.

[1] Heredia J.P y Pinto B, Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico, Universidad Católica Boliviana "San Pablo", Ajayu, 2008, Vol VI, N° 1

La mayoría de personas con esta forma de diabetes son obesos y la obesidad por sí misma produce cierto grado de resistencia a la insulina. Las que no son obesas por los criterios de peso tradicionales pueden tener un porcentaje de grasa corporal aumentado, distribuido predominantemente en la región abdominal.

Con frecuencia, esta forma de diabetes permanece sin diagnosticar durante varios años a causa de que la hiperglucemia se desarrolla lentamente y en las fases tempranas a menudo no es lo suficientemente severa para que se advierta ninguno de los síntomas clásicos de la diabetes.

El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, la obesidad y la inactividad física.

Entonces entendemos que la diabetes puede tener dos posibles orígenes, el biológico relacionado a los receptores de glucosa o el funcionamiento pancreático o un origen más bien relacionado al estilo de vida, más exactamente con el estilo de alimentación desbalanceado y la vida sedentaria. (Gagliardino, 1997).

Las complicaciones en la diabetes se presentan cuando se mantienen por mucho tiempo niveles altos de glicemia lo cual produce lesiones microvasculares.

Estas lesiones causan daños irreversibles en la retina (retinopatía), disminución en la función renal o pérdida de la misma (nefropatía), deterioro en terminaciones nerviosas (neuropatía), que son las afecciones más graves en la diabetes y que pueden conducir a la pérdida de la vista, entumecimiento y pérdida de la sensibilidad en extremidades llegando a tener que recurrir a la amputación del miembro.

SALUD MENTAL EN EL PACIENTE DIABETICO

Para entender el problema de manera holística es necesario acercarnos a la vida de las personas con este padecimiento, conocer su experiencia como enfermos crónicos. El considerar está visión lleva a resaltar la vivencia del padecimiento de la persona. Toma en cuenta la subjetividad y los significados, que el paciente y su familia le otorgan al padecimiento. “Una de las formas de aproximación a esta visión la constituye el estudio de las representaciones sociales. Estas son entendidas como los conocimientos específicos, los saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal” (Torres, Sandoval y Pando, 2005).

“La diabetes al ser una enfermedad crónica requiere la adhesión a un régimen alimentario de cambios en los estilos terapéuticos de vida. Los tratamientos psicológicos pueden utilizarse para mejorar la adherencia al tratamiento y en general para desarrollar estilos de vida saludables. Los problemas psicológicos tienen efectos adversos en muchas enfermedades físicas a través del comportamiento y de vías fisiológicas razones suficientes que deben intervenir un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud.
El tratamiento exige que las personas con diabetes realicen cambios en muchos ámbitos de su vida para lograr un adecuado control. Así mismo, muestra periodos de exacerbación que exigen intensos cuidados médicos y familiares, pues durante ellos puede llegar a estar en juego la vida del enfermo. Además, como todo padecimiento, puede ocasionar trastornos psicológicos significativos y una interferencia con el crecimiento físico y emocional del individuo.

Es necesario no solo considerar los complejos manejos médicos, sino tomar en cuenta los numerosos factores psicológicos que influyen e interfieren en el cumplimiento del tratamiento. Aspectos psicológicos como la forma en que el paciente percibe los diversos síntomas, su significado tanto para él como

para su entorno, las áreas de la vida personal, familiar, social y laboral en donde pueden o han llegado a repercutir, etc.; el miedo hacia las posibles complicaciones de la enfermedad, pérdida de independencia, invalidez, ceguera, etc.

El estrés y la angustia pueden tener efectos directos sobre la salud a través de elevar los niveles de glucosa en sangre y efectos indirectos a través de la interrupción de patrones en el comportamiento y en la vida cotidiana"[2].

FACTORES PSICOSOCIALES DE LA DIABETES

"Los factores psicológicos y sociales ocupan también un espacio importante a la hora de clasificar y considerar las determinantes de una enfermedad y su tratamiento. En el caso específico de la Diabetes Mellitus resulta imprescindible tomar en consideración estos factores teniendo en cuenta que en esta dolencia las variables cognitivos-comportamentales y los modelos de aprendizaje son decisivos en su aparición.

La relación de las emociones y la salud es bidireccional, es decir; las emociones pueden influir en la génesis y evolución de diversos trastornos, pero a su vez la presencia de determinados trastornos generará la aparición de determinadas emociones según el carácter de la enfermedad (grave, crónico, agudo, etc) y la significación que el paciente le atribuya al mismo a partir de su valoración, lo cual resulta determinante en el proceso de afrontamiento a la enfermedad. El simple hecho de comunicar el diagnóstico de la diabetes siempre produce crisis emocionales, y genera un impacto sobre la personalidad del enfermo."[3]

---

[2] Garay Sevilla María E. Dra. El Mundo Emocional del Paciente diabético. PDF, Universidad de Guanajuato, Instituto de Investigaciones Médicas.

[3] Pérez Denise Siqueira. Representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud y enfermedad. Rev Latino-am Enfermagem 2008 maio-junho; www.eerp.usp.br/rlae

Los comportamientos, creencias y emociones derivadas de esta condición crónica, modulan en gran medida el impacto que tendrá sobre la calidad de vida del paciente.

En los adultos la respuesta adaptativa 3pasa por varias etapas que van desde la forma en que se le comunicó el diagnóstico, la aceptación de la enfermedad, la búsqueda de información sobre la misma y de vías para compensar su nuevo status crónico, el temor a complicaciones, y el cumplimiento del tratamiento.

También la reacción emocional que produce tener conocimiento de que se padece una enfermedad incurable como la diabetes, que durará todo la vida, conduce y obliga al sujeto a realizar importantes ajustes en su estilo de vida. A su vez, la interrupción de determinadas actividades, la posibilidad de afrontar la hospitalización y alejarse de seres queridos, la obligación vital de cumplir un tratamiento, los cambios posibles en su aspecto corporal, la visión de un futuro inseguro, y hasta la posibilidad de la muerte modulan la respuesta emocional y el comportamiento del sujeto diabético.

Hoy nadie pondría en duda el importante papel que juegan los factores emocionales en el control de la diabetes. De hecho está demostrado que las situaciones estresantes producen fluctuaciones de los valores de glucosa.
Para comprender el efecto directo del estrés sobre el control de la diabetes baste mencionar la secreción de catecolaminas y glucocorticoides ante una situación de estrés o amenaza y su efecto sobre el metabolismo de la glucosa con el consiguiente aumento de la glucosa en sangre (Surwit y Schneider, 1993).

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN LA DIABETES

“El sistema nervioso y el endocrino no actúan de forma autónoma, sino que están estrechamente relacionados; ambos constituyen un sistema

psiconeuroendócrino, capaz de integrar y coordinar las funciones metabólicas del organismo.

En el inicio de la mayoría de las enfermedades endocrinas pueden encontrarse síntomas que hacen pensar en enfermedades psiquiátricas; de igual forma, algunos pacientes con enfermedades depresivas o anorexia nerviosa pueden presentar determinadas anomalías que hacen pensar en una enfermedad endocrino-metabólica. Los trastornos psiquiátricos en estas enfermedades se han relacionado con anormalidades en el metabolismo de los neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina) en el cerebro y se considera que desempeñan un papel fundamental en la síntesis y liberación de las hormonas hipotalámicas e hipofisarias"[4].

"Los principales trastornos psiquiátricos que pueden sufrir las personas que padecen diabetes son dificultades para concentrarse, inestabilidad emocional, trastornos de ansiedad (crisis de angustia con miedo extremo sin causa real que lo provoque), depresión, así como trastornos amnésicos y psicóticos.

Por ello, los expertos conceden especial relevancia al tratamiento psiquiátrico en la diabetes, cuyo objetivo es ayudar a conseguir el mejor control metabólico posible y contribuir a mejorar la calidad de vida. A pesar de la existencia de estos problemas. Crisóstomo señala también que hay que tener en cuenta que los enfermos somáticos crónicos son en un gran número de casos, personas tan adaptadas a su enfermedad que no sufren un daño muy elevado, teniendo en cuenta las consecuencias que podría ocasionarles el padecer una enfermedad tan grave como la diabetes.

[4] Bolaños Patricia, Diplomada en Nutrición Humana y Dietética, Diabetes y Trastornos de la conducta alimentaria "Utilización de la Insulina", Instituto de Ciencias de la conducta, Sevilla 2009. PDF.

La palabra diabetes remite tanto a nivel subjetivo como cultural a representaciones asociadas con dolor, pérdida, sentimientos de incapacidad y muerte.

Se debe tomar en cuenta que el inicio de la enfermedad o el diagnóstico suele presentarse durante la vida adulta, generalmente cuando la persona se encuentra alrededor de los cincuenta años, época que coincide con un periodo centrifugo de la vida familiar, lo cual tiene consecuencias organizacionales”[5].

“Las personas con diabetes están expuestas a los mismos cambios emocionales que las no diabéticas. Las sensaciones de placer, alegría, tranquilidad, éxito, triunfo y amor le producen un estado de bienestar mental. Por el contrario, las de angustia, tristeza, intranquilidad, fracaso, derrota y desamor crean desaliento.

Ambas situaciones, bienestar mental y desaliento desencadenan estímulos positivos y negativos en el cerebro, órgano que se encarga de analizarlas, y sus respuestas dependen de la personalidad, de las enseñanzas, la educación y las experiencias que la persona ha vivido durante toda su vida. Dos son las consecuencias principales según el caso, alegría y tristeza.

La alegría produce satisfacción y júbilo. La tristeza por el contrario, da pena y desconsuelo.

El sistema nervioso que gobierna el funcionamiento del organismo como un todo, elabora según el caso, sustancias químicas llamadas hormonas y neurotransmisores que se encargan de facilitar las manifestaciones del cuerpo que influyen en el estado de ánimo de alegría o de tristeza.

---

[55] Anderson B. Et. Al. Investigación del comportamiento y aspecto psicológico en la diabetes: avances y perspectivas, capítulo 37.

El primero de ellos es un sentimiento grato que se manifiesta por la relajación física, sonrisas, disposición para la conversación, mejoría de las relaciones humanas y disposición activa para el trabajo.

En cambio, el estado de ánimo de tristeza produce dolor, desilusión, aflicción, pesadumbre y hasta temor. Las sonrisas, la cara alegre, la voz tranquila, el abrazo y el canto cambian por la cara triste, la voz interrumpida, el rechazo físico y el silencio.

En el diabético, esta última situación da lugar a elevación más o menos moderada de la cantidad de azúcar en la sangre, lo que no es conveniente porque altera el buen control de su enfermedad.

Además puede aumentar la presión arterial hasta niveles de hipertensión transitoria o si el mal estímulo se mantiene día a día, se transforma en permanente, con sus consecuencias para el corazón.

Ninguno de estos dos efectos conviene, en particular, al diabético. Por el contrario, la alegría ayuda a mantener la presión arterial normal y facilita el equilibrio del azúcar en la sangre, evitando complicaciones. Recordemos también que la actividad deportiva, regularmente practicada, produce relajación física y mental, buen carácter y alegría.

De manera que el ideal es que las personas diabéticas vivan felices y alegres, sin tristezas ni depresiones. El ambiente familiar, de trabajo o de estudio debe ser alegre, tranquilo y comunicativo, con felicidad para vivir y disfrutar la vida. La vida entonces es feliz y todos los miembros de la familia lo agradecen”[6].

[6] Mora Eric. Dr. Las Emociones y la Diabetes, 19 de Noviembre del 2010

Ser diagnosticado (a) con diabetes puede provocar ansiedad o depresión e incluso incidir en la respuesta al tratamiento.

La percepción que la persona tiene de la enfermedad y de las implicaciones de esta en su salud, está asociada a las emociones que manifiesta ante la noticia.

Las reacciones emocionales estarán asociadas a:

- Significado que se dé a la enfermedad
- La información que se tenga sobre la enfermedad
- Las creencias sobre la misma
- Las actitudes
- La personalidad
- La disponibilidad y percepción de apoyo familiar y social
- Los recursos psicológicos que posea la persona

Ante el diagnóstico la persona debe incorporar que se trata de un padecimiento crónico así como sus posibles consecuencias discapacitantes de ello dependerá en gran medida el éxito del tratamiento.

Hay tres modos distintos de reaccionar ante la enfermedad:

1,- Sintiéndose imposibilitado para superar la situación de crisis con un cambio negativo, resultado de la educación, de los valores personales, de la coronela del diabético con la enfermedad, de su concepto de la gravedad, do la muerto, del modo como el médico trasmitió el diagnóstico y de las fantasías catastróficas negativas suscitadas por la enfermedad en el paciente, quien considera el mal incurable, irreversible, que dejará secuelas de larga evolución y posiblemente dolorosas.

2.-Reorganizando el modo de vivir, valorando la existencia como una oportunidad más de renacer y de esperanza, con un cambio positivo, este ocurre cuando el diabético toma conciencia del límite y el valor del tiempo y acepta no sólo cierta ambigüedad en su modo de vida sino también los aspectos positivos de la misma incertidumbre, como la esperanza; además, se ve favorecido por los resultados objetivos del tratamiento, la nueva conciencia de la enfermedad, la disminución de la ansiedad inicial, vive la vida más intensamente, admite la ayuda de terceros.

3.-No mostrando cambio alguno o indiferencia es la carencia de amor a si mismo, la negación, la presencia de la depresión y la sensación de inutilidad y de autonomía; es simplemente la aceptación pasiva del riesgo implícito de la enfermedad, de sus secuelas e incluso de la muerte. De la primera situación de angustia, después de un tiempo el diabético puede pasar a la segunda y resumir con valentía su nueva identidad. Pero también es frecuente que de la angustia, del miedo o da la desesperación pase inmediatamente a la tercera fase: al abandono, la desidia y la negligencia. De esta manera pueden explicarse, ante la pérdida da la esperanza las actitudes negativas de los pacientes. (Pardo, 2000).

La diabetes es un proceso continuo de adaptación el cual no siempre es fácil, el temor, la ansiedad, la preocupación, la urgencia son emociones que en cada persona desencadena una reacción diferente en sus pensamientos, su forma de comportarse y en su cuerpo. Es importante tener en cuenta que hay momentos en los que se está triste, enfadado o ansioso - angustiado ya que ésta reacción es comprensible, estar trastornado cuando uno se enfrenta a una situación difícil como tener diabetes mellitus 2. (Tejedor, 2002).

El tener este padecimiento para muchos no es solo una sensación de tristeza o desanimo, sino también sentirse decaído emocionalmente y perder el interés en las cosas que antes disfrutaba.

Esta enfermedad afecta sus pensamientos, sentimientos, salud física y su forma de comportarse, aunque no es culpa de la persona que la padece, es muy frecuente y puede presentarla cualquiera.

El hecho de tener un diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 puede dejar al individuo confundido y agobiado, o tener problemas para concentrarse en aprender las cosas que debe saber. Algunas reaccionan con negación, es decir, no creen que tienen esa enfermedad, así es como manifiestan este sentimiento, puede llevar un tiempo sobreponerse a la negación, pero cuanto antes acepte el diagnóstico y comienza a aprender a cerca de la enfermedad más pronto podrá tener independencia y lograr buena salud. Otras experimentan enojo y sentimiento de culpa, buscan la causa del porqué están enfermas, en donde se cuestionan ¿serán los dulces que me comí?, ¿estaré pagando algo malo que hice?.

La depresión también es otra de las reacciones que tienen los individuos al saber su diagnóstico manifestándose está con soledad, desesperanza, falta de autoestima, fatiga, irritabilidad y cambios en el patrón del sueño o hábitos alimenticios. Otras pasan por una etapa de duelo al saber que han perdido su salud (Feste, 2002).

La persona diabética se ve enfrentada a una serle de retos especiales, lo primero es físico, lo que implica conocer el funcionamiento de su cuerpo y las repercusiones de la enfermedad, al mismo tiempo enfrenta retos de naturaleza emocional, él debe arreglárselas con la forma en que la diabetes lo hace sentir y los sentimientos que le provoca el padecerla, es fácil aislarse y no compartir los sentimientos con los demás (Beaser, 2001).

La persona con diabetes no puede permitir que el miedo y la depresión influyan en su control. El proceso psicológico de aceptación de una nueva realidad en la vida de la persona es complejo y consta de diferentes etapas, que comienzan con la negación, pasan luego por la rabia, de ahí a la tristeza

y a la depresión, para terminar eventualmente en la aceptación (Brunner y Sudarth, 2002)

La primera reacción emocional al tener conocimiento de que se padece una enfermedad crónica es la negación, "esto no es asi", "yo no tengo eso", "voy con otros médicos", son expresiones comunes de este sentimiento, es normal, por supuesto nos cuesta aceptar una realidad que no queremos. La rabia llega cuando ya se ha comprobado sin duda alguna la enfermedad, ¿Por qué yo? ¿Por qué a mí?, yo no merezco esto. El individuo está descargado de sentimientos de hostilidad, siente y padece la injusticia de su situación, en esta etapa es de vital importancia el apoyo de sus familiares. Este sentimiento se convierte en tristeza cuando el paciente reconoce la inevitable realidad, esta puede desembocar un estado prolongado permanente de angustia y depresión.

Cuando el individuo supera las etapas anteriores, llega a la aceptación de la enfermedad que es una de las etapas activas en las que so preocupa do hacer cambios innecesarios para vivir con ellas y así lograr la mejor calidad de vida. (Islas, 1999)

FRENTE AL TRATAMIENTO

“Toda reorganización en el estilo de vida debe acompañarse de la dolorosa tarea de aceptar que la aceptar que la enfermedad llegó para quedarse, que el tratamiento estará encaminado a proporcionar una mejor calidad de vida y no para curar.

Por lo tanto, el autocuidado y el nuevo equilibrio familiar deberá ser permanente, esto es complejo de sostener en los períodos a sintomáticos, sin embargo esto coadyuvara a prevenir las crisis.

La persona presentará periodos asintomáticos relativamente prolongados así como periodos de exacerbación de la enfermedad que exigen intensos cuidados médicos y familiares. Además como todo padecimiento, también puede ocasionar trastornos psicológicos significativos e interferir con el crecimiento físico y emocional de la persona.

Un control adecuado permite llevar una vida relativamente normal, sin embargo factores como la reducción de la cantidad de energía producida por el cuerpo, la fatiga creciente, la irritabilidad y la depresión, entre otros signos y síntomas pueden hacer incomoda la cotidianidad y generar estrés.

Algunas sustancias relacionadas con el estrés interactúan con algunas acciones metabólicas de la insulina endógena y erógena, aumentando la glucosa en sangre.

Estas hormonas, conocidas como “hormonas del estrés” pueden ejercer su acción a través del sistema nervioso simpático, como las catecolaminas, las que actúan estimulando la producción del cortisol en las glándulas suprarrenales, además de estimular al páncreas para producir glucagón.
Se ha demostrado que los efectos de la insulina pueden ser nulificados por la acción glucogenolítica, lipolítica y cetogénica de las hormonas de estrés.

Por todo esto, los equipos de salud no solo tienen que considerar los últimos y complejos manejos médicos de la diabetes, sino también los numerosos factores psicológicos que influyen e interfieren en el cumplimiento del tratamiento.

Los síntomas invariablemente repercuten en la cotidianidad por lo que es importante la percepción que se tiene de los mismos, el significado tanto para la persona como para su familia, la persona puede presentar:

- ✓ Depresión
- ✓ Ansiedad
- ✓ Temor a complicaciones de la enfermedad, a pérdida de autonomía, a pérdida de percepción del dolor o ser visto diferente entre otras
- ✓ Humor disfórico
- ✓ Apatía, baja autoestima
- ✓ Sentimientos de desesperanza y minusvalía
- ✓ Pérdida en cantidad de energía
- ✓ Cansancio
- ✓ Irritabilidad

Cuando se habla de diabetes resulta difícil pasar por alto el tema de la herencia, tomando en cuenta la persona puede tener un sentimiento de culpa ante la posibilidad de transmitirla a su descendencia.

Existen tantas posibles reacciones psicológicas como personas, desde mostrarse muy ansiosos hasta tornarse pasivos y dependientes, las personas que se muestran muy sumisas y obedientes y se vuelven muy dependientes de la red de apoyo, lo que los inmoviliza e inutiliza.

Están los que desarrollan características obsesivas compulsivas o patrones rígidos de la personalidad con vistas a adecuarse mejor al trastorno.

Los trastornos psicológicos y psiquiátricos en los pacientes diabéticos son muy frecuentes porque la diabetes, como enfermedad, los produce y, a su vez, los pacientes con trastornos psicológicos y psiquiátricos padecen más diabetes. La diabetes es un problema de salud que merma la calidad de vida de las personas que la padecen y, en muchos casos, acorta su esperanza de vida.

En el mundo, la diabetes es el trastorno endocrino más frecuente, y el Atlas de la Federación Internacional de Diabetes demuestra que un 20% de los

pacientes diabéticos, presenta síntomas de depresión y, a su vez, desarrollar esta enfermedad, duplica el riesgo de sufrir diabetes.

Los trastornos psicológicos y psiquiátricos de un paciente con diabetes muchas veces se encuentran enmascarados entre los síntomas que presenta esta enfermedad: la depresión está entre los síntomas físicos y pasa desapercibida para el médico especialista y el enfermo.

La diabetes parece asociarse con un mayor riesgo de sufrir este trastorno mental. Y, a su vez, este trastorno mental aumentaría la probabilidad de sufrir diabetes. Sin embargo, el hecho de que haya un riesgo más elevado no debe interpretarse como que todos o casi todos los diabéticos la sufrirán.

• Casi *una de cada cinco* personas que desarrollan diabetes sufren a la vez depresión.
• *Las personas con diabetes* tienen más depresiones por el hecho de sentirse enfermas; las complicaciones vasculares de la diabetes pueden alterar los vasos cerebrales que podrían favorecer la depresión.
• *Las personas deprimidas* también tienen más riesgo de sufrir diabetes, porque la depresión lleva consigo un abandono del cuidado de la salud”[7].

PROBLEMAS DE AJUSTE

“Cuando las personas se ven superadas por la complejidad de su régimen de tratamiento de la diabetes, pueden sentir que nada de lo que hagan ni con cuánta fuerza lo intenten tendrán una repercusión positiva en la evolución de su enfermedad. A este problema los científicos lo denominan “desgaste por la diabetes”, que Polonsky ha definido así: Desgaste es lo que sucede cuando uno se siente superado por la diabetes y por la carga frustrante de cuidados personales relacionados con la enfermedad.

[7] Diabetes, una forma natural de abordar la enfermedad-Camino al ser- Investigadores de la Universidad de Toronto, disponible en internet en: www.caminosalser.com/

Las personas que se han “desgastado” reconocen que una asistencia adecuada de la diabetes es importante para su salud, pero carecen de la motivación para llevarla a cabo.

Cuando el desgaste afecta al paciente (o al diabetólogo) puede resultar útil recordar las palabras de Joan Hoover **“La diabetes no es una enfermedad de hágalo usted mismo”**. El tratamiento de la diabetes es complicado y el apoyo del paciente es necesario conjuntamente con sus redes de apoyo de manera que pueda contribuir a que el paciente defina unos objetivos alcanzables pequeños y realistas para ayudarle a salir gradualmente de la lucha con el desgaste y hacia un mejor control de su enfermedad.

La evasión y la distorsión cognoscitiva son estrategias encaminadas a excluir y distorsionar la información que indique posibilidad de enfermedad cuando las personas utilizan estos mecanismos de defensa se pueden esperar conductas inflexibles para sostener la fantasía de ausencia de enfermedad.

La posibilidad de una recaída suele ser motivo de desequilibrio emocional se debe favorecer el que la persona acepte esta posibilidad de lo contrario, si se presenta otra crisis esta puede ser vivida con desesperación, el aceptar esta posibilidad de recaída mejora la aceptación de la enfermedad.

Todas las respuestas emocionales encaminadas a negar la enfermedad o restarle importancia pueden ser desgastantes, desestructurantes, difíciles de abordar y pueden generar trastorno adaptativo serios entre ellos el ansioso, el depresivo o ambos.

El estrés, el apoyo social y familiar inadecuado y la pobre capacidad de ajuste pueden tener efectos negativos en la capacidad de afrontar la enfermedad y los tratamientos.

En un estudio exploratorio acerca de los patrones de comunicación de familias con un individuo diabético Cadwell y Pichart, encontraron que la variable más importante en la desadaptación familiar es el estrés, determinándose que las personas con un mejor control metabólico, perciben a sus familias como poco conflictivas, bien organizadas y esto disminuye la ansiedad.

Por otra parte las personas con estrés intenso, que cuentan con una red de apoyo familiar, presentan cifras de glucosa y Hemoglobina glicosilada, más adecuadas.

Es importante que los y las profesionales de la salud exploren el papel de factores psicológicos en el manejo de las personas sobre:

- ✓ Calidad de vida
- ✓ Disponibilidad y calidad del apoyo social
- ✓ Comportamientos que pueden afectar el control glicémico
- ✓ Las creencias de las personas en torno a su enfermedad, tratamiento y el riesgo de complicaciones[8].

DEPRESIÓN Y DIABETES

"La depresión le puede dar a cualquiera, pero, la gente con diabetes, una enfermedad seria que aflige a un estimado de 16 millones de americanos, puede tener un riesgo mayor. Además, los individuos con depresión pueden tener un mayor riesgo de desarrollar diabetes.

El tratamiento contra la depresión le ayuda a la gente a lidiar con los síntomas de ambas enfermedades, mejorando así la calidad de sus vidas.

[8] Diabetes y Salud Mental todo-en-sadul.com/2010/12/diabetes-y-salud-mental-Chile-

Las mayores tasas de depresión en los diabéticos tipo II parecen surgir antes del inicio de la enfermedad, por lo que se plantea una hipótesis absolutamente diferente acerca de la relación etiológica (es decir, que los propios trastornos depresivos motivan que los pacientes tengan riesgo de manifestar diabetes). El respaldo de esta hipótesis deriva del hecho de que los pacientes con depresión tienen alteraciones en el eje hipotalámico-hipofisiario, lo que origina unas mayores tasas de producción de cortisol. Los deprimidos también presentan una actividad física disminuida y un aumento de los factores de riesgo cardiovascular por el hecho de fumar y consumir alimentos ricos en calorías y grasas, lo que indica que los sujetos que están deprimidos pueden, debido a sus modificaciones del modo de vida, presentar una diabetes tipo 2.

El desarrollo de trastornos depresivos, aunque aumenta con la duración de la diabetes y la aparición de complicaciones, también se produce de una forma relativamente precoz en la evolución de la enfermedad antes del inicio de las complicaciones.

Algunos investigadores también han señalado que los propios problemas metabólicos de la diabetes (mayores tasas de hipoglucemia e hiperglicemia) podrían desempeñar una función en el desarrollo de la depresión. Cada vez existen más pruebas de que la diabetes provoca cambios en la sustancia blanca cerebral y que estas anomalías en la sustancia blanca, cuando están presentes en el lóbulo frontal, podrían desempeñar una función en el desarrollo de la depresión. Las zonas cerebrales más afectadas por las alteraciones asociadas a la depresión son la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo, zonas que juegan un papel crucial en las emociones, la memoria y el aprendizaje. Los cambios estructurales y funcionales que tienen lugar como consecuencia del estrés y/o una depresión grave son la reducción en volumen, tamaño neuronal y densidad, junto con alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral y el metabolismo de la glucosa. Asimismo, se ha registrado una menor densidad de las células gliales de soporte,

consideradas fundamentales en la comunicación entre las células nerviosas, lo cual es especialmente relevante en la disminución del volumen de la corteza prefrontal y del hipocampo y que podría explicar algunos de los cambios emocionales que se observan en sujetos con depresión.

En los estudios de depresión en pacientes sin enfermedades médicas se han identificado alteraciones en la sustancia blanca frontal, que podrían dar lugar a los cambios en las vías frontoestríadas que regulan el afecto, aumentando así el riesgo de problemas de regulación del afecto, y en consecuencia, de depresión.

Varios estudios sugieren que la diabetes aumenta al doble el riesgo de la depresión. Las probabilidades de sufrir depresión aumentan al empeorar las condiciones de la diabetes. Investigaciones muestran que la depresión lleva a un funcionamiento físico y mental más pobre, así que una persona es menos propensa a seguir una dieta indicada o un plan de medicamentos. Tratar la depresión con psicoterapia, medicamentos, o una combinación de estos tratamientos, puede mejorar el bienestar de un paciente y su habilidad para tratar la diabetes.

Las causas subyacentes a la asociación entre la depresión y la diabetes no son muy claras. La depresión puede desarrollarse a partir del estrés, pero también puede resultar de los efectos metabólicos de la diabetes en el cerebro. Los estudios sugieren que las personas con diabetes que tienen un historial de depresión, son más propensas a desarrollar complicaciones diabéticas que aquellas sin depresión. La gente que sufre tanto de diabetes como de depresión, tiende a tener más gastos en cuidados primarios de la salud.

A pesar de los enormes avances en la investigación del cerebro en los últimos 20 años, la depresión con frecuencia se queda sin diagnosticar o tratar. La gente con diabetes, sus familias y amigos e incluso sus médicos,

puede no distinguir los síntomas de la depresión. No obstante, profesionales de la salud capaces reconocerán estos síntomas e indagarán sobre su duración y severidad; diagnosticarán el trastorno y sugerirán un tratamiento apropiado.

Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señalan los investigadores en la revista Diabetes Care. Sin embargo, depende de cada persona que la diabetes preceda o suceda al inicio de la depresión

Mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%.

Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen”[9].

ESTRÉS Y DIABETES

“La evolución de una enfermedad crónica como la diabetes también puede verse afectada por las experiencias estresantes.

Dado que el estrés psicológico puede alterar la actividad en los sistemas nervioso simpático y médulosuprarrenal, elevar la cortisolemia, posiblemente potenciar la secreción de glucagón y hormona del crecimiento y afectar las funciones inmunitarias existe un conjunto teóricamente importante de vías biológicas que podrían ser responsables de una relación entre los factores estresantes psicosociales y el inicio de la diabetes.

[9] Instituto Nacional de la Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Publicación de NIH Convirtiendo Nuevos Hallazgos en Salud Núm. SP 12–5003

La relación «Estrés-Diabetes Mellitus» es estrecha. Los mecanismos fisiológicos directamente vinculados a la respuesta de estrés inciden desfavorablemente sobre la diabetes por 2 vías: Por un lado las hormonas de la respuesta de estrés provocan que los triglicéridos se descompongan en las células adiposas y se descarguen ácidos grasos al torrente circulatorio, que el glucógeno se degrade en glucosa y se vierta en la sangre y que las proteínas se vuelvan a convertir en aminoácidos. Por otra parte, ante la situación de estrés el organismo, en concreto, el páncreas, inhibe la secreción de insulina, y desde el córtex, la orden de liberación de glucocorticoides permite que estos actúen sobre las células adiposas de todo el organismo, generando insulino-resistencia. Por lo tanto, el estrés crónico de una persona predispuesta a padecer diabetes (obesa y de edad avanzada) puede constituir un elemento coadyuvante de suma importancia de cara a la concreción de esta enfermedad.

El estrés ejerce efectos directos e indirectos sobre la evolución de las enfermedades crónicas. Se ha propuesto que el estrés influye directamente en la evolución de la diabetes a través de las hormonas del estrés que modifican las cifras de glucemia y el metabolismo de la insulina o, indirectamente, mediante el estrés que provoca cambios en el comportamiento de cuidado personal.

Los acontecimientos estresantes distraen a la persona diabética de los patrones habituales de cuidado personal.

El estrés ocasiona interrupciones de las rutinas y reducciones de los recursos y apoyos siendo muy probable que originen patrones menos estables de comportamiento de cuidado personal en los pacientes diabéticos y sus familias.

1. Aumento de glucosa en sangre
2. Deprime sistema inmune

3. Antiinflamatorio
4. Disminuye las concentraciones de insulina en sangre
5. Aumenta los niveles de ácidos grasos libres y TAG
6. Aumenta las secreciones de pepsina y ácido clorhídrico

Desde el punto de vista psicológico, existen circunstancias y eventos vitales que generan estrés emocional y agravan los síntomas clínicos por los mecanismos fisiológicos y hormonales que su respuesta desencadena, lo que no quiere decir que exista la diabetes emotiva. La hospitalización, los fracasos ante la obtención de una respuesta terapéutica deseable, y las complicaciones de la diabetes constituyen otra previsible fuente de estrés, en ocasiones los pacientes temen más a esas complicaciones que a la propia enfermedad.

La complejidad y las demandas diarias del tratamiento devienen primera causa que puede generar estrés en un individuo diabético. Hunter, Hamera, O'Connell y Heilman (1985) informaron que 92 de los 100 sujetos que tomaron parte en su estudio afirmaron sentir algún grado de estrés con su régimen de tratamiento. El grado de responsabilidad que se le exige al diabético respecto al manejo de su enfermedad, el dominio de distintas destrezas que ello implica y la exigencia de puntualidad en la realización de las mismas suponen tareas difíciles de afrontar. Sin olvidar que estas tareas han de llevarse a cabo en un contexto social cuyas condiciones, en muchas ocasiones, suponen un obstáculo para que el diabético siga su tratamiento (Glasgow, McCaul y Schafer, 1986). El individuo diabético tiene que hacer frente a diversas presiones y "tentaciones" sociales para no cumplir el tratamiento, sobre todo en determinadas etapas de la vida como la adolescencia.

Por otro lado, el estrés de la vida moderna obliga a vivir demasiado a prisa, tanto es así, que con frecuencia se dispone de muy poco tiempo para

cumplir con determinados tratamientos, más aún, si estos deben ser para toda la vida como sucede con esta enfermedad.

Se reconoce entonces que el estrés puede:

- *Contribuir al comienzo de la enfermedad*: Incrementando directamente los niveles de glucosa en sangre a través de la secreción de ciertas hormonas (adrenalina, noradrenalina y acetilcolina). Sucesos importantes como la pérdida de un ser querido, separación o divorcio, problemas familiares desencadenados a partir de una enfermedad física o psicológica severa están fuertemente asociados con el diagnóstico de la Diabetes Tipo I.

- *Agravar la enfermedad*: Existe mayor acuerdo entre los investigadores para considerar el estrés como un factor que incide negativamente en el incremento de los niveles de glucosa en sangre y por lo tanto en el agravamiento de la diabetes.

- *Provenir de la misma enfermedad*: Recientemente se ha planteado la posibilidad de que la diabetes misma sea un «estresor». Es decir, que dicha enfermedad conllevaría a la presencia de algunos factores psicológicos, tales como la baja autoestima, la pérdida del autocontrol y la sintomatología depresiva. Todos estos aspectos influyen a en la posibilidad que los pacientes tengan una mala adherencia al tratamiento y no consigan un buen control metabólico.

La crisis de la enfermedad dependerá de la forma en que el paciente perciba la misma; si es interpretada como dañina, perjudicial o desafiante, es experimentada como un evento estresante que muestra generalmente una valencia negativa en cuanto significación de daño o pérdida (material o funcional), objetiva y socialmente valorada como tal, y en ocasiones impredecible y percibida como incontrolable por el paciente. (Ballester, 1993 citado por Vinaccia 2004)

Entonces, los aspectos psicológicos son los primeros a observar y reforzar: el equilibrio metabólico llegará con el tiempo, pero sólo si la adaptación psicológica se cumple. Si un paciente bien medicado experimenta una crisis vital o un trastorno anímico, todo su equilibrio metabólico varía. En estos casos, aun utilizando la misma dosis de medicamentos o insulina, puede haber una sobredosis o una dosis insuficiente. En las transgresiones severas -que llevan a descompensaciones- casi siempre hay descuidos donde lo emocional está presente e impide al diabético reconocer -cosa que habitualmente realiza de forma instantánea- los síntomas de una posible descompensación"[10].

ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL PACIENTE DIABETICO

"La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.
El cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente.

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer cómo hacer y cuándo hacer.
El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones.

[10] Gómez C. Luis A. Efectos del Estrés y la Depresión en la Neurogénesis del Cerebro, disponible en internet: www.diproredinter.com.ar/articulo/pdf/estresdepresio.pdf

La adhesión al tratamiento es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo.

Por otro lado, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.

Elementos clave para la adherencia han sido la comprensión plena de la enfermedad, el pronóstico, el tratamiento y el involucramiento afectivo, y no tanto la obediencia ciega a instrucciones descontextualizadas.

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución.

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y éste tiene una autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema. Los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria.

En los momentos actuales, este tema tiene gran trascendencia, sobre todo en las enfermedades crónicas, toda vez que el incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, lo que produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria.

La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar, y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas"[11].

En lo familiar, provoca alteraciones en su funcionamiento, generando crisis.

En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (Ginarte, 2001; Martín y Grau, 1994).

ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA LAS PERSONAS CON DIABETES.

"Con una alimentación adecuada muchas alteraciones metabólicas de la diabetes pueden ser corregidas simultáneamente, por ello, el personal de salud tiene una gran responsabilidad en la orientación nutricional de sus pacientes, sobre todo con la motivación para iniciar y mantener los cambios en el estilo de vida que contribuyen al control glicémico.

Los objetivos del tratamiento nutricional en las personas con diabetes son:

[11] Libertad Martín Alfonso, Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública 2004;30(4). http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm

1) Alcanzar el control de la glicemia, lo más cercano a lo normal posible, acoplando el consumo de alimentos con la insulina (tanto la endógena como exógena), los medicamentos orales y con la actividad física;
2) Mejorar el control de los lípidos sanguíneos;
3) Prevenir, posponer o tratar las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes;
4) Alcanzar o mantener un peso razonable y
5) Mejorar la salud general con una alimentación saludable"[12].

LA RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL- PATRONES ALIMENTARIOS EN EL PACIENTE DIABÉTICO

"El comportamiento alimentario constituye un hecho social en el que pueden influir todas las esferas de actividad de una sociedad. Los hábitos alimentarios del paciente diabético influye directamente en su calidad de vida dando lugar a serias complicaciones cuando no es tratado adecuadamente y esta a su vez afecta su salud mental.

Los hábitos alimentarios forman parte de la cultura de un pueblo, y en éstos, influyen factores tan ajenos a los alimentos en sí y a las recomendaciones nutricionales como el poder adquisitivo, la producción, la accesibilidad de los productos, y el marketing publicitario de los medios de comunicación, entre otros.

Las conductas buscadoras de salud (COBS) o patrones alimentarios, son consideradas como todas las actividades que las personas realizan con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminadas a promover, proteger o mantener la salud y el bienestar en el contexto de la vida cotidiana, de manera particular cuando se afronta alguna enfermedad sobre todo aquellas de tipo crónico degenerativas como la Diabetes mellitus.

[12] Rivera Valle R. El tratamiento de la diabetes por medio de la alimentación, disponible en internet: www.diabetes.saludoparati.com/diabetesalime1.htm-

Los cambios en los hábitos de vida son un proceso lento y difícil. Principalmente en lo referente a la alimentación, pues los hábitos alimenticios están relacionados por lo menos a tres factores complejos: culturales, que son trasmitidos de generación en generación o por instituciones sociales; económicos, referentes al costo y disponibilidad de alimentos; y los sociales, relacionado a la aceptación o rechazo de determinados estándares alimentarios.

Otros factores también influyen en el individuo para adoptar muchas veces patrones inapropiados de comportamiento, tales como el rechazo a ciertos alimentos, creencias relaciones a supuestas acciones nocivas y tabúes o prohibiciones con respecto al uso y consumo de ciertos productos.

La alimentación está influenciada por factores socioeconómicos y culturales (componentes religiosos, psicológicos y pragmáticos). Es evidente que la disponibilidad, el coste y la caducidad de los alimentos han contribuido sobre los hábitos dietéticos de la población, y la elección final determinará el perfil de cada dieta.

Por otra parte, los cambios sociales en los países desarrollados, junto con la mayor disponibilidad de los alimentos y la introducción de las distintas formas de alimentación, están produciendo nuevas costumbres alimenticias, no saludables, que conllevan a diversas alteraciones nutricionales y un sinnúmero de enfermedades propias de la modernidad como lo es la Diabetes Mellitus.

La salud física, psicológica, mental y espiritual del ser humano está en dependencia del entorno económico, político, social, cultural y educacional en el cual el mismo se mueve existencialmente y en cuyo contexto desarrolla un determinado estilo de vida, condicionado por tales múltiples factores.

Uno de los aspectos más importantes del estilo de vida sano de una población es el desarrollo, a través de un proceso educativo correcto, de costumbres, hábitos y conductas alimentarías que posibiliten, en su conjunto, lograr y mantener un estado nutricional normal de los individuos
La formación de buenos hábitos alimentarios es un excelente instrumento para prevenir enfermedades y promover la salud en la población.

La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a nuestra dieta diaria y semanal.
En relación con el aspecto dietético, la elección de los alimentos está determinada por la creencia que se tenga respecto de su valor.
En muchos casos existe la idea de que algunos alimentos tienen la propiedad de contribuir al mantenimiento de un buen estado de salud o de prevenir determinadas enfermedades. Otras creencias se basan en la conveniencia de consumir ciertos alimentos, dependiendo del sexo, edad, o las circunstancias particulares por las que atraviesan las personas.

Muchas creencias sobre la elección y el consumo de alimentos o preparaciones emanan de una comunidad cultural, se fundan en la tradición y se expresan por un grupo o por individuos que los transmiten a las diferentes generaciones.

Las prácticas alimentarias de una población son la expresión de sus creencias y tradiciones y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Se encuentran influenciadas por factores culturales, económicos, sociales, geográficos, religiosos, educativos, psicológicos y los relacionados con la urbanización e industrialización.

- ✓ **Culturales:** las creencias en cuanto a alimentación y nutrición forman parte de la cultura de una población y se transmiten de una generación a otra por instituciones como la familia, la escuela, y la iglesia. Uno de los factores que orienta estas prácticas es la tradición,

la cual está determinada por experiencias que han sido beneficiosas para un grupo, por lo que son inculcadas a sus descendientes.

- ✓ **Sociales:** el individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y prácticas alimentarias. El prestigio social es uno de los factores que determina tales prácticas, ya que existen algunos alimentos a los cuales se les atribuye cierto valor o significado que los diferencian de los demás.
- ✓ **Económicos:** variaciones en los precios de los alimentos determinados por la oferta y la demanda pueden interferir en las prácticas alimentarias.
- ✓ **Geográficos:** incluye el clima, la calidad de la tierra, el suministro de agua, la capacidad de producción en materia de agricultura, la caza, la pesca y la ubicación geográfica, todo lo cual repercute también sobre las prácticas alimentarias.
- ✓ **Educativos:** el nivel de escolaridad de cada individuo se refleja en sus prácticas alimentarias, de modo que se detectan cambios en los métodos de selección, preparación y almacenamiento de alimentos.
- ✓ **Religiosos:** la alimentación se ve condicionada por muchas creencias religiosas, generalmente de tipo restrictiva y limitante.

Los cambios sociales que se han producido en nuestro país también han modificado las costumbres alimenticias. Entre éstos, podemos destacar el flujo migratorio del campo a la ciudad y una amplia difusión de las nuevas técnicas de producción y conservación de los alimentos, que amplían las posibilidades de consumo a zonas en las que antes no era posible. Hay que considerar también la influencia del marketing, la publicidad ejercida por las empresas agroalimentarias y de los medios de comunicación sobre los hábitos en la alimentación.

La evolución del comportamiento alimentario se ha producido como consecuencia de diferentes factores, como por ejemplo:

- ✓ el paso de una economía de autoconsumo a una economía de mercado
- ✓ el trabajo de la mujer fuera del hogar
- ✓ los nuevos sistemas de organización familiar, etc.

La tradición, los mitos y los símbolos son determinantes de la comida de cada día, ya que intervienen en las preferencias y aversiones que manifiestan los individuos. Estos factores juegan un importante papel en las formas de preparación, distribución y servicio de alimentos.

La sociedad actual sufre una evolución notable en los hábitos alimentarios de los ciudadanos como consecuencia del impacto de los nuevos estilos de vida que han condicionado la organización familiar. Igualmente el desarrollo de nuevas tecnologías en el área agroalimentaria han puesto a disposición de los consumidores los denominados “alimentos servicio”, que son aquellos especialmente diseñados para facilitar la preparación y consumo de los mismos.

En la actualidad existe una gran preocupación por la salud y se reconoce a la alimentación adecuada como un instrumento de protección de la salud y prevención de enfermedades.

En el caso de la diabetes, lo que la persona hace, piensa y siente, tienen un impacto para el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, denominado a últimas fechas como el estilo de vida.

El papel activo que los seres humanos pueden tener en la conservación de su propia salud y en la aparición, empeoramiento, facilitación o curación de sus enfermedades ha permitido la proliferación de términos pensados para describir el papel del comportamiento respecto a la salud y la enfermedad.

Así, se habla de estilos de vida saludables, conductas o hábitos de salud y hasta de factores protectores para referirse a todo aquello que un ser humano puede hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea la potenciación de su estado actual de salud o la prevención de la enfermedad. Por otro lado, se habla también de estilos de vida de riesgo, patrones de conducta o hábitos inadecuados e igualmente, hasta de patógenos conductuales, para referirse a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea el debilitamiento de su estado de salud a corto, medio largo plazo”[13].

[13] Chamorro L. Tesis doctoral sobre hábitos, comportamientos y actitudes de los adolescentes inmigrantes sobre nutrición, Universidad de Granada, Granada 2007

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Para el presente estudio se utilizó como referente teórico metodológico el enfoque bio-psico – social. La investigación es cuanti-cualitativa, cuantitativa porque los resultados fueron medidos de acuerdo al tiempo de ocurrencia y cualitativa por que el estudio de los datos se basó en la descripción de los rasgos característicos de cada uno de los casos en estudio; por ello se ha concebido un estudio no experimental descriptivo y transversal el cual permite conocer las relaciones relevantes sobre la temática investigada referente a la salud mental y patrones alimentarios en el grupo de diabéticos del Hospital de Motupe de la ciudad de Loja.

METODOS

El método científico, aplicado para la recolección y estructuración de datos, es decir la organización, comparación e interpretación.

El método analítico – sintético, utilizado para la construcción del marco teórico, elaboración de la introducción y procesamiento de los resultados obtenidos.

El método inductivo y deductivo, aplicados en el análisis de la problemática, en el planteamiento de los objetivos, y en la extracción de las conclusiones y recomendaciones.

El método estadístico permitió, procesar y organizar los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La Entrevista, a fin de conocer la realidad de vida de los pacientes diabéticos.

La Observación directa, para detectar estados emocionales, para el análisis subjetivo del paciente mediante visitas domiciliarias.

Consentimiento Informado, es un escrito en donde el paciente decide de forma voluntaria su participación en la presente tesis.

Escala psicoafectiva, La escala psicoafectiva fue desarrollada por el Centro Ibero-latinoamericano, con el objetivo de constatar los estados emocionales.

Escala de depresión de Yesavage, permite determinar los niveles de depresión del paciente diabético.

Recordatorio de 24 horas, este cuestionario recoge datos sobre la alimentación real, con el fin de conocer realmente el tipo de alimentos que ingieren y que forman parte de su dieta diaria.

Frecuencia de consumo de alimentos, mediante este cuestionario se verán reflejadas las preferencias alimentarias y rechazos a los alimentos de consumo ocasional.

Muestra de estudio.

La población investigada fueron 40 personas que en ese entonces integraban el club de diabéticos del Hospital de Motupe representados en 39 mujeres y 1 hombre.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a fomentar la salud mental y la educación nutricional de los pacientes del Club de diabéticos del Hospital de Motupe a través de un programa de educación diabetológica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Fundamentar teóricamente la problemática de la alimentación en los pacientes diabéticos y su relación con la salud mental.

2.-. Evaluar la salud mental de los referidos pacientes con énfasis en el estilo de vida y el funcionamiento emocional.

3.-Diagnosticar los patrones alimentarios de los pacientes del club de diabéticos del Hospital de Motupe y su relación con la salud mental.

4.- Diseñar un programa de educación diabetológica y emocional para contribuir a la generación de actitudes, costumbres, prácticas alimentarias al igual que el manejo de emociones negativas para potenciar la salud mental del Grupo de Diabéticos del Hospital de Motupe.

f. RESULTADOS

REACCIONES DEL PACIENTE AL MOMENTO DE RECIBIR EL DIAGNÓSTICO

Cuadro Nº 1

EMOCIONES DEL PACIENTE	N	%
Sorprendidas al inicio, luego con resignación (aceptar la enfermedad sin descuidarse)	**7**	**12%**
Alarmada, no creía que eso le estaba ocurriendo a ella	3	5.17%
Con ansiedad tristeza e iras de por qué le da esa enfermedad	1	1.72%
Con llanto y depresión	**12**	**20.69%**
Con angustia y tristeza	**9**	**15.52%**
Con tristeza porque ya no hay curación	3	5.17%
Casi pierde la razón	2	3.45%
Con tranquilidad porque es la voluntad de Dios	4	6.90%
Sin importancia, no se cuidaba (de algo he de tener que morir)	5	8.62%
Quería morirse, se descontroló totalmente (quería que le tragara la tierra).	**9**	**15.52%**
Con miedo de morir como el resto de familiares	1	1.72%
Con una fuerte impresión	1	1.72%
Sin resignación, con inconformidad	1	1.72%
TOTAL	40	100%

Fuente: PRUEBA MTZ (Dirigido a familiares).
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

Dentro de las emociones y reacciones que sobresalen en los pacientes al momento de recibir el diagnóstico son de tipo negativas como la depresión, llanto, tristeza, angustia, desesperación alcanzando un 36.21% y deseos de acabar con su vida en un 15.52%.

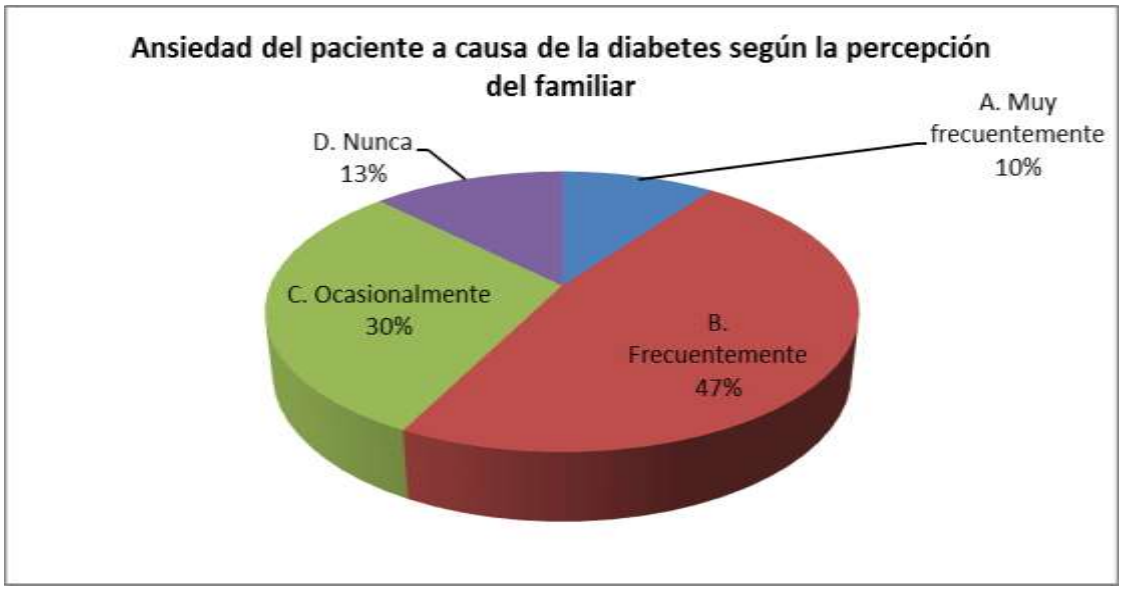
ANSIEDAD QUE EXPERIMENTA EL PACIENTE A CAUSA DE LA DIABETES.

Cuadro Nº 2

ITEMS	N	%
a. Muy frecuentemente	4	10%
b. Frecuentemente	19	47.5%
c. Ocasionalmente	12	30%
d. Nunca	5	12.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: PRUEBA MTZ (Dirigido a familiares).
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

Gráfico Nº 2



El 47.5% de los familiares frecuentemente observan ansiosos a los pacientes a causa de la diabetes, un 30% muestran ansiedad ocasionalmente por su enfermedad, un 12.5% nunca han mostrado ansiedad, y un 10% muy frecuentemente le han observado ansioso a causa de la diabetes.

ESTRÉS QUE EXPERIMENTA EL PACIENTE POR EL CONTROL DE LA DIABETES.

Cuadro Nº 3

ITEMS	N	%
a. Muy frecuentemente	10	25%
b. Frecuentemente	13	32.5%
c. Ocasionalmente	12	30%
d. Nunca	5	12.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: PRUEBA MTZ (Dirigido a familiares).
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

Gráfico Nº 3

Un 32.5% de los familiares observan frecuentemente estresados al paciente a causa de su enfermedad, un 30% manifiesta que ocasionalmente se los ve estresados, en el 25% muy frecuentemente encuentran estresados a los pacientes y en el 12.5% nunca le han visto estresado por la diabetes.

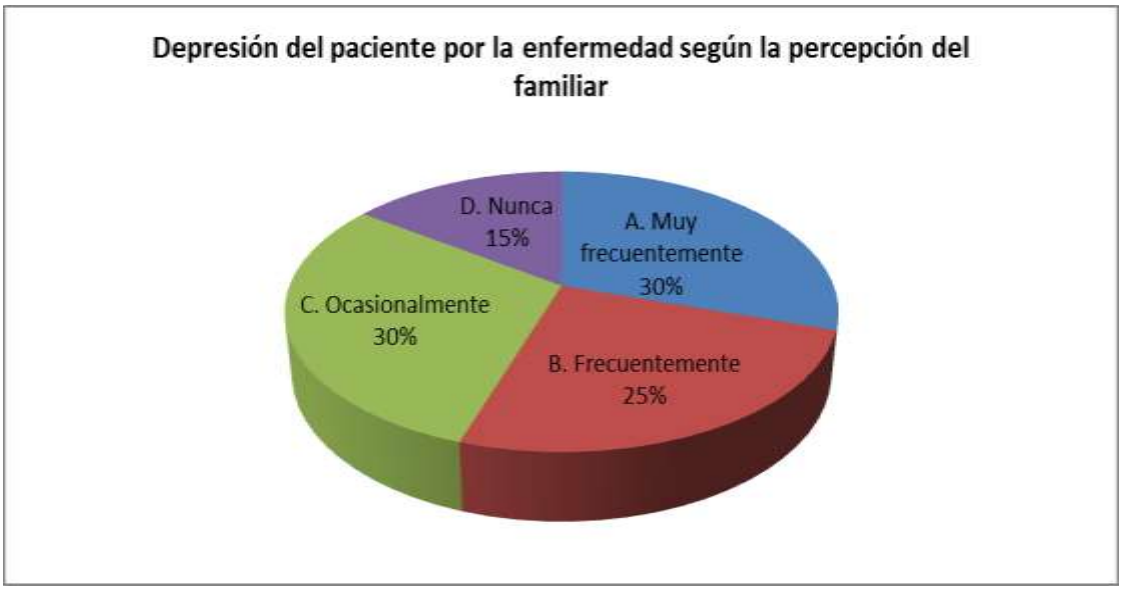
DEPRESION QUE EXPERIMENTA EL PACIENTE POR SU ENFERMEDAD.

Cuadro Nº 4

ITEMS	N	%
a. Muy frecuentemente	12	30%
b. Frecuentemente	10	25%
c. Ocasionalmente	12	30%
d. Nunca	6	15%
TOTAL	40	100%

Fuente: PRUEBA MTZ (Dirigido a familiares).
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

Gráfico Nº 4



Un 30% de los familiares han notado deprimidos muy frecuentemente a los pacientes por su enfermedad, en el mismo porcentaje, ocasionalmente les ven deprimidos, en el 25% frecuentemente les observan con depresión, y en el 15% refieren los familiares que nunca se han deprimido por la enfermedad.

ESCALA PSICOAFECTIVA (CITED)

SE SIENTE USTED DEPRIMIDO, TRISTE MELANCÓLICO O APESADUMBRADO

CUADRO Nº 1

ITEMS	N	%
Siempre	**12**	**30%**
A veces	23	57.5%
Nunca	5	12.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Test aplicado (CITED), Club Diabéticos Hospital Motupe.
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

GRÁFICO Nº 1

El 30% de los pacientes siempre se encuentran deprimidos, tristes y melancólicos, el 57.5% tienen estos sentimientos a veces, y el 12.5% nunca lo han tenido.

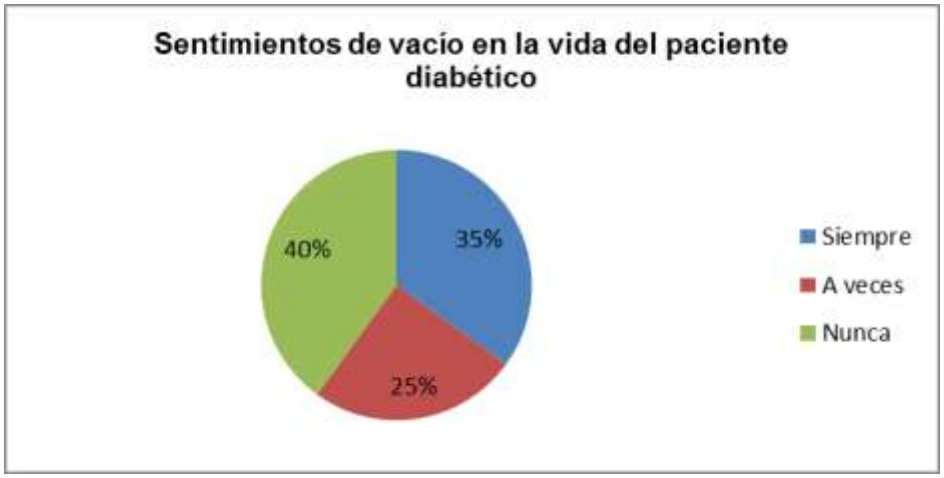
SENTIMIENTOS DE VACÍO EN LA VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO

CUADRO Nº 2

ITEMS	N	%
Siempre	**14**	**35%**
A veces	10	25%
Nunca	16	40%
TOTAL	40	100%

Fuente: Test aplicado (CITED), Club Diabéticos Hospital Motupe.
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

GRÁFICO Nº 2



El 35% de los pacientes sienten que siempre su vida ha estado vacía, el 25% reportan solo a veces este sentimiento, y el 40% se refieren a no haber sentido nunca este vacío en su vida.

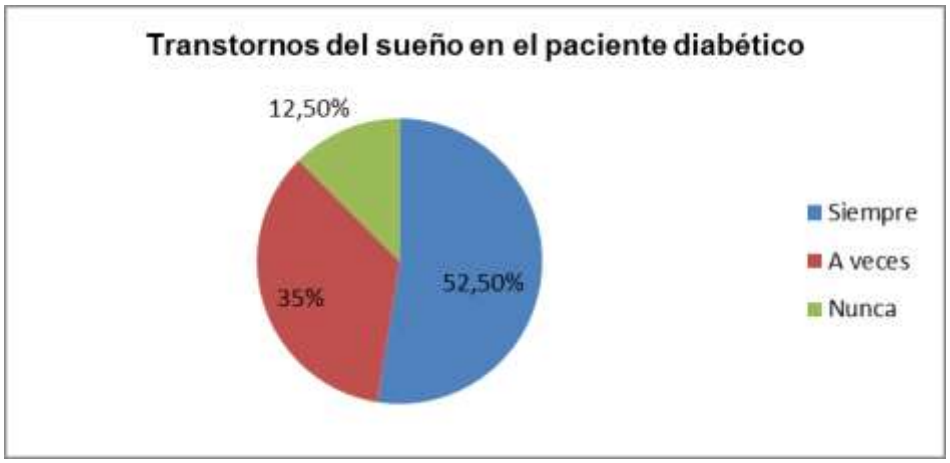
PADECIMIENTOS DE TRASTORNOS DE SUEÑO EN EL PACIENTE DIABÉTICO

CUADRO Nº 3

ITEMS	N	%
Siempre	**21**	**52.5%**
A veces	14	35%
Nunca	5	12.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Test aplicado (CITED), Club Diabéticos Hospital Motupe.
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

GRÁFICO Nº 3



El 52.5% de los pacientes siempre han padecido trastornos del sueño, el 35% solo lo ha padecido a veces, y el 12.5% nunca ha padecido de este trastorno.

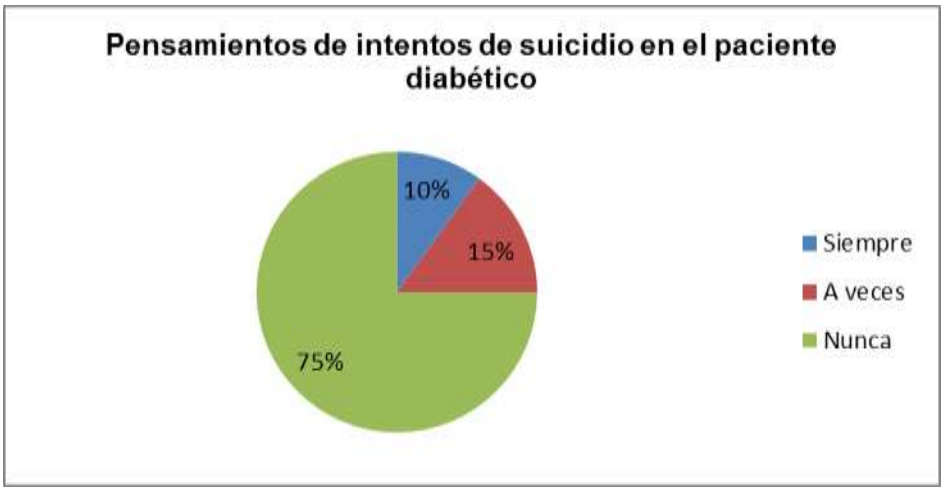
PENSAMIENTOS DE SUICIDIO EN EL PACIENTE DIABÉTICO

CUADRO Nº 4

ITEMS	N	%
Siempre	**4**	**10%**
A veces	6	15%
Nunca	30	75%
TOTAL	40	100%

Fuente: Test aplicado (CITED), Club Diabéticos Hospital Motupe.
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

GRÁFICO Nº 4



El 10% de los pacientes siempre han pensado en terminar con su vida por la depresión existente, el 15% han tenido a veces este pensamiento de quitarse la vida, y el 75% nunca lo han tenido.

SENTIMIENTOS DE ALTERACIÓN O NERVIOSISMO POR ASUNTOS SIN IMPORTANCIA EN EL PACIENTE DIABÉTICO

CUADRO Nº 5

ITEMS	N	%
Siempre	**12**	**30%**
A veces	14	35%
Nunca	14	35%
TOTAL	40	100%

Fuente: Test aplicado (CITED), Club Diabéticos Hospital Motupe.
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

GRÁFICO Nº 5

En el 30% de los pacientes siempre se ha observado alteración o nerviosismo debido a problemas sin importancia, el 35% solo a veces se ha notado esta alteración, y el 35% restante nunca se han presentado estos cambios en su personalidad.

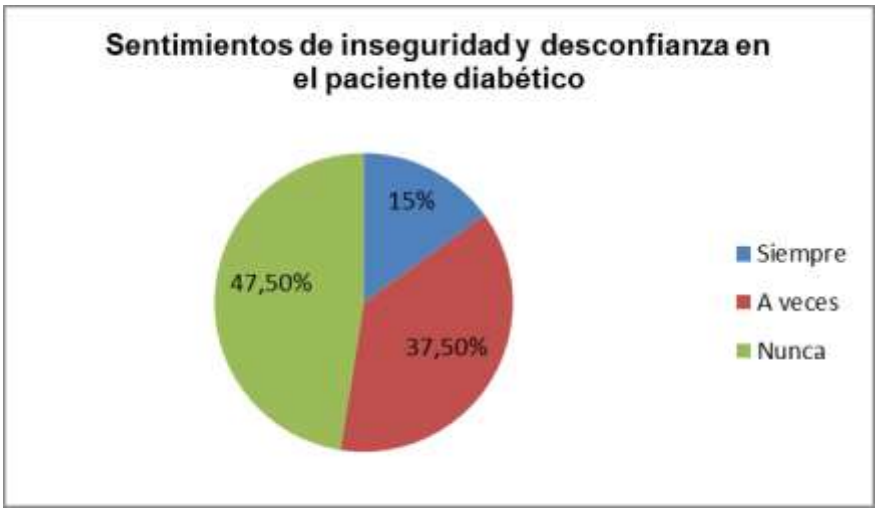
SENTIMIENTOS DE DESCONFIANZA E INSEGURIDAD EN EL PACIENTE DIABÉTICO

CUADRO Nº 6

ITEMS	N	%
Siempre	**6**	**15%**
A veces	15	37.5%
Nunca	19	47.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Test aplicado (CITED), Club Diabéticos Hospital Motupe.
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

GRÁFICO Nº 6



El 15% de los pacientes siempre han presentado desconfianza e inseguridad de sí mismos, el 37.5% solo a veces presenta estos sentimientos, y el 47.5% nunca lo han experimentado estas emociones negativas en su vida.

SENSACIONES DE DISGUSTO E IRRITABILIDAD EN EL PACIENTE DIABÉTICO

CUADRO Nº 7

ITEMS	N	%
Siempre	**20**	**50%**
A veces	16	40%
Nunca	4	10%
TOTAL	40	100%

Fuente: Test aplicado (CITED), Club Diabéticos Hospital Motupe.
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

GRÁFICO Nº 7

El 50% de los pacientes siempre se han irritado o disgustado con facilidad, el 40% solo ha experimentado a veces estos sentimientos por las situaciones adversas de la vida, el 10% nunca lo ha tenido.

ESTADOS EMOCIONALES VIVENCIADOS POR EL PACIENTE DIABETICO.

Cuadro N° 8

ESCALA	N	%
Sin alteración afectiva(0-3 puntos)	11	27.5%
Con alteración afectiva (4-12 puntos)	29	72.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Escala Psico afectiva (CITED).
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda.

Gráfico N° 8

El 72.5% de los pacientes si muestran modificaciones en su psicoafectividad, tan solo en el 27.5% no presenta alteración afectiva.

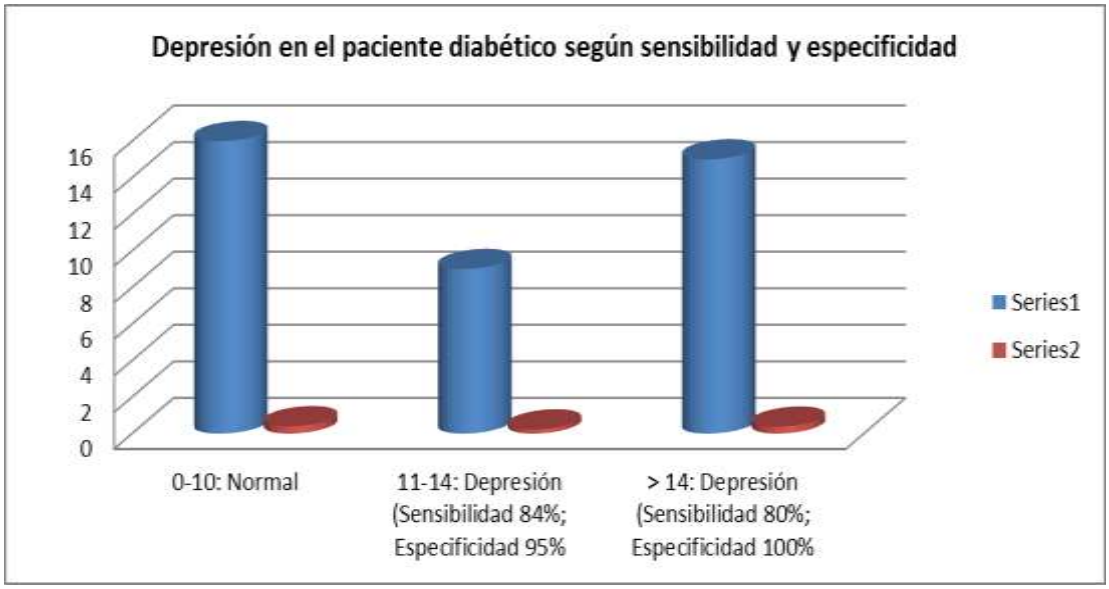
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE SEGÚN LOS PARÁMETROS DE SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD.

Cuadro Nº 9

ITEMS	N	%
0-10: Normal	16	40%
11-14: Depresión (Sensibilidad 84%; Especificidad 95%)	9	22.5%
>14: Depresión (Sensibilidad 80%; Especificidad 100%)	15	37.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda

Gráfico Nº 9



El 60% de los pacientes diabéticos muestran un cuadro depresivo con una sensibilidad del 84%, y un 95% de especificidad, mientras que el 40% de los pacientes se encuentran dentro del rango de la normalidad sin alteración en su psicoafectividad.

AUTORREPORTE VIVENCIAL

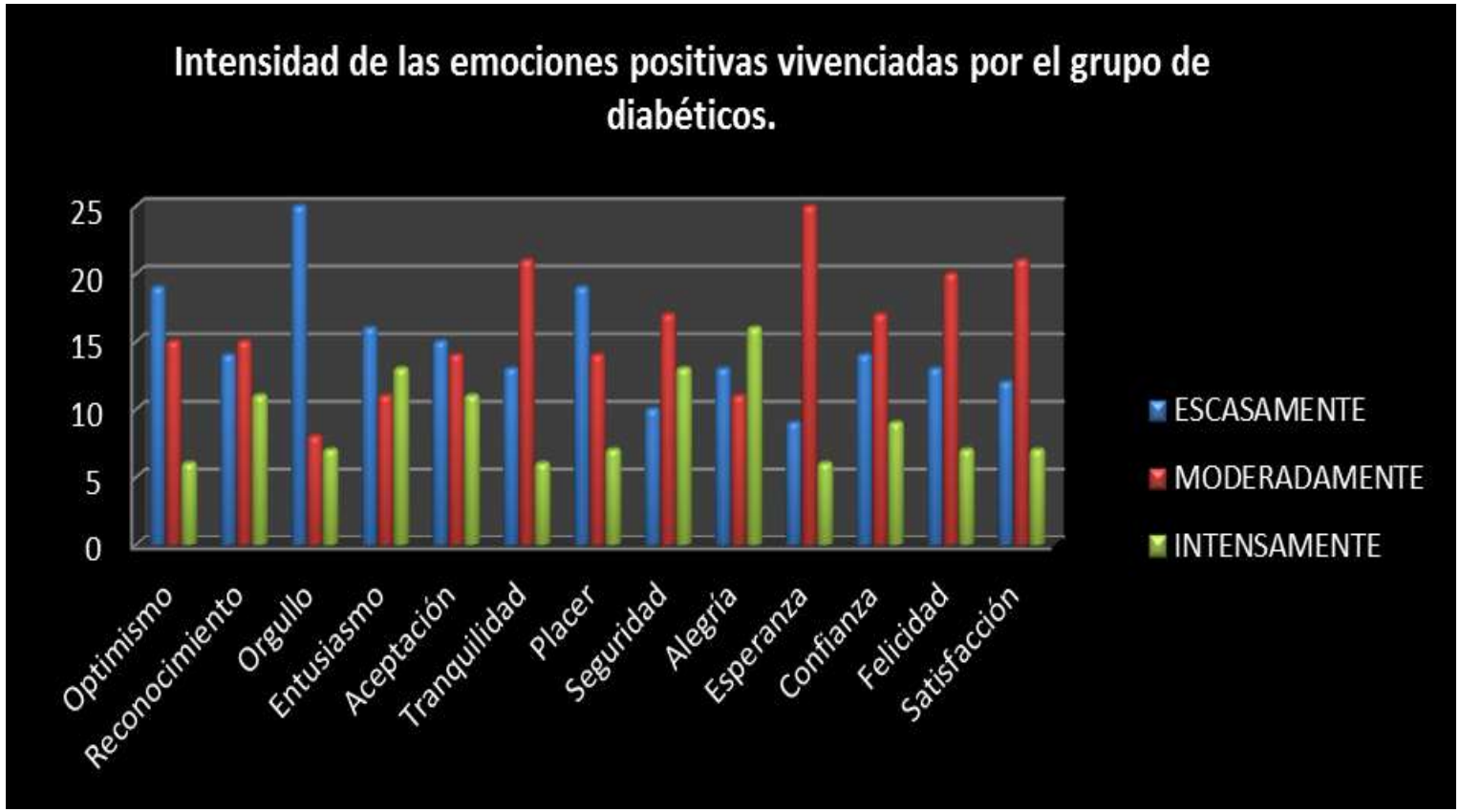
EMOCIONES POSITIVAS EXPERIMENTADAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO

Cuadro Nº 10

VIVENCIA/INTENSIDAD	ESCASAMENTE		MODERADAMENTE		INTENSAMENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Optimismo	19	47.5%	15	37.5%	6	15%	40	100%
Reconocimiento	14	35%	15	37.5%	**11**	**27.5%**	40	100%
Orgullo	25	62.5%	8	20%	7	17.5%	40	100%
Entusiasmo	16	40%	11	27.5%	**13**	**32.5%**	40	100%
Aceptación	15	37.5%	14	35%	**11**	**27.5%**	40	100%
Tranquilidad	13	32.5%	21	52.5%	6	15%	40	100%
Placer	19	47.5%	14	35%	7	17.5%	40	100%
Seguridad	10	25%	17	42.5%	**13**	**32.5%**	40	100%
Alegría	13	32.5%	11	27.5%	**16**	**40%**	40	100%
Esperanza	9	22.5%	25	62.5%	6	15%	40	100%
Confianza	14	35%	17	42.5%	**9**	**22.5%**	40	100%
Felicidad	13	32.5%	20	50%	7	17.5%	40	100%
Satisfacción	12	30%	21	52.5%	7	17.5%	40	100%

Fuente: Test de Autoreporte vivencial
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda

Gráfico Nº 10



Los pacientes diabéticos presentan emociones positivas como aceptación, alegría, esperanza, optimismo, satisfacción en distintos grados de intensidad influyendo positivamente en la estabilidad de los niveles de glucosa.

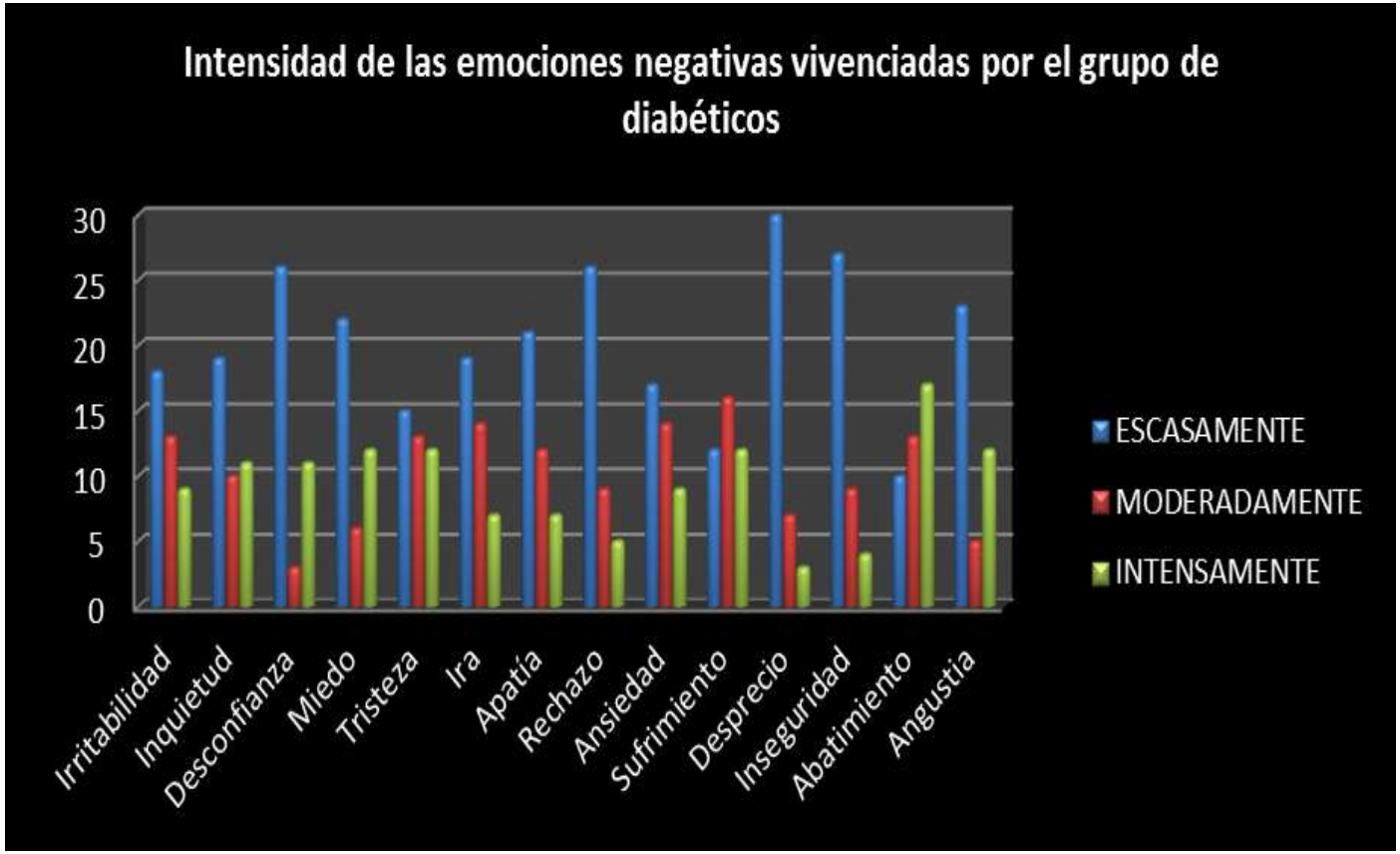
EMOCIONES NEGATIVAS EXPERIMENTADAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO

Cuadro Nº 11

VIVENCIA/INTENSIDAD	ESCASAMENTE		MODERADAMENTE		INTENSAMENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Irritabilidad	18	45%	13	32.5%	9	22.5%	40	100%
Inquietud	19	47.5%	15	37.5%	6	15%	40	100%
Desconfianza	26	65%	3	7.5%	**11**	**27.5%**	**40**	**100%**
Miedo	22	55%	6	15%	**12**	**30%**	40	100%
Tristeza	15	37.5%	13	32.5%	**12**	**30%**	40	100%
Ira	19	47.5%	14	35%	7	17.5%	40	100%
Apatía	21	52.5%	12	30%	7	17.5%	40	100%
Rechazo	26	65%	9	22.5%	5	12.5%	40	100%
Ansiedad	17	42.5%	14	35%	**9**	**22.5%**	40	100%
Sufrimiento	12	30%	16	40%	**12**	**30%**	40	100%
Desprecio	30	75%	7	17.5%	3	7.5%	40	100%
Inseguridad	27	67.5%	9	22.5%	4	10%	40	100%
Abatimiento	10	25%	13	32.5%	**17**	**42.5%**	40	100%
Angustia	23	57.5%	5	12.5%	**12**	**30%**	40	100%

Fuente: Test de Autoreporte vivencial
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda

Gráfico Nº 11



Dentro de las emociones negativas que sobresalen en la escala de moderado a intenso en los pacientes diabéticos que formaron parte de la investigación se encuentra el miedo, la tristeza, la ira, la desconfianza, la ansiedad, angustia, el sufrimiento.

PATRONES ALIMENTARIOS:

RECORDATORIO DE LAS 24 HORAS

Cuadro Nº 1

TIPOS DE COMIDA	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desayuno	40	100%	0	0%	40	100%
1/2 Mañana	29	72,5%	11	27,5%	40	100%
Almuerzo	40	100%	0	0%	40	100%
1/2 Tarde	21	52,5%	19	47,5%	40	100%
Merienda	39	97,5%	1	2,5%	40	100%
Cena	6	15,%	34	85%	40	100%

Fuente: Test de Nutrición
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda

El 40% de los pacientes desayunan y almuerzan, un 72,5% fracciona su dieta a media mañana y el 27.5% no lo hacen, el 52.5% consume algún alimento en la media tarde y el 47,5% restante no consume; el 97.5% consume su merienda y tan solo el 2.5% no lo hace; al referirse a la cena solo el 15% consume algún alimento, mientras que el 85% no le toma importancia a este tiempo de comida.

PATRONES ALIMENTARIOS
FRECUENCIA DE CONSUMO DE LOS ALIMENTOS
Cuadro Nº 2

FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS												
ALIMENTOS	NUNCA		CASI NUNCA		2 A 3 X SEM		4 A 5 X SEM		DIARIO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leche	0	0,00%	10	25,00%	9	22,50%	6	15,00%	15	37,50%	40	100,00%
Queso	0	0,00%	6	15,00%	19	47,50%	2	5,00%	13	32,50%	40	100,00%
Yogurth	11	27,50%	23	57,50%	4	10,00%	0	0,00%	2	5,00%	40	100,00%
Huevos	1	2,50%	9	22,50%	27	67,50%	1	2,50%	2	5,00%	40	100,00%
Carnes y pescados	0	0,00%	6	15,00%	23	57,50%	8	20,00%	3	7,50%	40	100,00%
Granos Secos y Tiernos	1	2,50%	1	2,50%	20	50,00%	11	27,50%	7	17,50%	40	100,00%
Verduras y Hortalizas	0	0,00%	0	0,00%	11	27,50%	11	27,50%	18	45,00%	40	100,00%
Cereales	0	0,00%	21	52,50%	14	35,00%	4	10,00%	1	2,50%	40	100,00%
Pan	1	2,50%	5	12,50%	9	22,50%	1	2,50%	24	60,00%	40	100,00%
Azúcares	10	25,00%	11	27,50%	6	15,00%	1	2,50%	12	30,00%	40	100,00%
Grasas	5	12,50%	22	55,00%	8	20,00%	0	0,00%	5	12,50%	40	100,00%

Fuente: Test de Nutrición
Autora: Lic. Katy Lemache Arboleda

Dentro del grupo de las proteínas el alimento de mayor consumo son los huevos con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana, le sigue en orden de importancia las carnes y pescados; con respecto al grupo de verdura y hortalizas un 55% consumen entre 2 a 3 veces y 4 a 5 veces por semana, el 45% restante lo consume a diario, cubriendo así las necesidades de vitaminas y minerales; con respecto al grupo de cereales el 52,5% casi nunca lo consumen, contrastando con la realidad, ya que de este grupo sobresalen las mezclas alimentarias inadecuadas sobrepasando su requerimiento porcentual (más del 60%); un 35% lo consume 2 a 3 veces por semana, referente a los azucares un 30% lo hace a diario a través del uso de hermesetas y también panela, con respecto a las grasas el 55% refiere que casi nunca consume grasas, un 20% lo hace 2 a 3 veces por semana y 12,5% lo hace a diario.

g. DISCUSIÓN

El artículo del Proyecto ZARADEMP publicado el 4 de junio del 2010 en American Journal of Psychiatry, el órgano de la Asociación Americana de Psiquiatría, documenta por primera vez en la bibliografía internacional que "la depresión clínicamente significativa se asocia con un incremento del riesgo (65%) de desarrollar una diabetes mellitus". El estudio se realizó en una muestra poblacional de cerca de 5.000 personas mayores de 55 años en la ciudad de Zaragoza.

En un estudio realizado en la misma ciudad con apoyo del Test de Depresión de Yesavage nos reportan que la mayoría de las respuestas muestran una salud sicosocial positiva en los adultos, llama la atención algunos aspectos que pueden ser considerados factores desencadenantes de depresión como: abandono de muchos de sus intereses o actividades de la vida diaria en el 58% [213], preferir quedarse en casa en lugar de salir a hacer cosas nuevas en el 52% [183] y sentir que su vida está vacía en el 30% [110]. En relación con los hábitos alimentarios se encontró que los cambios en el estado emocional, afecta el consumo de alimentos. Al comparar con el club de diabéticos objeto de estudio se observa cierta similitud donde el 30% de los pacientes (12) siempre se sienten deprimidos, tristes, melancólicos o apesadumbrados. Un 35% (14 de ellos) sienten que siempre su vida está vacía. El 52.5% (21 pacientes) padecen siempre de trastornos de sueño, y uno de los datos más alarmantes lo constituye el 10% (4 pacientes) quienes reportan que siempre tuvieron entre sus pensamientos el deseo de quitarse la vida.

El 30% que representa a 12 pacientes siempre se han sentido alterados o nerviosos por asuntos sin importancia. 6 pacientes que representan el 15% siempre se han sentido sin confianza e inseguros de sí mismos. Y finalmente el 50% de la población investigada (20 pacientes) siempre se disgustan o se

irritan con facilidad lo que nos refleja una debilidad ante la existencia de estrategias de afrontamiento para enfrentar la vida y vencer las adversidades.

La depresión afecta aproximadamente al 30% de la población adulta con Diabetes y se asocia con escaso control glucémico, mayor riesgo de complicaciones, mayor discapacidad, baja productividad, aumento de los costos en salud e incremento de la mortalidad, aspectos como la soledad, el aislamiento familiar, la falta de cuidado y de redes de apoyo conducen en muchos casos a la depresión, esta es una patología más prevalente en este grupo de población de lo que se diagnóstica. Comparando con nuestra realidad y la población objeto de investigación podremos corroborar que en cualquier lugar del mundo la depresión afecta significativamente a los enfermos con diabetes alcanzando cifras del 55%, patología que en nuestros hospitales no es tomada con importancia por los profesionales de la salud acrecentándose día a día los y dando por hecho que dentro de 7 años para el 2020 ocupará la 2da causa de morbimortalidad a nivel mundial.

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psico-social que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional.

Estudios relacionados con los hábitos alimentarios realizados en Antioquia Colombia, llevan por título "Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud" Rev Chil Nutr Vol. 33, Nº3, Diciembre 2006. Escuela de Nutrición y Dietética y la Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Colombia reporta lo siguiente:

“Estamos en un mundo en el que prima la comodidad en la elección de alimentos, pero hay que intentar que la variedad en la dieta sea el factor esencial de dicha elección. El exigente ritmo de vida moderno provoca un cierto desorden en los horarios siendo presa fácil que se den comportamientos compulsivos en las dietas o la tendencia a un tipo de comida de fácil elaboración, pero poco adecuada” y según un estudio realizado en nuestro país en el año 2008 y que lleva por título “Estudio del grado de conocimiento de nutrición en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la clínica de diabetes del hospital Enrique Garcés, entre junio y agosto del 2008” reportan que el consumo de dietas con alimentos con bajo índice glucémico por largos periodos de tiempo, por parte de las personas con diabetes, puede ayudar a controlar la hiperglucemia postprandial y confrontando con los datos obtenidos de la investigación, se presenta hoy por hoy una similitud al momento de elegir los alimentos dado por la gran variedad de alimentos de bajo valor nutritivo y en muchas de las ocasiones alimentos de alto índice glucémico como pan, papas, arroz, forman parte de la dieta patrón de los diabéticos restando importancia al hecho de la distribución de los carbohidratos en las comidas del paciente con diabetes, con la finalidad de mantener un nivel de glucemia estable y evitar picos hiperglucémicos.

Lo mismo sucede con el acto de fraccionar la dieta en 5 a 6 tomas por día habiendo una marcada diferencia con los pacientes que formaron parte del estudio en Antioquia-Colombia ya que en ellos prevalece el hábito de alimentarse 3 veces o hasta 2 veces en el día lo que implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye al proceso de fragilización. Al indagar por las comidas que hacen los adultos, se encontró que las de mayor consumo son el desayuno, el almuerzo y la cena con porcentajes de 96% [364], 92% [348] y 77% [293] respectivamente en contraposición con el Club de Diabéticos del Hospital de Motupe de la ciudad de Loja donde si fracciona en su gran mayoría la dieta siendo los alimentos de predilección lácteos (leche, queso, yogurt) y frutas. El beneficio de una

dieta fraccionada implica un descenso de peso y reducción de las hiperglucemias postprandiales, ya que mejora la distribución de las calorías.

En la indagación, los adultos reconocen la necesidad de cambiar sus hábitos de alimentación para el manejo y control de sus enfermedades, pero igualmente plantean que esto significa una renuncia a sus preferencias alimentarias, agradables por su sabor y por lo que estos representan. ¡A mí sí que me gustaba la carne gorda, el chicharrón como es de delicioso!, y ya no los puedo comer porque lo médicos le dicen a uno, que ya a esta edad no puede comer esas cosas porque hacen daño» estímulos de refuerzo positivo que relacionen una alimentación saludable con una mejor calidad de vida, mayor grado de autonomía y mejor potencialidad humana.

Pese a que la mayoría de los adultos consume varias comidas, se detectó una similitud entre los estudios de la Universidad de Antioquia, Hospital Enrique Garcés y el Club de Diabéticos del Hospital de Motupe es que la dieta es poco variada porque incluye poca diversidad de alimentos, además insuficiente, ya que se observó que no alcanzaba a cubrir las necesidades de calorías y de nutrientes y no es equilibrado en el consumo de alimentos ya que no se dieron las proporciones recomendadas, aspectos que pueden ser identificados como factores deteriorantes del estado de salud.

Es importante resaltar que la conducta alimentaria en esta edad es difícil de modificar por diferentes factores, uno de ellos es la tradición, la cual da cuenta de aquellos valores y prácticas trasmitidos de generación en generación y que marcan pautas de comportamiento. Alrededor de la tradición confluye el pensamiento mágico religioso, además se comprometen automatismos culturales que pueden tener origen en las creencias, las cuales se configuran en las costumbres y se instalan en los hábitos alimentarios.

h. CONCLUSIONES

* La diabetes no solo repercute en la salud biológica de quienes la padecen, sino también en su salud mental, incidiendo en la personalidad, en el estado emocional e inclusive originándoles elevados niveles depresivos confirmando que el 72.5% de los pacientes 29 de ellos muestran una alteración psico-afectiva.

* Lamentablemente la educación diabetológica de los familiares más allegados al paciente diabético, no es la más adecuada, ya que en un 12.5% los miembros más cercanos comparten la misma comida sin restricciones alimentarias propias de la enfermedad, y el porcentaje restante su comida se sirve en los sectores aledaños a su trabajo.

* Los vínculos afectivos familiar – paciente se tornan debilitados puesto que en el 37.5% de los casos la relación ha cambiado para mal ya que en los altibajos de su enfermedad prevalece el abandono, la apatía, y sobre todo las recriminaciones de culpabilidad que conllevan a una amplia carga emocional para la familia.

* Respecto a la "dieta" como componente del tratamiento diabetológico, se observó que los pacientes aunque tratan de respetar los horarios y régimen de alimentación no cumplen estrictamente con estos aspectos del tratamiento, pues al momento de analizar la dieta prefieren el consumo de carbohidratos simples, el 52.5% casi nunca consume cereales, tampoco expresan llevar la vigilancia del peso corporal como un aspecto importante en la dieta ni el consumo estricto de los alimentos recomendados.

* La muestra estudiada posee una "visión desfavorable de la enfermedad" que se ve afectada fundamentalmente por el modo pesimista de conducirse ante la vida, así como por la actitud

inadecuada de amigos y familiares; lo cual no favorece la adopción de una actitud positiva respecto al cumplimiento terapéutico.

* Dentro de las emociones con las que el paciente recibió el diagnóstico de la diabetes sobresalen las emociones negativas como llanto, depresión, angustia y tristeza en un 36.21% sin restar importancia a un grupo minoritario quien manifestó querer morirse, dando a recalcar que en ellas, la diabetes marco su vida por completo, en un mínimo porcentaje 1.72% que corresponde a 1 paciente utilizó como estrategia de afrontamiento la negación de la enfermedad a través de la ira y la culpabilidad.

* Predominio de emociones positivas: Al profundizar de manera directa en las vivencias positivas solo una pequeña parte de la muestra reconoce emociones como alegría y esperanza.

* La generalidad de los familiares de los pacientes diabéticos entrevistados, indicaron la presencia de cambios frecuentes en el estado anímico de los mismos, incluyendo expresiones de ansiedad, apatía y tristeza (100%).

* En cuanto a las estrategias de afrontamiento predominantes argumentaron que sus familiares diabéticos adoptan una serie de estrategias ante la enfermedad, dentro de las cuales señalaron la no aceptación o minimización del diagnóstico, así como expresión de emociones negativas. La minoría de los entrevistados (27.5%) indicó que los pacientes asumen la enfermedad con espíritu de lucha y optimismo.

* Se identificó como una característica de estos pacientes la gran necesidad de atención por parte de quienes lo rodean, independientemente de la actitud del paciente.

* Referente a los estados emocionales que predominan en estos pacientes suele ser la ansiedad (35%), especialmente en el debut de la enfermedad y en los momentos de descontrol metabólico. la mayoría de estos pacientes tienen tendencia a la depresión (62.5%), sobre todo en periodos críticos del curso de la enfermedad como lo es la concomitancia con otras patologías derivadas de la propia diabetes.

* Seguidamente se destacan vivencias de contenido depresivo, tales como sufrimiento y tristeza (60%) relacionadas con las propias limitaciones que la enfermedad impone y la falta de independencia que ésta produce, unido a la constante amenaza para la vida. Vivencias de irritabilidad e ira también son experimentadas de manera moderada en un porcentaje importante (65%) de los pacientes objeto de estudio, emociones que inciden directamente en el desajuste metabólico de los mismos.

* En cuanto a las emociones positivas, se pudo apreciar una tendencia a experimentarlas de manera escasa como optimismo (47.5%), y emociones como la alegría (40%) son manifestadas de forma intensa.

i. RECOMENDACIONES

- Mejorar la relación profesional de la salud-paciente garantizando la empatía, confianza, y el apoyo necesario a fin de alcanzar el éxito esperado en la adherencia terapéutica, aplicando talleres de motivación para el personal de la institución y para los pacientes que conforman el club de Diabéticos del Hospital de Motupe.

- Se recomienda que dentro de las actividades del equipo multidisciplinario que se pretende formar se incluyan visitas domiciliarias a fin de adentrarnos en la realidad de cada uno de los pacientes considerados de alto riesgo “emocionalmente”.

- Sería ideal crear convenios entre la Universidad Nacional de Loja y otras instituciones encargadas de velar por la salud de los usuarios a fin de crear en la ciudad de Loja una Casa del diabético donde se cumplan todas las expectativas de forma integral con el apoyo del equipo multidisciplinario.

PROPUESTA ALTERNATIVA

PROGRAMA EDUCATIVO PARA EL GRUPO DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL DE MOTUPE.

INTRODUCCION

La diabetes es una enfermedad que tiene su origen en una alteración orgánica, sin embargo, y dada la complejidad de la naturaleza humana, existen variables de orden psicológico que intervienen en el desarrollo de la enfermedad, estas dependen de las características y habilidades comportamentales de los pacientes para afrontar la enfermedad. Dado lo anterior es importante educar al paciente para que sea capaz de asumir de forma adaptativa y eficaz el tratamiento con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

El dolor físico indica la presencia de una enfermedad ya sea emocional o física. Cuando hay enfermedad, el cuerpo físico carece de luz, es por eso que el dolor físico es también un maestro o un mensajero que nos enseña el problema interno. En el lenguaje del cuerpo o la enfermedad encontramos información muy importante sobre las emociones reprimidas, cada órgano habla de sí mismo y representa lo que nos afecta. De esta forma, si modificamos nuestro estilo de vida, haciéndolo más saludable, cambiamos nuestros hábitos alimenticios, hacemos ejercicios físicos; en resumen, tomamos conciencia que la salud es lo primordial en nuestra vida, detendremos el incremento de esta enfermedad y de sus devastadoras consecuencias.

Las emociones son un mecanismo de alarma que se prende en nuestro interior, cada vez que se presenta un peligro, o cuando es necesario resolver una situación crítica. Como seres humanos que somos, estamos todos

sometidos a una constante actividad emocional a lo largo de nuestra vida, siendo las emociones negativas las que alteran nuestra salud mental. Las emociones negativas provocan en nosotros un sentimiento de CONTROL EXTREMO, es decir, una actitud equivocada de querer poseer y controlar a nuestros seres queridos y al entorno.

OBJETIVO GENERAL.

Facilitar o posibilitar el proceso de toma de conciencia de la experiencia y canalizar las emociones y vivencias que aparezcan en beneficio de una mejor calidad de vida del grupo de diabéticos del Hospital de Motupe.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar estilos de afrontamiento como parte del manejo de las emociones negativas disminuyendo los estados de ansiedad y depresión presenten en el grupo de diabéticos.
- Hacer de la terapia artística una instancia de reelaboración de los conflictos que surgen en los integrantes del grupo, como medio de desahogo y relajación.
- Propiciar un ambiente de reflexión donde vayan surgiendo realidades de las pacientes que puedan experimentar y sentir sus emociones.

DIAGNOSTICO

Una vez que se ha recolectado la información a través de los formularios planteados al grupo de Diabéticos del Hospital de Motupe y detectar problemas en los estilos de vida que los alejan de la normalidad, en la escala psicoafectiva, en el mundo emocional y de manera especial en su manejo de las emociones negativas, buscando con esta propuesta disminuir la depresión, que debido a los cambios psicobiológicos que presentan,

manejan sentimientos de inutilidad, vacío existencial y carencia de significado sobre su futuro; pongo en consideración el desarrollo de estrategias como la musicoterapia, y demás actividades destinadas a disminuir el nivel de ansiedad y a mejorar su calidad de vida lo que llevará a potenciar su salud mental y afrontar su enfermedad desde otra perspectiva más saludable.

METODOLOGIA.

El presente programa educativo pretende iniciar un cambio hacia estilos de vida más saludables en el grupo de diabéticos del Hospital de Motupe el mismo que se llevará a cabo en varias sesiones donde se utilizarán varias terapias alternativas que tienen como objetivo común mejorar la calidad de vida logrando alcanzar una sensación de confort que les permitirá reducir el estrés, aliviar el dolor físico y psicológico y disminución del sufrimiento.
Estas terapias alternativas están enfocadas a recuperar el equilibrio psíquico y emocional de cada uno de los integrantes. Así tenemos que las sesiones de musicoterapia serán desarrolladas para cubrir el espacio de elaboración de duelo y la expresión de sentimientos reprimidos, con ellas se fortalecerá la autoestima y se sentirán queridos y protegidos entre sí y por los terapeutas, por consiguiente las actividades implicadas favorecerán la solución de problemas y la toma de decisiones. Las sesiones destinadas al manejo de las emociones se basarán en el constructor de Inteligencia emocional como punto de partida es decir el uso inteligente de las emociones: hacer que, intencionalmente, las emociones trabajen para nosotros, utilizándolas de manera que nos ayuden a guiar la conducta y los procesos de pensamiento, a fin de alcanzar el bienestar personal.

«La esencia de la inteligencia emocional es tener tus emociones trabajando para ti y no en tu contra».Reuven Bar-On

MUSICOTERAPIA

"Atendiendo a la calidad de pacientes en esta etapa de tratamiento se ejecutarán en cada sesión de trabajo los ejercicios de calentamiento que consisten básicamente en juegos musicales que, además de servir para aclimatarlos, propiciarán la expresión verbal, corporal y la estimulación y fortalecimiento de la autoestima"[14].

TECNICAS.

"Audición musical, con sus modalidades de expresión verbal, escrita (prosa y verso) propiciarán la descarga verbal, llenando cada sesión de recuerdos, historias y experiencias que cada paciente rememorará fluidamente, y plástica (pintura). Se propone al paciente escuchar música, tanto dirigida como de su gusto personal, con el objetivo de estimular la imaginación y la creatividad, canalizar sentimientos reprimidos y emociones liberando tensiones al revivir momentos agradables de su infancia y juventud y provocando recuerdos, imágenes y fantasías.

Juegos interactivos musicales: A través de la música, el cuerpo y la voz utilizando juegos tradicionales para la evocación de recuerdos de la infancia y algunos propuestos por los pacientes se propiciará la interacción grupal antes de cada sesión terapéutica.

La expresión plástica favorecerá la canalización de conflictos familiares, frustraciones personales, aspiraciones y deseos reprimidos a través de piezas instrumentales.

[14] Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de las Ciencias de la Educación, Sociales, Filosófica y humanísticas, Escuela de Educación Musical, periodo 2007-2008, influencia de la músico terapia en el desarrollo psicológico, PDF, pp:77

TECNICAS PSICODRAMATICAS.

Silla vacía: Se aplicará un estímulo musical; una silla es añadida al círculo de participantes y se pide a cada uno de los integrantes que se imagine a alguien ahí y que entre en comunicación con esa persona (en silencio) ; pasados unos minutos, se solicita a cada uno que exprese lo que ha sentido.

Tienda mágica: Sometidos a la acción de un estímulo musical, se plantea la existencia de una tienda mágica, en la que se puede comprar y vender cualquier cosa: lo real y lo imaginario, lo presente y lo futuro, lo posible y lo imposible. Estas dos técnicas descritas anteriormente propiciarán la descarga de impulsos, la catarsis, la canalización de reacciones de duelo (no consumadas), la socialización y el intercambio de experiencias.

Improvisación musical: Según el modelo de Brucia. Implica expresarse espontánea libre y creativamente a través de cualquier instrumento musical, de la propia voz (canto) o del propio cuerpo (danza). Esta técnica fomenta la creatividad, imaginación y realización personal de aquellos que se sentían frustrados al poder mostrar habilidades que creían perdidas.

La clave de la comunicación es tocar la música que ha sido importante para esa persona”[15].

CONVIVIENDO CON LA ENFERMEDAD.

“Cuando alguien se entera de que tiene diabetes, en un primer momento, puede sentirse muy asustado, triste, o incluso quizás le cueste creer que sea verdad. Después de todo, es probable que no se sienta enfermo ni diferente

[15] Rodríguez Laura, et al, La Música Terapia. Una terapéutica complementaria para los pacientes terminales, educare 21, aprendiendo a cuidar, Universidad de Alcalá – departamento de Enfermería, 2002, pp:9

de cómo se sentía antes de que le dijeran que tenía diabetes. Sin embargo, es muy importante que tome esta enfermedad en serio.

¿CÓMO SE SIENTE?

Cada persona siente cosas diferentes cuando le dicen que tiene diabetes tipo 2. Algunas reacciones comunes son las siguientes:

• Sensación de pérdida • Miedo • Estrés

• Enojo • Estupor (shock) • Culpa

• No creer que es cierto y no querer pensar en eso.

Es importante que recuerde que todas estas reacciones son completamente normales. Enterarse de que tiene diabetes es algo serio. E incluso, aunque ahora le esté yendo muy bien, puede haber momentos en los que se sienta mal por lo que le ha sucedido.

Es una buena idea que hable con su familia, sus amigos o su médico sobre cómo se siente. A veces, el hecho de contar lo que uno siente hace que sea todo más fácil. Otras personas quizás puedan ayudarle a ver el lado positivo o encontrar maneras de reducir el estrés.

BAJE DE PESO

Bajar de peso puede mejorar sus niveles de glucosa en la sangre, su presión arterial y su nivel de colesterol. No es necesario que pierda muchos kilos para empezar a ver los resultados. Con sólo bajar entre 10 y 15 libras (5 y 7 kilos), ya notará diferencias. La clave para bajar de peso en forma saludable es hacerlo poco a poco. Evite las dietas relámpago (muy rápidas) y, sobre todo, siga los consejos de su médico o nutricionista para elaborar una dieta que sea adecuada para usted”[16].

[16] Viviendo con diabetes tipo dos, ¿Por dónde comienzo? American Diabetes Association, pp:16

“GRUPOS DE ALIMENTOS QUE DEBEN ESTAR PRESENTES EN LA DIETA DIARIA DEL PACIENTE DIABETICO.

EN AUSENCIA DE LA CARNE O PESCADO COMBINE UN CEREAL (arroz, papas) + UNA LEGUMINOSA (lenteja, arveja, fréjol) Y OBTENDRA LA MISMA CANTIDAD DE PROTEINAS.

MANTÉNGASE ACTIVO.

La actividad física también es importante para vivir de manera saludable y mantener la diabetes bajo control. Cualquier tipo de actividad física que haga le ayudará a bajar sus niveles de glucosa en la sangre. Hacer ejercicio también le ayudará a:

• Tener más energía y sentirse bien.
• Disminuir el estrés
• Mantener sus articulaciones flexibles
• Reducir su riesgo de tener enfermedades del corazón y derrame cerebral.

Actividad aeróbica

La actividad aeróbica fortalecerá su corazón y sus huesos y reducirá su estrés, ayudará a que su insulina trabaje mejor y mejorará el flujo de su sangre. Para la mayoría de la gente, lo mejor es intentar hacer un total de 30 minutos de ejercicio al día, al menos 5 días a la semana. Si está tratando de perder peso, puede hacer más de 30 minutos de ejercicio al día.

CONTROLE SUS NIVELES DE GLUCOSA EN SANGRE.

Antes de que tuviera diabetes, sin importar lo que usted comiera o la actividad física que realizara, su nivel de glucosa en la sangre se mantenía automáticamente dentro de los valores normales.

MEDICAMENTOS.

Es posible que su médico le recete algún medicamento para ayudarle a lograr valores de glucosa en la sangre adecuados y mantenerse dentro de esos valores.

Hay diferentes tipos de medicamentos para la diabetes que funcionan de distinto modo para bajar el nivel de glucosa en la sangre.

Su médico puede recetarle más de un medicamento para ayudarle a estar dentro de los valores adecuados. Algunas personas con diabetes tipo 2 usan pastillas e insulina, o sólo insulina”[17].

MANEJO DE LAS EMOCIONES EN LA DIABETES.

“Muchas veces la tristeza y la melancolía sustituida por el término DEPRESION son parte de la vida del paciente diabético generalmente ligado a un sentimiento que pertenece al mundo de lo perdido y que nos acerca vivencialmente a la idea de la muerte. Todo el mundo es arrastrado por las emociones negativas y esto es gravísimo. No hay nada más dañino, para el desarrollo interior profundo que las emociones negativas.

Cuando ustedes sean asaltados por alguna emoción negativa, exprésense de ella de la mejor manera posible. Si una emoción negativa ha llegado, si una emoción de envidia nos está carcomiendo hasta la médula de los huesos, expresémonos de ella en forma armoniosa, no en favor de la envidia sino del bien ajeno. Si una emoción de ira nos está sacudiendo en un instante dado, hablemos con dulzura extraordinaria y en vez de sentirnos molestos por aquello que nos ha herido, hablemos bien de aquél que nos ha ofendido. Así no seremos heridos internamente”[18].

[17] Viviendo con diabetes tipo dos, ¿Por dónde comienzo? American Diabetes Association, pp:20-21
[18] Mora Eric. Dr. Las Emociones y la Diabetes. 19 de Noviembre de 2010.

USO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL GRUPO DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL DE MOTUPE

"La Musicoterapia es la primera técnica de acercamiento al ser humano y también la última en acompañarlo. La música acompaña al ser humano en muchos momentos de su vida forma cotidiana, se puede decir que es una constante en los rituales que marcan la evolución de la persona.

Objetivo General.

Impulsar el conocimiento, la experimentación y desarrollo de la Musicoterapia, para ayudar a los usuarios del Grupo de Diabéticos y cualquier miembro particular que lo integre con problemas familiares ayude a superar ciertos conflictos emocionales propios de los seres humanos como la depresión, estrés, cansancio físico y mental entre otros.

Justificación.

La Musicoterapia trata de desarrollar y/o restaurar las funciones potenciales de la persona para que pueda lograr una mejor integración intra e interpersonal y por consiguiente, una mejor calidad de vida gracias a un proceso terapéutico de prevención o rehabilitación. La música es ideal para pacientes con enfermedades crónicas por la gratificación y sociabilidad que pueden derivarse de la experiencia creativa. Con esta técnica se pretende que quienes tengan problemas o conflictos emocionales puedan encontrar en la Música por lo menos un alivio para superarlos y entender que no todo está perdido que podemos cambiar nuestro estado de ánimo y que podemos salir adelante en cualquier adversidad"[19].

[19] Sánchez Rigoberto et al. Salud Mental y Envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. Psicología y salud, enero-junio año2006/vol. 16 número 001. Universidad Veracruzana Xalapa México pp 93-101

DESARROLLO DE LAS SESIONES

“Sesión N° 1.

Partiremos enseñando a nuestros usuarios la importancia que tiene la Música en nuestra vida, reflexionemos un poco lo siguiente:
Gracias al desarrollo de este bello arte existen muchos géneros y ritmos para todos los gustos hay canciones que nos alegran, que nos entristecen, que nos recuerdan algún momento especial de nuestra vida, que nos hacen sentir emociones y sentimientos hacia alguna persona, que nos elevan el patriotismo, que nos hacen creer que no estamos solos, que la vida es hermosa, que hay un Dios que nos cuida, en fin, sería interminable enlistar todo lo que nos puede hacer sentir la Música en nuestro interior.

Objetivo: Primer contacto con la musicoterapia mediante diferentes instrumentos y actividades para experimentar el efecto de la música en nuestro cuerpo.

Materiales: Una sala amplia, instrumentos musicales, CD o casetes de música, cartulinas, pinceles, pinturas, lápices.

Ejercicios:

a) Realizar la Ficha de Identidad sonora: se le dan unas pautas y ellos van escribiendo las respuestas. Es muy importante hacer este ejercicio porque así sabemos qué música le gusta al paciente y podremos realizar sesiones que verdaderamente ayuden.

• De donde soy
• Música de mis padres
• Infancia de 0-12 años: canciones de cuna, del colegio, de dibujos, excursiones...
• Sonidos de la infancia

• Adolescencia. Música que le gusta
• Sonidos que le gustan ahora
• Sonidos que no le gustan ahora
• Música de ahora que le gusta
• Música de ahora que no le guste.

b) Exploración de la sala: Dentro del propio auditórium hay muchos objetos que emiten sonidos, los pacientes deben descubrir la cantidad de sonidos que están dormidos en la sala, por ejemplo: golpear la mesa, abrir la ventana, mover una caja… el paciente ha de identificarse con uno y presentarse por medio de él. El terapeuta también debe realizar la actividad para poder luego, después de la presentación, establecer comunicación no verbal mediante el objeto que les identifica.

c) Expresarse con la música: Se van a escuchar diferentes melodías, una de ritmo tranquilo, otra con ritmo rápido y la última con muchos cambios de ritmo. El paciente debe dibujar, con pintura de dedos, lo que le sugiere la música.

d) Creatividad: el grupo escucha una canción elegida por el terapeuta, después se dividen por grupos y tienen un tiempo limitado para ponerse de acuerdo en cómo van a representar mímicamente esa melodía.

Tiempo de duración: 2 horas.

Sesión N° 2

MUSICOTERAPIA RECEPTIVA

Con esta práctica se pretende que los integrantes del grupo de diabéticos comprendan el valor de la vida, y que cuando existan problemas la solución son las personas que nos rodean, somos seres sociables, nacimos con un lenguaje que nos permite comunicarnos, no nos aferremos al mundo del silencio, de la soledad o la depresión.

- Ubíquese de la manera más cómoda en su asiento
- Escuchemos la canción “Vive”
- Ahora, cierre los ojos y mientras escucha una canción instrumental suave, ponga a flote su imaginación y piense en las imágenes que dibuja su cerebro mientras le relato lo siguiente:

Recuerde como fue el día de ayer en su vida, un día ordinario tal vez, se levantó, se alistó para ir al mercado o a la calle a pasear, piense en las personas con quienes saludó en casa, en las personas con quienes se encontró mientras se dirigía al mercado, y con quien compartió su jornada de trabajo o de descanso el día de ayer, ahora, la jornada terminó, recuerde como regresó a casa, quien se alegró al saber que ya llegó, con quien almorzó, en fin, recuerde como fue su tarde, que hizo el día de ayer, como fue su vida hasta que llegó la hora de acostarse, se despidió de las personas con quien vive con un hasta mañana pensando que todo será normal.

Ahora imagine, es la media noche algo está cambiando, de pronto siente un dolor extraño a la altura de su corazón, cada vez le duele más y más, intenta gritar, pedir ayuda pero no puede, siente que le falta el aire y no puede más. Es la hora de levantarse, un familiar acude a su cuarto para decirle que es hora de despertar para ir al trabajo o a dar un paseo, de pronto se da cuenta de lo sucedido y empieza a llorar, a gritar desesperadamente a avisar a

todos lo que ha pasado, todos se despiertan y acuden a mirarle, no pueden creer lo que ha sucedido si ayer todo estaba todo bien se veía tan llena de vida, mírese ahora como lloran su partida, como le ponen en un ataúd, como vienen tantas personas algunas llorando desconsoladamente a ver lo sucedido, mire cómo le llevan al cementerio como caminan y lloran por su partida, como cavan su tumba, como le colocan ahí y como no pueden entender lo sucedido.

Ahora, despierte…
Piense en lo que acaba de imaginar, descanse y reflexione.
- Busquemos criterios y experiencias sobre lo que acabamos de experimentar
- Demos conclusiones y recomendaciones de lo que experimentamos.

Tiempo de duración: 1 hora.

Sesión N° 3.

PARA LIBERAR TENSIONES EMOCIONALES

Tipo de Musicoterapia: Biomúsica

Con esta práctica se pretende que se relajen, se desestresen y liberen su mente de las preocupaciones.

- Acomódese bien en su puesto
- Cierre los ojos
- Prendamos un incensario
- Cierre los ojos y mientras escucha una música instrumental suave imagine lo siguiente:

Piense que camina por donde admira un paisaje hermoso, verdes praderas, árboles hermosos, lindas aves, un río de agua cristalina, y camina admirando tan bello lugar.

- Ahora tome su lápiz, sin abrir sus ojos y en su hoja de papel mueva su mano y dibuje lo que usted quiera…
- Ahora siga sin abrir los ojos y escriba en su dibujo su nombre o como le gusta que le llamen.
- Abra sus ojos y mire, valore su obra de arte.
- Emitamos criterios sobre lo experimentado
- Demos conclusiones y recomendaciones de lo que experimentamos.

Tiempo de duración: 1 hora.

Sesión N° 4

PARA ENFRENTAR PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, ESTRÉS DEPRESIÓN Y CANSANCIO MENTAL

Tipo de Musicoterapia: Activa.

Con esta técnica se anhela que se liberen de las tensiones emocionales mediante la respuesta a estímulos sonoros y con el movimiento.

- Cierre los ojos
- Interiorice la Música Instrumental que escuchará.
- Levántese lentamente al ritmo de la música
- Camine con los ojos cerrados al son de la música.
- Realice movimientos con sus extremidades acordes a la música.
- Una sus manos con otra persona y realicen movimientos iguales.
- Mediante movimientos liberemos tensiones musculares.

Tiempo de duración: 1 hora.

Sesión N° 5

PARA LEVANTAR EL AUTOESTIMA EN LOS INTEGRANTES DEL GRUPO DE DIABETICOS.

Tipo de Musicoterapia: Activa.

Con esta técnica se desea elevar la autoestima de los usuarios del grupo, con el uso de instrumentos musicales para que ellos se sientan importantes como un artista.

- Acomódese en el puesto
- Escoja el instrumento que le guste (Piano, guitarra, flauta, Instrumento de percusión)
- Escoja la grabación de su canción preferida o el disco de su artista preferido.
- Imite con su instrumento a su artista preferido.
- Imagínese que hay un público que lo aclama.
- Cuénteme que es lo que sintió al realizar esto.

Tiempo de duración: 2 horas.

Sesión N° 6

MANEJO DE LAS EMOCIONES NEGATIVAS.

Objetivos.

- ✓ Ampliar conocimientos e información sobre el concepto de emoción.
- ✓ Aprender a reconocer y clasificar diferentes tipos de emociones.
- ✓ Conocer que existen situaciones que provocan reacciones emocionales y otras que no.

Algunas ideas para reflexionar.

¿Se ha parado alguna vez a pensar en las emociones?, ¿Qué són?, ¿Cómo funcionan?, ¿Por qué unas personas manifiestan mucho sus emociones y otras parecen "no sentirlas"?, ¿Realmente no las sienten o es que no las expresan al exterior?, ¿Por qué hay situaciones que nos "alteran" mucho o nos hacen "ponernos nerviosos" y otras que nos producen bienestar?.
Las emociones son un tipo de reacción que todo ser humano experimenta ante los hechos que le ocurren o las situaciones a las que nos vemos expuestos cada día.

La emoción es algo que cambia constantemente, aparece y desaparece e incluso está sometido a variaciones a lo largo de nuestra vida en función de la etapa en la que nos encontramos. Si estamos atravesando una etapa feliz y tranquila, sin problemas o preocupaciones importantes, el estado emocional tiende a ser más estable, aparecen menos emociones de las que luego veremos se llaman "negativas"; si por el contrario estamos en momentos de grandes cambios o aparición de nuevas situaciones, nuestras emociones se ponen en marcha y es más frecuente que aparezcan (tanto las emociones positivas como las negativas).

Sentir emociones es bueno en términos generales, es la prueba de que uno está “vivo” y reacciona ante lo que le ocurre o lo que acontece a su alrededor. Que aparezca una emoción es el signo o señal de que algo es lo suficientemente importante para hacernos reaccionar.

Cuando aparece una emoción debemos:

1. Saber reconocerla. ¿Qué tipo de emoción es?
2. Saber clasificarla en positiva o negativa.
3. Aprender a expresarla del modo más adecuado para nosotros y la relación con nuestro entorno. Reprimir la emoción nos perjudica, sobre todo si es negativa, porque puede hacer que esa emoción negativa dure más tiempo y prolongue nuestro malestar. Tampoco es apropiado en ocasiones, pues puede producir efectos no deseados, expresar libremente y sin medida la emoción. La expresión de las emociones requiere que seamos capaces de “dominarlas”, modularlas y darles una forma de expresión adecuada. A esto es lo que llamamos **autocontrol emocional**.
4. Si es negativa es el “aviso” de que tenemos que actuar para resolver la causa o el problema que la ha producido.

Para el desarrollo de ésta sesión ejecutaremos dos actividades; la primera irá destinada a “visualizar” diferentes emociones y darles nombre y la segunda a identificar situaciones que provocan emociones y a clasificarlas en positivas y negativas.

ACTIVIDAD.

Los participantes deben fijarse con atención en las diversas fotografías, colocarlas en las respectivas emociones y mostrar las expresiones emocionales diferentes. A continuación se presenta la tabla denominada “Diccionario de las emociones” en la que aparece una selección de nombres de emociones y la definición de cada uno de ellas.

La tarea consiste en organizar pequeños grupos y que cada uno ponga al lado de la gráfica el nombre de la emoción que representa. Posteriormente se hará una puesta en común en la que cada grupo dirá el nombre dado a la fotografía, para que todos los integrantes del grupo participen se hará leer en voz alta para el resto la definición de la emoción de la que se trata.

NOMBRE DE LA EMOCIÓN	SIGNIFICADO
IRA	Enfado, irritación, cólera. Algo que ha ocurrido lo interpreto como una ofensa contra mí o lo mío.
ANSIEDAD	Inquietud, nerviosismo intenso. Me enfrento con algo que es una amenaza y no “controlo” bien lo que puede ocurrir.
MIEDO - TERROR	Algo que acaba de ocurrir o es inminente me asusta, me produce sensación de peligro, me paraliza.
FELICIDAD	Ha ocurrido algo que deseaba, se han cumplido mis deseos o metas y estoy alegre, divertido, todo me parece positivo, estoy entusiasmado y me siento bien.
AMOR	Siento que quiero a alguien y me siento bien estando con esa persona que me importa, que deseo estar mucho tiempo con el/ella, trato de expresarle mi afecto.
TRANQUILIDAD, DESCANSO.	Bienestar, paz, seguridad. Me siento sereno y calmado. Nada me pone nervioso.
ALIVIO	Me he quitado un “peso de encima”, todo vuelve a estar bien porque ha desaparecido la circunstancia que me alteraba o preocupaba.

En la vida diaria se dan muchas situaciones a las que nos enfrentamos de continuo. Algunas nos hacen reaccionar más que otras, unas nos hacen emocionarnos y otras no.

ACTIVIDAD

La tarea consiste en discriminar situaciones que tienen significado subjetivo para desencadenar la respuesta emocional y otras que poseen un carácter neutro y no son fuente de reacción emocional. Para dar significación "afectiva" a las situaciones se utilizará una escala cromática o lista de símbolos.

Manteniendo la composición de pequeños grupos, los miembros deberán poner una señal identificatoria de la emoción.

Que mi mejor amigo/a me deje plantada después de haber quedado para ir al parque.	
Estar a punto de hacerme un examen de diagnóstico.	
Que empieza a llover	
Perder al autobús para ir a la fiesta.	
Ver un anuncio en la televisión.	
Que mis hijos me castiguen sin salir por las tardes por haber consumido demasiado dulce.	
Que algún compañero/a del grupo coja uno de mis objetos valiosos sin pedir permiso.	

Si me produce emociones.

No me produce emociones.

Listado de emoción	Color	Símbolo
IRA		
ANSIEDAD		
MIEDO, TERROR		
TRISTEZA		
FELICIDAD		
AMOR		
TRANQUILIDAD, DESCANSO		
ALIVIO		

SESION N° 7

EJERCICIO PARA LA IDENTIFICACION DE LAS EMOCIONES (EN SI MISMO).

Coloque en el espacio correspondiente la emoción que asocie a la situación.

SITUACION	EMOCION
1. El día está oscuro y lluvioso, yo quiero estar solo, y no tengo ganas de leer ni ver la televisión.	
2. Mi grupo de diabéticos fue calificado como el mejor en la ciudad de Loja.	
3. Tenía que planchar y bordar un cuadro, y me quedó muy bien.	
4. Una persona que no conocía el mar lo ve por primera vez, queda como deslumbrada por tanta grandeza, se olvida dónde está y del tiempo que pasa.	
5. Dos personas que se quieren mucho han encontrado muchas dificultades familiares para organizar su vida en común. Ahora ya tienen su casa y están juntos.	
6. Una señora está viviendo lejos de su tierra y una tarde se pone a escuchar música popular de su región y le vienen al recuerdo los paisajes y las personas que dejó y que tanto quiere.	
7. Llega la fecha para pagar la deuda en el banco y no tiene dinero.	
8. Lleva varios meses en el extranjero, y se acuerda de una persona a quien echa mucho de menos.	
9. Te han hecho un examen de rutina y te detectan una masa dura en el estómago, y te dicen que hay muchas posibilidades de curarte.	
10. Tienes que operarte y te dicen que hay riesgos muy graves en la cirugía.	
11. Alguien te demuestra en público que dijiste una mentira muy grande por presumir.	
12. Veo a la Sra o Sr que me gusta bailando cariñosamente con otro u otra.	
13. Tengo mañana una cita muy importante, es media noche y no tengo lista la ropa que llevaré puesta, no sé si le agrade o le disguste a la otra persona.	
14. Voy por la calle y veo que alguien a vomitado en la acera	
15. Te invitan a una fiesta muy divertida.	
16. De pronto te das cuenta que te han robado un objeto que tanto te gusta.	
17. Se rompe en tu casa algo valioso.	

SESION N° 8.

EJERCICIO DE RELAJACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE LA IRA (se puede acompañar este ejercicio con música instrumental).

«Libere su ira y dispóngase a crear lo que quiere para usted»

Introducción

Este viaje fue creado porque la ira supone un problema para muchísima gente. La fantasía refleja el movimiento a través de la liberación de la ira hacia la visión creativa, que queda en disposición de surgir desde dentro cuando ya no estamos bloqueados por la ira no curada. Esta fantasía da autorización a las personas para sentir y liberar esa ira.

El viaje

Este tiempo es para tí: para curarte, liberarte, relajarte y armonizar con tu ser interior. Comienza llevando tu atención hacia la parte inferior de tu cuerpo, desde la cintura para abajo. Ahora, mientras cuentas lentamente de uno a siete, tensa todos los músculos de tu estómago, región lumbar, muslos, pantorrillas, pies y dedos de los pies. Mantén esa tensión. Mientras efectúas la cuenta descendente de siete a uno, libera esa tensión de forma gradual de modo que todos los músculos, desde tu cintura hacia abajo, hasta los pies, lleguen a estar profundamente relajados.

Pausa

Ahora lleva tu atención hacia la parte superior de su cuerpo, desde tu cintura hacia arriba.

Mientras cuentas de uno a siete, tensa todos los músculos de tu pecho, de tu espalda, de tus brazos y de tus manos; de tus hombros, de tu cuello, de tu cabeza y de tu rostro. Mantén esta tensión.

Mientras efectúas la cuenta descendente de siete a uno, libera de forma gradual toda esa tensión de modo que todos los músculos de tu cintura hacia arriba hasta tu cabeza, lleguen a estar profundamente relajados.

Pausa

Ahora que tu cuerpo se siente profundamente relajado, representa en tu imaginación una situación en la que te hayas sentido con mucha rabia. Mira la situación claramente. Tal vez haya personas implicadas. Observa dónde estás y lo que estás diciendo u oyendo decir, y si es apropiado. Permítete entregarte plenamente al momento de esta experiencia. Ahora toma consciencia de cómo se siente esa ira en tu cuerpo. Quizás es un nudo en el estómago, una opresión en la garganta o una fuerte presión en la cabeza.

Pausa

Para liberarse de la ira hay que aprender a perdonar. Visualiza a las personas o personas que provocan tus sentimientos de ira. Repite la frase: “Te perdono y me perdono a mí mismo”. Continúa hasta que puedas decirlo de todo corazón. Siente el alivio que el perdón lleva a tu ser interior.

Pausa

Ahora es el momento de liberarse de la ira. Es el momento de dejar atrás esos sentimientos que te mantenían atascado, bloqueando tu crecimiento. Permítete pasar a otro momento. A la época primaveral en un bello jardín florido, rodeado por muchos árboles. Mientras desciendes el camino pavimentado entre los macizos de flores, ve una gran variedad de colores, los de tus flores favoritas.

Mira detenidamente para ver qué flores son. Cuando aspires profundamente, siente el aire cargado de la dulce fragancia de los pimpollos y las flores; oye cantar a los pájaros. Ahora llega hasta un banco de madera bellamente tallado. Te sientas en él, en silencio, sintiendo la resistente fortaleza de la madera, la suave textura de su superficie. Recoge la serenidad del jardín.

Deja que tu mente descanse en los pensamientos del futuro, que te gustaría crear para tí cuando te sientas libre de sentimientos iracundos que nublan tu visión interior. Tienes el poder de decidir, de elegir, de planificar tu propio crecimiento. Libera tu energía creativa y disfruta todo lo que llega hasta tí

Pausa

Gradualmente, empieza a volver a tu cuerpo, a la habitación que te rodea, al día, a la hora del momento presente. Cuando abras los ojos recuerda la llamada de tus visiones interiores y entra en tu vida con fuerzas renovadas, enraizado en tu interior, creciendo hacia la luz.

SESION NO 9.

VISUALIZACIÓN DEL CONTROL EMOCIONAL.

Se acompaña este ejercicio con música instrumental.
Comienza por cerrar los ojos y concentrar la atención en la respiración, realiza siete respiraciones suaves y profundas, hazlo tomando el aire por la nariz y botándolo por la boca. Mientras lo haces procura soltar la tensión acumulada en tu cuerpo, afloja cada parte de él y descansa... al término de la séptima respiración, trae mentalmente el recuerdo de ese lugar donde alguna vez te sentiste bien, a gusto y en paz, recuérdalo y recórrelo con tu imaginación. Luego saca ese recuerdo, conserva tus sentimientos positivos y comienza a construir la imagen mental de una situación en la que estás manejando de manera positiva un conflicto emocional. Es una situación en la que con frecuencia te resulta difícil manejarla... pero en esta ocasión puedes ver cómo mantienes el control de tus impulsos y de tu pensamiento... imagínala como si ya estuviera sucediendo, recréala con todos los detalles, mírate a ti mismo en esa situación… obsérvate y encuentra la causa de esa emoción... qué piensas… qué te provoca hacer... ahora reconoce tus fortalezas... respira profundo y toma tu tiempo para que tus ideas se organicen... mira las alternativas que te pudieran ser útiles para resolver la situación de manera positiva…visualízate a ti mismo haciendo la más conveniente..., puedes captar la plenitud de tu rostro al sentirte capaz de manejarte de manera positiva la situación... tu cuerpo está relajado y te sientes en paz contigo mismo... y con los demás... Respira profundo y al botar el aire piensa que ya lo conseguiste, quédate ahí, disfrutando de tu logro y del estado de relajación en que te encuentras.
Suavemente haz un par de respiraciones... luego recuerda mentalmente donde te encuentras, siente tu cuerpo y abre los ojos suavemente[20].

[20] Verdú Remedios et al, Programa Ulises; Aprendizaje y Desarrollo del Autocontrol Emocional PDF, Asociación Deporte y Vida, Martínez Izquierdo, 80 28028 Madrid, pp:90

BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez Laura et al, La Musicoterapia. Una terapéutica complementaria para los pacientes terminales, educare 21, aprendiendo a cuidar, Universidad de Alcalá - Departamento de Enfermería, 2002, pp: 9.
2. Sánchez Rigoberto, Salud Mental y envejecimiento: Una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos, Psicología y Salud, enero-junio, año/vol. 16, número 001, Universidad Veracruzana, Xalapa Mexico, pp: 93-101.
3. Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Educación, Sociales, Filosóficas y Humanísticas, Escuela de Educación Musical, período 2007 – 2008, Influencia de la Musicoterapia en el desarrollo Psicológico PDF, pp: 77.
4. Viviendo con diabetes tipo 2, ¿Por dónde comienzo?, American Diabetes Association, pp: 16.
5. Verdú Remedios et al, Programa Ulises; Aprendizaje y desarrollo del autocontrol emocional PDF, Asociación Deporte y Vida Martínez Izquierdo, 80 28028 Madrid, pp: 90.
6. Vivas Mireya, Educar las Emociones PDF, 2da edición 2007, pp: 142.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Barbara J. Anderson. Et. Al. Investigación del comportamiento y aspectos psicológicos en la diabetes: Avances y perspectivas, capítulo 37.
- Barriguete Armando Dr. et al. Protocolo de Psicología para la atención de pacientes con enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular, diabetes. UNEMES, Socios por la prevención, México 2008- disponible en internet:
- Bolaños Patricia, diplomada en Nutrición humana y Dietética, Diabetes y trastornos de la conducta alimentaria "utilización de la insulina", Instituto de Ciencias de la conducta, Sevilla 2009. PDF.
- Chamorro L, Tesis doctoral sobre Hábitos, comportamientos y actitudes de los adolescentes inmigrantes sobre nutrición, Universidad de Granada, Granada 2007.
- Cuervo Antonia, Factores personales, apoyo social y estilo de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 pdf, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de enfermería, Agosto 2001.
- Diabetes, una forma natural de abordar la enfermedad –Camino al ser- Investigadores de la Universidad de Toronto, disponible en Internet en: www.caminos al ser.com/
- Diabetes y Salud mental todo-en-salud.com/2010/12/**diabetes**-y-salud-mental - Chile-
- Galeano M.L, Henriquez S.M, Mitos sobre la alimentación en pacientes con diabetes mellitus, pp: 86.
- Garay Sevilla María E. Dra. El mundo emocional del paciente diabético, PDF, Universidad de Guanajuato, Instituto de Investigaciones médicas.
- Gómez C Luis A. Efectos del estrés y la depresión en la neurogénesis del cerebro, disponible en internet: www.diproredinter.com.ar/articulos/pdf/estres**depresion**.pdf
- Heredia J.P y Pinto B, Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico, Universidad Católica Boliviana "San Pablo", Ajayu, 2008, Vol VI, N° 1

- N. Pineda Et. Al. / Aspectos Psicológicos y Personales en el Manejo de le Diabetes Mellitus. Farmacología Clínica y Terapéutica. Venezuela Año/Vol. 23. Nº 001
- Martínez Brenda, Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulinodependiente, Psicología y Salud, julio-diciembre 2007, volumen 17, Universidad Veracruzana, Xalapa, Mexico.
- Mora Eric Dr. Las emociones y la diabetes. 19 de Noviembre de 2010.
- Organización Panamericana de la Salud, Guía para la Atención de las personas diabéticas tipo 2, II edición, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, San José, Costa Rica 2007, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Plan Integral de la diabetes 2007-2012, Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia.
- Rodríguez R. Dr. Universidad Tecnológica América. Métodos de la Investigación I, Manta, Abril 2011, disponible en internet: www.scribd.com/doc/.../**METODO**-INVESTIGACION-I
- www.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/.../**protocolo_psicologia**.pdf?MOD...
- Rivera Valle R. El tratamiento de la diabetes por medio de la alimentación, disponible en internet: www.**diabetes**.saludparati.com/**diabetes**alime1.htm –
- Siqueira Pérez Denise. Representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud y enfermedad. Rev Latino-am Enfermagem 2008 maio-junho; www.eerp.usp.br/rlae
- Ventura Ana I. Influencia de la diabetes en el deterioro cognoscitivo, Universat Jaume, Jornadas de fomento de la investigación, disponible en internet en: www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi10/psi/7.pdf

k. ANEXOS :PROYECTO DE TESIS.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

"SALUD MENTAL Y PATRONES ALIMENTARIOS EN EL GRUPO DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL DE MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA".

Proyecto de Tesis previa a la obtención del grado de Magister en Salud Mental.

Autora:

Lic. Katy Alexandra Lemache Arboleda.

Loja – Ecuador

2011-2012

a. TEMA.

Salud Mental y patrones alimentarios en el Grupo de diabéticos del Hospital de Motupe de la ciudad de Loja.

b. PROBLEMÁTICA.

Las enfermedades en general están relacionadas con nuestra propia capacidad de ver la vida. Muchos buscamos afuera de nosotros mismos, la posibilidad de fortaleza, de afecto, de seguridad, sin percibir que está dentro de cada uno el propio manantial de afecto y amor. La diabetes es una más de las enfermedades generadas por esa falta de afecto, de cuidado en uno mismo y en lo que a uno le rodea.

Los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante; pues se les hace el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla, por otro lado el riesgo de que puedan tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía, es muy alto; además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa.

Esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y este es, quizá, el reto más difícil a vencer.

Vivir con una enfermedad de larga duración (también denominada crónica) plantea nuevos retos a una persona.

Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo -no es algo que se consiga de la noche a la mañana. Pero entender lo que le ocurre y participar activamente en el cuidado de su salud le ayudarán a afrontar esos retos.

Las enfermedades crónicas como la diabetes, el sobrepeso, la obesidad, entre otras, no solo afectan la salud física del paciente que lo padece; ya que por constituir una condición que requiere cambios en el estilo de vida de las personas, influye notablemente en todas las áreas: psicológica, económica, familiar, social, cultural, etc.

Mucha gente descubre que el hecho de adoptar un papel activo en el tratamiento de un problema de salud crónico le ayuda a sentirse más fuerte y más preparada para enfrentarse a muchas dificultades y pruebas que les depara la vida.

Se considera uno de los principales problemas de salud por su alta prevalencia y por ser causa directa de muerte, discapacidad y elevados costes sanitarios. Genera una serie de complicaciones agudas y crónicas de instauración y gravedad variables que, con frecuencia, afectan adversamente a la calidad de vida individual y que pueden conllevar un aumento de la incapacidad y muerte prematura.

Es importante resaltar también, que el diagnóstico de la enfermedad ocasiona muchas veces un choque emocional para la persona, que no está preparada para convivir con las limitaciones provocadas por su cronicidad.

Así, la convivencia de la diabetes rompe la armonía orgánica y muchas veces, va más allá de la persona que vive la enfermedad, interfiriendo en la vida familiar y comunitaria afectando su universo de relaciones. Tener que cambiar hábitos de vida que están consolidados y asumir una rutina que envuelve una disciplina rigurosa en cuanto a su alimentación, incorporación o incremento de actividades físicas y uso permanente y continuo de medicamentos.

Los que imponen a la necesidad de entrar en contacto con sentimientos, deseos, creencias y actitudes. La modificación en el estilo de vida no es

mágico, sino que se instala en un camino que envuelve el repensar el proyecto de vida y revaluar sus expectativas futuras.

La Diabetes Mellitus hoy en día se ha vuelto en un importante problema de Salud Pública en el mundo y en especial en la región de las Américas.
Es así que en Ecuador, en un período relativamente corto, esta enfermedad silenciosa ha emergido como una de las principales causas de muerte. Hace una década atrás fue la 4ta causa de muerte en mujeres y la 9^{ena} causa de muerte en hombres.

Uno de los mayores problemas encontrados, por los profesionales de salud durante el proceso de intervención con pacientes diabéticos es la poca continuidad en el tratamiento, un fenómeno constante para el tratamiento de enfermedades que exigen cambios en los hábitos de vida.

Estimular la continuidad del tratamiento es de extrema importancia, considerando que la educación en salud puede ser considerada una de las estrategias, que permitan un mejor seguimiento de los pacientes frente al esquema del tratamiento. En este sentido, la educación en salud, ha sido muy valorizada y es considerada parte integrante del tratamiento para las enfermedades crónicas.

En tanto muchos programas de educación en salud fracasan por no tener en consideración los aspectos psicológicos, culturales, sociales, interpersonales y las reales necesidades psicológicas de la persona diabética.

El carácter crónico y generalmente progresivo de la diabetes, la vuelven una enfermedad muy demandante; ya que para lograr un adecuado control, la persona debe realizar cambios sostenidos en su estilo de vida y esto no siempre es fácil podrían generarse resistencias.

El curso y desenlace de la enfermedad crónica está influenciado por variables sociales y emocionales, variables que podrán tener un efecto decisivo en la manera en que la enfermedad se desarrolla.
Cada fase del padecimiento, enfrenta a la persona con la necesidad de cumplir tareas especiales y se requerirá de diferentes estrategias para su adecuado enfrentamiento y asimilación (Maileck, 1979).

Por todo esto el acompañamiento psicológico será de gran utilidad tanto para enfrentar el diagnóstico como para seguir las indicaciones y el tratamiento encaminado a mejorar la salud.

La diabetes afecta en la actualidad a más de 194 millones de personas en el mundo y para el 2025 (apenas dentro de 18 años), se espera que lleguen a ser unos 333 millones. La mayoría de los casos -90% son diabéticos tipo 2 y es en países en vías de desarrollo donde mayormente se concentran de los cuales 45% vivirán en países en vías de desarrollo y 55% en países desarrollados.

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID), en el momento del diagnóstico de la DM2, aproximadamente un 80%de las personas presentan sobrepeso, y el riesgo de padecer DM aumenta, en al menos, un 5% por cada kilogramo de aumento de peso medio en la población.

Considerando la dieta como parte del entorno que afecta a los individuos, se puede afirmar que es uno de los determinantes de muchas de las evidencias epidemiológicas que asocian el tipo de alimentación con la aparición de ciertas enfermedades (Grande Covián 1988).
La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más comunes, la cual ocupa un lugar importante por su prevalencia. Afecta hoy entre el 3 y el 7 % de la población mundial, lo que llega a totalizar unos 180 millones de personas afectadas.

Su condición de enfermedad irreversible, la convierte en difícil de abordar para pacientes y médicos, ya que a sus efectos sobre el organismo se suman condicionantes psíquicos, generadores de estrés y conductas dispares, debido a que al menos en teoría- los pacientes deben realizar constantes esfuerzos durante el resto de su vida.

Los casos de diabéticos crecen a un ritmo promedio de 400 mil nuevos casos por año, siendo la obesidad uno de los primeros padecimientos asociados con la diabetes.

Se estima que el costo anual de la atención de pacientes diabéticos en los servicios de salud pública, rebasa la cifra de los 320 millones de dólares anuales (algo así como $3.481600,000.00).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la diabetes como la "plaga del siglo XXI", se calcula que para el 2025 el número de diabéticos crecerá significativamente alcanzando cifras de hasta 60 millones de afectados.

En América Latina hay más de 15 millones de personas con diabetes.
Según las últimas cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, la primera causa de mortalidad femenina en Ecuador es la "Diabetes Mellitus" con 1.781 casos anuales y una tasa de mortalidad de 26,3 por cada 100.000 habitantes de sexo femenino.

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

PROBLEMA CIENTÍFICO:

¿Cómo contribuir a través de un programa de educación diabetológica a fomentar la salud mental y adecuar los patrones alimentarios en pacientes diabéticos del Hospital de Motupe con baja adherencia terapéutica?

OBJETIVO GENERAL.

Contribuir a fomentar la salud mental y la educación nutricional de los pacientes del Club de diabéticos del Hospital de Motupe a través de un programa de educación diabetológica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Fundamentar teóricamente la problemática de la alimentación en los pacientes diabéticos y su relación con la salud mental.

2.-. Evaluar la salud mental de los referidos pacientes con énfasis en el estilo de vida y el funcionamiento emocional.

3.-Diagnosticar los patrones alimentarios de los pacientes del club de diabéticos del Hospital de Motupe y su relación con la salud mental.

4.- Diseñar un programa de educación diabetológica y emocional para contribuir a la generación de actitudes, costumbres, prácticas alimentarias al igual que el manejo de emociones negativas para potenciar la salud mental del Grupo de Diabéticos del Hospital de Motupe.

c. JUSTIFICACION.

Las enfermedades crónico-degenerativas se han convertido en una epidemia que está azotando a la población de manera silenciosa, cobrando cada minuto un sin número de vidas inocentes, o a su vez dejando incapacitadas temporal o definitivamente a quienes lo padecen, sin que hasta el momento haya manera de detenerlas.

Hoy en día ocupan un sitial muy importante en el diario vivir de las personas, producto de los estilos de vida inadecuados que son parte de una sociedad "moderna y globalizada" ajena e insensible a los efectos adversos que ésta produce.

Esta sociedad globalizada e industrializada, y el uso masivo de los medios de comunicación trae consigo información errónea que modifica los estilos de vida de una sociedad que se va apagando poco a poco, con las manos cruzadas sin poder defenderse de la crueldad de los cambios del mundo moderno, dan lugar a la pérdida de costumbres, hábitos y prácticas alimentarias saludables herencia de nuestros ancestros.

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La familia debe permitir al paciente adquirir viejos roles y responsabilidades dentro de la organización familiar, de acuerdo a su funcionalidad.

Para lograr una buena adaptación familiar se necesitará que todos participen en programas educativos relacionados con el padecimiento. Proveer una adecuada información, crear conciencia crítica en la familia de la importancia del tratamiento, horario, dieta y ejercicio así como fomentar la responsabilidad del auto cuidado, son fundamentales para el tratamiento adecuado.

Resulta necesario identificar el nivel de conocimientos del grupo poblacional en estudio a fin de reforzar los criterios positivos que surjan en el análisis con el grupo y en su defecto aclarar dudas sobre los criterios erróneos que se detecten.

Las conductas alimentarias humanas son el resultado de interacciones y aprendizajes múltiples. De ahí la necesidad de tener en cuenta numerosos factores, son evolutivas y tienen una base importante en experiencias personales, positivas o negativas, por estas razones resulta importante cuidar todo lo relacionado con el consumo de alimentos.

Por otra parte, la ingesta de alimentos constituye un proceso de comunicación de significados emocionales (Corral, 1999). Confundir la comida con las emociones es algo frecuente.

Las personas, en ocasiones, recurrimos a la comida para sentirnos mejor, cuando nos sentimos frustrados, ansiosos, aburridos o solos.

La tristeza o la cólera son emociones que nos pueden llevar a comer sin tener hambre o a no comer cuando deberíamos hacerlo, dando de esta manera lugar a desórdenes alimentarios que con el paso del tiempo nos vuelve presas fáciles de las enfermedades de la modernidad.

Frente a ésta realidad escalofriante que está viviendo el mundo entero, considero imprescindible sensibilizar a la población sobre el significado de la enfermedad y a su vez fomentar hábitos y estilos de vida saludables, que sean ellos los portadores de cambiar el momento y sus vidas mismo a través de una conciencia crítica.

En vista de que se ha socializado información con el Grupo de Diabéticos del Hospital de Motupe de la ciudad de Loja y conscientes de la magnitud del problema que padecen, al haber expresado sus necesidades sentidas como

lo es la búsqueda de saberes frente a la diabetes y el deseo de participar voluntariamente en el desarrollo de la investigación como estudiante de la Maestría de Salud Mental se concibe la presente investigación. La misma pretende caracterizar algunos elementos que configuran la salud mental de estos pacientes (bienestar psicológico y estilos de vida) y su relación con los patrones alimentarios inadecuados presentes en los mismos.

A partir de esta evaluación se diseñará un programa de educación diabetológica basado en actividades multifacéticas y multidisciplinarias de manera que ayude al grupo de diabéticos a tomar decisiones autónomas y responsables, a fin de establecer comportamientos saludables con énfasis en los patrones alimentarios como piedra angular del tratamiento diabetológico

e. MARCO TEORICO.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE DIABÉTICO.

La diabetes *mellitus* es una enfermedad endócrina y metabólica de curso crónico, caracterizada por una insuficiente producción de insulina pancreática o la producción de insulina no efectiva, hecho que dificulta y entorpece la correcta asimilación celular de la glucosa, provocando así una elevación anormal de esta en el torrente sanguíneo, fenómeno conocido como hiperglicemia (Páez y Robles, 2000).

Existen dos tipos principales de diabetes *mellitus*: tipo 1 y tipo 2

La diabetes tipo I se manifiesta en la niñez y los primeros años de la adolescencia y donde el páncreas del paciente no produce insulina en lo absoluto, por lo que deberá inyectarse insulina una o más veces al día para vivir (Gagliardino, 1997).
La diabetes tipo II aparece recién alrededor de los treinta años y se diferencia de la diabetes tipo I en que la alteración en este caso está relacionada más bien con los receptores celulares de glucosa que es llamada también resistencia a la insulina. Por esto este tipo de diabetes está asociada generalmente a la obesidad y al sedentarismo (Gagliardino, 1997, Mendizabal, 2006).

Representa entre el 90 – 95% de todos los casos de diabetes, afecta a individuos que tienen resistencia a la insulina y en general una deficiencia de insulina relativa, más que absoluta.

La mayoría de personas con esta forma de diabetes son obesos y la obesidad por sí misma produce cierto grado de resistencia a la insulina.
Las que no son obesas por los criterios de peso tradicionales pueden tener un porcentaje de grasa corporal aumentado, distribuido predominantemente

en la región abdominal. Con frecuencia, esta forma de diabetes permanece sin diagnosticar durante varios años a causa de que la hiperglucemia se desarrolla lentamente y en las fases tempranas a menudo no es lo suficientemente severa para que se advierta ninguno de los síntomas clásicos de la diabetes.

El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, la obesidad y la inactividad física.

Entonces entendemos que la diabetes puede tener dos posibles orígenes, el biológico relacionado al los receptores de glucosa o el funcionamiento pancreático o un origen más bien relacionado al estilo de vida, más exactamente con el estilo de alimentación desbalanceado y la vida sedentaria. (Gagliardino, 1997).

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

SALUD MENTAL EN EL PACIENTE DIABETICO.

Representación social de la diabetes.

Hay que entender la diabetes como un medio de expresión, un vehículo, y un catalizador de un medio adverso, que permite organizar acontecimientos, internos y externo, percibidos como negativos.

Para entender el problema de manera holística es necesario acercarnos a la vida de las personas con este padecimiento, conocer su experiencia como enfermos crónicos. El considerar está visión lleva a resaltar la vivencia del padecimiento de la persona. Toma en cuenta la subjetividad y los significados, que el paciente y su familia le otorgan al padecimiento. “Una de las formas de aproximación a esta visión la constituye el estudio de las representaciones sociales. Estas son entendidas como los conocimientos específicos, los saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal” (Torres, Sandoval y Pando, 2005).

La diabetes al ser una enfermedad crónica requiere la adhesión a un régimen crónico y complejo. Los tratamientos psicológicos pueden utilizarse para mejorar la adherencia al tratamiento y en general, para desarrollar estilos de vida saludables. Los problemas psicológicos tienen efectos adversos en muchas enfermedades físicas a través del comportamiento y de vías fisiológicas. Es por eso que deben intervenir profesionales de la salud.
El tratamiento exige que las personas con diabetes realicen cambios en muchos ámbitos de su vida para lograr un adecuado control. Así mismo, muestra periodos de exacerbación que exigen intensos cuidados médicos y familiares, pues durante ellos puede llegar a estar en juego la vida del enfermo. Además, como todo padecimiento, puede ocasionar trastornos psicológicos significativos y una interferencia con el crecimiento físico y emocional del individuo.

Es necesario no solo considerar los complejos manejos médicos, sino tomar en cuenta los numerosos factores psicológicos que influyen e interfieren en el cumplimiento del tratamiento. Aspectos psicológicos como la forma en que el paciente percibe los diversos síntomas, su significado tanto para él como para su entorno, las áreas de la vida personal, familiar, social y laboral en donde pueden o han llegado a repercutir, etc.; el miedo hacia las posibles complicaciones de la enfermedad, pérdida de independencia, invalidez,

ceguera, etc. El estrés y la angustia pueden tener efectos directos sobre la salud a través de elevar los niveles de glucosa en sangre y efectos indirectos a través de la interrupción de patrones en el comportamiento y en la vida cotidiana.

FACTORES PSICOSOCIALES DE LA DIABETES.

Los factores psicológicos y sociales ocupan también un espacio importante a la hora de clasificar y considerar las determinantes de una enfermedad y su tratamiento. En el caso específico de la Diabetes Mellitus resulta imprescindible tomar en consideración estos factores teniendo en cuenta que en esta dolencia las variables cognitivos-comportamentales y los modelos de aprendizaje son decisivos en su aparición.

La relación de las emociones y la salud es bidireccional, es decir; las emociones pueden influir en la génesis y evolución de diversos trastornos, pero a su vez la presencia de determinados trastornos generará la aparición de determinadas emociones según el carácter de la enfermedad (grave, crónico, agudo, etc) y la significación que el paciente le atribuya al mismo a partir de su valoración, lo cual resulta determinante en el proceso de afrontamiento a la enfermedad. (Castillo, 2008)

El simple hecho de comunicar el diagnóstico de la diabetes siempre produce crisis emocionales, y genera un impacto sobre la personalidad del enfermo.

Los comportamientos, creencias y emociones derivadas de esta condición crónica, modulan en gran medida el impacto que tendrá sobre la calidad de vida del paciente.

En los adultos la respuesta adaptativa pasa por varias etapas que van desde la forma en que se le comunicó el diagnóstico, la aceptación de la enfermedad, la búsqueda de información sobre la misma y de vías para

compensar su nuevo status crónico, el temor a complicaciones, y el cumplimiento del tratamiento.

También la reacción emocional que produce tener conocimiento de que se padece una enfermedad incurable como la diabetes, que durará todo la vida, conduce y obliga al sujeto a realizar importantes ajustes en su estilo de vida. A su vez, la interrupción de determinadas actividades, la posibilidad de afrontar la hospitalización y alejarse de seres queridos, la obligación vital de cumplir un tratamiento, los cambios posibles en su aspecto corporal, la visión de un futuro inseguro, y hasta la posibilidad de la muerte modulan la respuesta emocional y el comportamiento del sujeto diabético.

Hoy nadie pondría en duda el importante papel que juegan los factores emocionales en el control de la diabetes. De hecho está demostrado que las situaciones estresantes producen fluctuaciones de los valores de glucosa.
Para comprender el efecto directo del estrés sobre el control de la diabetes baste mencionar la secreción de catecolaminas y glucocorticoides ante una situación de estrés o amenaza y su efecto sobre el metabolismo de la glucosa con el consiguiente aumento de la glucosa en sangre (Surwit y Schneider, 1993).

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN LA DIABETES

El sistema nervioso y el endocrino no actúan de forma autónoma, sino que están estrechamente relacionados; ambos constituyen un sistema psiconeuroendocrino, capaz de integrar y coordinar las funciones metabólicas del organismo.

En el inicio de la mayoría de las enfermedades endocrinas pueden encontrarse síntomas que hacen pensar en enfermedades psiquiátricas; de igual forma, algunos pacientes con enfermedades depresivas o anorexia nerviosa pueden presentar determinadas anomalías que hacen pensar en

una enfermedad endocrinometabólica. Los trastornos psiquiátricos en estas enfermedades se han relacionado con anormalidades en el metabolismo de los neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina) en el cerebro y se considera que desempeñan un papel fundamental en la síntesis y liberación de las hormonas hipotalámicas e hipofisarias (Gil González P.
Los principales trastornos psiquiátricos que pueden sufrir las personas que padecen diabetes son dificultades para concentrarse, inestabilidad emocional, trastornos de ansiedad (crisis de angustia con miedo extremo sin causa real que lo provoque), depresión, así como trastornos amnésicos y psicóticos.

Por ello, los expertos conceden especial relevancia al tratamiento psiquiátrico en la diabetes, cuyo objetivo es ayudar a conseguir el mejor control metabólico posible y contribuir a mejorar la calidad de vida. A pesar de la existencia de estos problemas. Crisóstomo señala también que hay que tener en cuenta que los enfermos somáticos crónicos son, en un gran número de casos, personas tan adaptadas a su enfermedad que no sufren un daño muy elevado, teniendo en cuenta las consecuencias que podría ocasionarles el padecer una enfermedad tan grave como la diabetes.

La palabra diabetes remite tanto a nivel subjetivo como cultural a representaciones asociadas con dolor, pérdida, sentimientos de incapacidad y muerte.

Se debe tomar en cuenta que el inicio de la enfermedad o el diagnóstico suele presentarse durante la vida adulta, generalmente cuando la persona se encuentra alrededor de los cincuenta años, época que coincide con un periodo centrifugo de la vida familiar, lo cual tiene consecuencias organizacionales. Las personas con diabetes están expuestas a los mismos cambios emocionales que las no diabéticas. Las sensaciones de placer, alegría, tranquilidad, éxito, triunfo y amor le producen un estado de bienestar

mental. Por el contrario, las de angustia, tristeza, intranquilidad, fracaso, derrota y desamor crean desaliento.

Ambas situaciones, bienestar mental y desaliento desencadenan estímulos positivos y negativos en el cerebro, órgano que se encarga de analizarlas, y sus respuestas dependen de la personalidad, de las enseñanzas, la educación y las experiencias que la persona ha vivido durante toda su vida. Dos son las consecuencias principales según el caso, alegría y tristeza.
La alegría produce satisfacción y júbilo. La tristeza por el contrario, da pena y desconsuelo.

El sistema nervioso que gobierna el funcionamiento del organismo como un todo, elabora según el caso, sustancias químicas llamadas hormonas y neurotransmisores que se encargan de facilitar las manifestaciones del cuerpo que influyen en el estado de ánimo de alegría o de tristeza.

El primero de ellos es un sentimiento grato que se manifiesta por la relajación física, sonrisas, disposición para la conversación, mejoría de las relaciones humanas y disposición activa para el trabajo.

En cambio, el estado de ánimo de tristeza produce dolor, desilusión, aflicción, pesadumbre y hasta temor. Las sonrisas, la cara alegre, la voz tranquila, el abrazo y el canto cambian por la cara triste, la voz interrumpida, el rechazo físico y el silencio. En el diabético, esta última situación da lugar a elevación más o menos moderada de la cantidad de azúcar en la sangre, lo que no es conveniente porque altera el buen control de su enfermedad.

Además puede aumentar la presión arterial hasta niveles de hipertensión transitoria o si el mal estímulo se mantiene día a día, se transforma en permanente, con sus consecuencias para el corazón. Ninguno de estos dos efectos conviene, en particular, al diabético. Por el contrario, la alegría ayuda a mantener la presión arterial normal y facilita el equilibrio del azúcar en la

sangre, evitando complicaciones. Recordemos también que la actividad deportiva, regularmente practicada, produce relajación física y mental, buen carácter y alegría.

De manera que el ideal es que las personas diabéticas vivan felices y alegres, sin tristezas ni depresiones. El ambiente familiar, de trabajo o de estudio debe ser alegre, tranquilo y comunicativo, con felicidad para vivir y disfrutar la vida. La vida entonces es feliz y todos los miembros de la familia lo agradecen. Ser diagnosticado (a) con diabetes puede provocar ansiedad o depresión e incluso incidir en la respuesta al tratamiento. La percepción que la persona tiene de la enfermedad y de las implicaciones de esta en su salud, está asociada a las emociones que manifiesta ante la noticia.

Las reacciones emocionales estarán asociadas a:

- Significado que se dé a la enfermedad
- La información que se tenga sobre la enfermedad
- Las creencias sobre la misma
- Las actitudes
- La personalidad
- La disponibilidad y percepción de apoyo familiar y social
- Los recursos psicológicos que posea la persona

Ante el diagnóstico la persona debe incorporar que se trata de un padecimiento crónico así como sus posibles consecuencias discapacitantes de ello dependerá en gran medida el éxito del tratamiento.

Hay tres modos distintos de reaccionar ante la enfermedad:

1,- Sintiéndose imposibilitado para superar la situación de crisis con un cambio negativo, resultado de la educación, de los valores personales, de la coronela del diabético con la enfermedad, de su concepto de la gravedad, do la muerto, del modo como el médico trasmitió el diagnóstico y de las

fantasías catastróficas negativas suscitadas por la enfermedad en el paciente, quien considera el mal incurable, irreversible, que dejará secuelas de larga evolución y posiblemente dolorosas.

2.-Reorganizando el modo de vivir, valorando la existencia como una oportunidad más de renacer y de esperanza, con un cambio positivo, este ocurre cuando el diabético toma conciencia del límite y el valor del tiempo y acepta no sólo cierta ambigüedad en su modo de vida sino también los aspectos positivos de la misma incertidumbre, como la esperanza; además, se ve favorecido por los resultados objetivos del tratamiento, la nueva conciencia de la enfermedad, la disminución de la ansiedad inicial, vive la vida más intensamente, admite la ayuda de terceros.

3.-No mostrando cambio alguno o indiferencia es la carencia de amor a si mismo, la negación, la presencia de la depresión y la sensación de inutilidad y de autonomía; es simplemente la aceptación pasiva del riesgo implícito de la enfermedad, de sus secuelas e incluso de la muerte. De la primera situación de angustia, después de un tiempo el diabético puede pasar a la segunda y resumir con valentía su nueva identidad. Pero también es frecuente que de la angustia, del miedo o da la desesperación pase inmediatamente a la tercera fase: al abandono, la desidia y la negligencia. De esta manera pueden explicarse, ante la pérdida da la esperanza las actitudes negativas de los pacientes. (Pardo, 2000).

La diabetes es un proceso continuo de adaptación el cual no siempre es fácil, el temor, la ansiedad, la preocupación, la urgencia son emociones que en cada persona desencadena una reacción diferente en sus pensamientos, su forma de comportarse y en su cuerpo. Es importante tener en cuenta que hay momentos en los que se está triste, enfadado o ansioso - angustiado ya que ésta reacción es comprensible, estar trastornado cuando uno se enfrenta a una situación difícil como tener diabetes mellitus 2. (Tejedor, 2002).

El tener este padecimiento para muchos no es solo una sensación de tristeza o desanimo, sino también sentirse decaído emocionalmente y perder el interés en las cosas que antes disfrutaba. Esta enfermedad afecta sus pensamientos, sentimientos, salud física y su forma de comportarse, aunque no es culpa de la persona que la padece, es muy frecuente y puede presentarla cualquiera. El hecho de tener un diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 puede dejar al individuo confundido y agobiado, o tener problemas para concentrarse en aprender las cosas que debe saber. Algunas reaccionan con negación, es decir, no creen que tienen esa enfermedad, así es como manifiestan este sentimiento, puede llevar un tiempo sobreponerse a la negación, pero cuanto antes acepte el diagnóstico y comienza a aprender a cerca de la enfermedad más pronto podrá tener independencia y lograr buena salud. Otras experimentan enojo y sentimiento de culpa, buscan la causa del porqué están enfermas, en donde se cuestionan ¿serán los dulces que me comí?, ¿estaré pagando algo malo que hice?.

La depresión también es otra de las reacciones que tienen los individuos al saber su diagnóstico manifestándose está con soledad, desesperanza, falta de autoestima, fatiga, irritabilidad y cambios en el patrón del sueño o hábitos alimenticios. Otras pasan por una etapa de duelo al saber que han perdido su salud (Feste, 2002).

La persona diabética se ve enfrentada a una serle de retos especiales, lo primero es físico, lo que implica conocer el funcionamiento de su cuerpo y las repercusiones de la enfermedad, al mismo tiempo enfrenta retos de naturaleza emocional, él debe arreglárselas con la forma en que la diabetes lo hace sentir y los sentimientos que le provoca el padecerla, es fácil aislarse y no compartir los sentimientos con los demás (Beaser, 2001).

La persona con diabetes no puede permitir que el miedo y la depresión influyan en su control. El proceso psicológico de aceptación de una nueva

realidad en la vida de la persona es complejo y consta de diferentes etapas, que comienzan con la negación, pasan luego por la rabia, de ahí a la tristeza y a la depresión, para terminar eventualmente en la aceptación (Brunner y Sudarth, 2002)

La primera reacción emocional al tener conocimiento de que se padece una enfermedad crónica es la negación, "esto no es asi", "yo no tengo eso", "voy con otros médicos", son expresiones comunes de este sentimiento, es normal, por supuesto nos cuesta aceptar una realidad que no queremos. La rabia llega cuando ya se ha comprobado sin duda alguna la enfermedad, ¿Por qué yo? ¿Por qué a mí?, yo no merezco esto. El individuo está descargado de sentimientos de hostilidad, siente y padece la injusticia de su situación, en esta etapa es de vital importancia el apoyo de sus familiares. Este sentimiento se convierte en tristeza cuando el paciente reconoce la inevitable realidad, esta puede desembocar un estado prolongado permanente de angustia y depresión.

Cuando el individuo supera las etapas anteriores, llega a la aceptación de la enfermedad que es una de las etapas activas en las que so preocupa do hacer cambios innecesarios para vivir con ellas y así lograr la mejor calidad de vida. (Islas, 1999)

Frente al tratamiento

Toda reorganización en el estilo de vida debe acompañarse de la dolorosa tarea de aceptar que la aceptar que la enfermedad llegó para quedarse, que el tratamiento estará encaminado a proporcionar una mejor calidad de vida y no para curar.

Por lo tanto, el autocuidado y el nuevo equilibrio familiar deberá ser permanente, esto es complejo de sostener en los períodos a sintomáticos, sin embargo esto coadyuvara a prevenir las crisis.

La persona presentará periodos asintomáticos relativamente prolongados así como periodos de exacerbación de la enfermedad que exigen intensos cuidados médicos y familiares. Además como todo padecimiento, también puede ocasionar trastornos psicológicos significativos e interferir con el crecimiento físico y emocional de la persona.

Un control adecuado permite llevar una vida relativamente normal, sin embargo factores como la reducción de la cantidad de energía producida por el cuerpo, la fatiga creciente, la irritabilidad y la depresión, entre otros signos y síntomas pueden hacer incomoda la cotidianidad y generar estrés.

Algunas sustancias relacionadas con el estrés interactúan con algunas acciones metabólicas de la insulina endógena y erógena, aumentando la glucosa en sangre.

Estas hormonas, conocidas como “hormonas del estrés” pueden ejercer su acción a través del sistema nervioso simpático, como las catecolaminas, las que actúan estimulando la producción del cortisol en las glándulas suprarrenales, además de estimular al páncreas para producir glucagón.
Se ha demostrado que los efectos de la insulina pueden ser nulificados por la acción glucogenolítica, lipolítica y cetogénica de las hormonas de estrés.

Por todo esto, los equipos de salud no solo tienen que considerar los últimos y complejos manejos médicos de la diabetes, sino también los numerosos factores psicológicos que influyen e interfieren en el cumplimiento del tratamiento. Los síntomas invariablemente repercuten en la cotidianidad por lo que es importante la percepción que se tiene de los mismos, el significado tanto para la persona como para su familia, la persona puede presentar:

- ✓ Depresión
- ✓ Ansiedad

- ✓ Temor a complicaciones de la enfermedad, a pérdida de autonomía, a pérdida de percepción del dolor o ser visto diferente entre otras
- ✓ Humor disfórico
- ✓ Apatía, baja autoestima
- ✓ Sentimientos de desesperanza y minusvalía
- ✓ Pérdida en cantidad de energía
- ✓ Cansancio
- ✓ Irritabilidad

Cuando se habla de diabetes resulta difícil pasar por alto el tema de la herencia, tomando en cuenta la persona puede tener un sentimiento de culpa ante la posibilidad de transmitirla a su descendencia.

Existen tantas posibles reacciones psicológicas como personas, desde mostrarse muy ansiosos hasta tornarse pasivos y dependientes, las personas que se muestran muy sumisas y obedientes y se vuelven muy dependientes de la red de apoyo, lo que los inmoviliza e inutiliza.

Están los que desarrollan características obsesivas compulsivas o patrones rígidos de la personalidad con vistas a adecuarse mejor al trastorno.

Los trastornos psicológicos y psiquiátricos en los pacientes diabéticos son muy frecuentes porque la diabetes, como enfermedad, los produce y, a su vez, los pacientes con trastornos psicológicos y psiquiátricos padecen más diabetes. La diabetes es un problema de salud que merma la calidad de vida de las personas que la padecen y, en muchos casos, acorta su esperanza de vida.

En el mundo, la diabetes es el trastorno endocrino más frecuente, y el Atlas de la Federación Internacional de Diabetes demuestra que un 20% de los pacientes diabéticos, presenta síntomas de depresión y, a su vez, desarrollar esta enfermedad, duplica el riesgo de sufrir diabetes.

Los trastornos psicológicos y psiquiátricos de un paciente con diabetes muchas veces se encuentran enmascarados entre los síntomas que presenta esta enfermedad: la depresión está entre los síntomas físicos y pasa desapercibida para el médico especialista y el enfermo.

La diabetes parece asociarse con un mayor riesgo de sufrir este trastorno mental. Y, a su vez, este trastorno mental aumentaría la probabilidad de sufrir diabetes. Sin embargo, el hecho de que haya un riesgo más elevado no debe interpretarse como que todos o casi todos los diabéticos la sufrirán.

- Casi *una de cada cinco* personas que desarrollan diabetes sufren a la vez depresión.
- *Las personas con diabetes* tienen más depresiones por el hecho de sentirse enfermas; las complicaciones vasculares de la diabetes pueden alterar los vasos cerebrales que podrían favorecer la depresión.
- *Las personas deprimidas* también tienen más riesgo de sufrir diabetes, porque la depresión lleva consigo un abandono del cuidado de la salud.

Problemas de ajuste.

Cuando las personas se ven superadas por la complejidad de su régimen de tratamiento de la diabetes, pueden sentir que nada de lo que hagan ni con cuánta fuerza lo intenten tendrán una repercusión positiva en la evolución de su enfermedad. A este problema los científicos lo denominan “desgaste por la diabetes”, que Polonsky ha definido así: Desgaste es lo que sucede cuando uno se siente superado por la diabetes y por la carga frustrante de cuidados personales relacionados con la enfermedad. Las personas que se han “desgastado” reconocen que una asistencia adecuada de la diabetes es importante para su salud, pero carecen de la motivación para llevarla a cabo. A un nivel fundamental, se encuentran en guerra con su diabetes y están perdiendo.

Cuando el desgaste afecta al paciente (o al diabetólogo) puede resultar útil recordar las palabras de Joan Hoover **“La diabetes no es una enfermedad**

de hágalo usted mismo”. El tratamiento de la diabetes es complicado y el apoyo del paciente es necesario conjuntamente con sus redes de apoyo de manera que pueda contribuir a que el paciente defina unos objetivos alcanzables pequeños y realistas para ayudarle a salir gradualmente de la lucha con el desgaste y hacia un mejor control de su enfermedad.
La evasión y la distorsión cognoscitiva son estrategias encaminadas a excluir y distorsionar la información que indique posibilidad de enfermedad cuando las personas utilizan estos mecanismos de defensa se pueden esperar conductas inflexibles para sostener la fantasía de ausencia de enfermedad.

La posibilidad de una recaída suele ser motivo de desequilibrio emocional se debe favorecer el que la persona acepte esta posibilidad de lo contrario, si se presenta otra crisis esta puede ser vivida con desesperación, el aceptar esta posibilidad de recaída mejora la aceptación de la enfermedad.

Todas las respuestas emocionales encaminadas a negar la enfermedad o restarle importancia pueden ser desgastantes, desestructurantes, difíciles de abordar y pueden generar trastorno adaptativo serios entre ellos el ansioso, el depresivo o ambos.

El estrés, el apoyo social y familiar inadecuado y la pobre capacidad de ajuste pueden tener efectos negativos en la capacidad de afrontar la enfermedad y los tratamientos.

En un estudio exploratorio acerca de los patrones de comunicación de familias con un individuo diabético Cadwell y Pichart, encontraron que la variable más importante en la desadaptación familiar es el estrés, determinándose que las personas con un mejor control metabólico, perciben a sus familias como poco conflictivas, bien organizadas y esto disminuye la ansiedad.

Por otra parte las personas con estrés intenso, que cuentan con una red de apoyo familiar, presentan cifras de glucosa y Hemoglobina glicosilada, más adecuadas.

Es importante que los y las profesionales de la salud exploren el papel de factores psicológicos en el manejo de las personas sobre:

- ✓ Calidad de vida,
- ✓ Disponibilidad y calidad del apoyo social,
- ✓ Comportamientos que pueden afectar el control glicémico
- ✓ Las creencias de las personas en torno a su enfermedad, tratamiento y el riesgo de complicaciones.

DEPRESIÓN Y DIABETES.

La depresión le puede dar a cualquiera, pero, la gente con diabetes, una enfermedad seria que aflige a un estimado de 16 millones de americanos, puede tener un riesgo mayor. Además, los individuos con depresión pueden tener un mayor riesgo de desarrollar diabetes. El tratamiento contra la depresión le ayuda a la gente a lidiar con los síntomas de ambas enfermedades, mejorando así la calidad de sus vidas.

Las mayores tasas de depresión en los diabéticos tipo II parecen surgir antes del inicio de la enfermedad, por lo que se plantea una hipótesis absolutamente diferente acerca de la relación etiológica (es decir, que los propios trastornos depresivos motivan que los pacientes tengan riesgo de manifestar diabetes). El respaldo de esta hipótesis deriva del hecho de que los pacientes con depresión tienen alteraciones en el eje hipotalámico-hipofisiario, lo que origina unas mayores tasas de producción de cortisol. Los deprimidos también presentan una actividad física disminuida y un aumento de los factores de riesgo cardiovascular por el hecho de fumar y consumir alimentos ricos en calorías y grasas, lo que indica que los sujetos que están

deprimidos pueden, debido a sus modificaciones del modo de vida, presentar una diabetes tipo 2.

El desarrollo de trastornos depresivos, aunque aumenta con la duración de la diabetes y la aparición de complicaciones, también se produce de una forma relativamente precoz en la evolución de la enfermedad antes del inicio de las complicaciones.

Algunos investigadores también han señalado que los propios problemas metabólicos de la diabetes (mayores tasas de hipoglucemia e hiperglicemia) podrían desempeñar una función en el desarrollo de la depresión. Cada vez existen más pruebas de que la diabetes provoca cambios en la sustancia blanca cerebral y que estas anomalías en la sustancia blanca, cuando están presentes en el lóbulo frontal, podrían desempeñar una función en el desarrollo de la depresión. Las zonas cerebrales más afectadas por las alteraciones asociadas a la depresión son la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo, zonas que juegan un papel crucial en las emociones, la memoria y el aprendizaje. Los cambios estructurales y funcionales que tienen lugar como consecuencia del estrés y/o una depresión grave son la reducción en volumen, tamaño neuronal y densidad, junto con alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral y el metabolismo de la glucosa. Asimismo, se ha registrado una menor densidad de las células gliales de soporte, consideradas fundamentales en la comunicación entre las células nerviosas, lo cual es especialmente relevante en la disminución del volumen de la corteza prefrontal y del hipocampo y que podría explicar algunos de los cambios emocionales que se observan en sujetos con depresión.

En los estudios de depresión en pacientes sin enfermedades médicas se han identificado alteraciones en la sustancia blanca frontal, que podrían dar lugar a los cambios en las vías frontoestríadas que regulan el afecto, aumentando así el riesgo de problemas de regulación del afecto, y en consecuencia, de depresión.

Varios estudios sugieren que la diabetes aumenta al doble el riesgo de la depresión. Las probabilidades de sufrir depresión aumentan al empeorar las condiciones de la diabetes. Investigaciones muestran que la depresión lleva a un funcionamiento físico y mental más pobre, así que una persona es menos propensa a seguir una dieta indicada o un plan de medicamentos. Tratar la depresión con psicoterapia, medicamentos, o una combinación de estos tratamientos, puede mejorar el bienestar de un paciente y su habilidad para tratar la diabetes.

Las causas subyacentes a la asociación entre la depresión y la diabetes no son muy claras. La depresión puede desarrollarse a partir del estrés, pero también puede resultar de los efectos metabólicos de la diabetes en el cerebro. Los estudios sugieren que las personas con diabetes que tienen un historial de depresión, son más propensas a desarrollar complicaciones diabéticas que aquellas sin depresión. La gente que sufre tanto de diabetes como de depresión, tiende a tener más gastos en cuidados primarios de la salud.

A pesar de los enormes avances en la investigación del cerebro en los últimos 20 años, la depresión con frecuencia se queda sin diagnosticar o tratar. La gente con diabetes, sus familias y amigos e incluso sus médicos, puede no distinguir los síntomas de la depresión. No obstante, profesionales de la salud capaces reconocerán estos síntomas e indagarán sobre su duración y severidad; diagnosticarán el trastorno y sugerirán un tratamiento apropiado.

Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señalan los investigadores en la revista Diabetes Care. Sin embargo, depende de cada persona que la diabetes preceda o suceda al inicio de la depresión, según explican el Dr. Patrick Lustman y sus colegas de la Universidad de Washington en St. Louis"

Mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%.

Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen.

ESTRÉS Y DIABETES.

La evolución de una enfermedad crónica como la diabetes también puede verse afectada por las experiencias estresantes.
Dado que el estrés psicológico puede alterar la actividad en los sistemas nervioso simpático y médulosuprarrenal, elevar la cortisolemia, posiblemente potenciar la secreción de glucagón y hormona del crecimiento y afectar las funciones inmunitarias existe un conjunto teóricamente importante de vías biológicas que podrían ser responsables de una relación entre los factores estresantes psicosociales y el inicio de la diabetes.

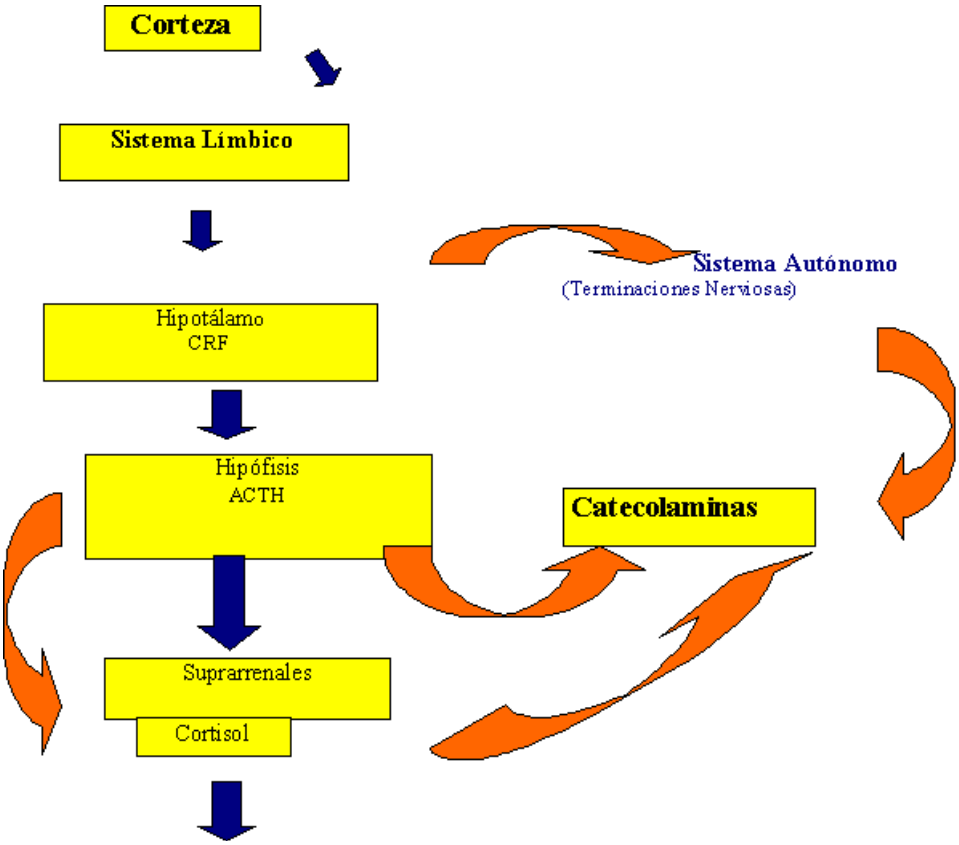
La relación «Estrés-Diabetes Mellitus» es estrecha (Véase Gráfico. 1). Los mecanismos fisiológicos directamente vinculados a la respuesta de estrés inciden desfavorablemente sobre la diabetes por 2 vías: Por un lado las hormonas de la respuesta de estrés provocan que los triglicéridos se descompongan en las células adiposas y se descarguen ácidos grasos al torrente circulatorio, que el glucógeno se degrade en glucosa y se vierta en la sangre y que las proteínas se vuelvan a convertir en aminoácidos. Por otra parte, ante la situación de estrés el organismo, en concreto, el páncreas, inhibe la secreción de insulina, y desde el córtex, la orden de liberación de glucocorticoides permite que estos actúen sobre las células adiposas de todo el organismo, generando insulino-resistencia. Por lo tanto, el estrés crónico de una persona predispuesta a padecer diabetes (obesa y de edad

avanzada) puede constituir un elemento coadyuvante de suma importancia de cara a la concreción de esta enfermedad.

El estrés ejerce efectos directos e indirectos sobre la evolución de las enfermedades crónicas. Se ha propuesto que el estrés influye directamente en la evolución de la diabetes a través de las hormonas del estrés que modifican las cifras de glucemia y el metabolismo de la insulina o, indirectamente, mediante el estrés que provoca cambios en el comportamiento de cuidado personal.

Los acontecimientos estresantes distraen a la persona diabética de los patrones habituales de cuidado personal.

El estrés ocasiona interrupciones de las rutinas y reducciones de los recursos y apoyos siendo muy probable que originen patrones menos estables de comportamiento de cuidado personal en los pacientes diabéticos y sus familias.



1. Aumento de glucosa en sangre

2. Deprime sistema inmune

3. Antiinflamatorio

4. Disminuye las concentraciones de insulina en sangre

5. Aumenta los niveles de ácidos grasos libres y TAG

6. Aumenta las secreciones de pepsina y ácido clorhídrico

Gráfico 1. Relación Estrés-Diabetes Mellitus.

Desde el punto de vista psicológico, existen circunstancias y eventos vitales que generan estrés emocional y agravan los síntomas clínicos por los mecanismos fisiológicos y hormonales que su respuesta desencadena, lo que no quiere decir que exista la diabetes emotiva. La hospitalización, los fracasos ante la obtención de una respuesta terapéutica deseable, y las complicaciones de la diabetes constituyen otra previsible fuente de estrés, en ocasiones los pacientes temen más a esas complicaciones que a la propia enfermedad.

La complejidad y las demandas diarias del tratamiento devienen primera causa que puede generar estrés en un individuo diabético. Hunter, Hamera, O'Connell y Heilman (1985) informaron que 92 de los 100 sujetos que tomaron parte en su estudio afirmaron sentir algún grado de estrés con su régimen de tratamiento. El grado de responsabilidad que se le exige al diabético respecto al manejo de su enfermedad, el dominio de distintas destrezas que ello implica y la exigencia de puntualidad en la realización de las mismas suponen tareas difíciles de afrontar. Sin olvidar que estas tareas han de llevarse a cabo en un contexto social cuyas condiciones, en muchas ocasiones, suponen un obstáculo para que el diabético siga su tratamiento (Glasgow, McCaul y Schafer, 1986). El individuo diabético tiene que hacer frente a diversas presiones y "tentaciones" sociales para no cumplir el tratamiento, sobre todo en determinadas etapas de la vida como la adolescencia.

Por otro lado, el estrés de la vida moderna obliga a vivir demasiado a prisa, tanto es así, que con frecuencia se dispone de muy poco tiempo para cumplir con determinados tratamientos, más aún, si estos deben ser para toda la vida como sucede con esta enfermedad.
Se reconoce entonces que el estrés puede:

- *Contribuir al comienzo de la enfermedad*: Incrementando directamente los niveles de glucosa en sangre a través de la secreción de ciertas hormonas (adrenalina, noradrenalina y acetilcolina). Sucesos importantes como la pérdida de un ser querido, separación o divorcio, problemas familiares desencadenados a partir de una enfermedad física o psicológica severa están fuertemente asociados con el diagnóstico de la Diabetes Tipo I.

- *Agravar la enfermedad*: Existe mayor acuerdo entre los investigadores para considerar el estrés como un factor que incide negativamente en el incremento de los niveles de glucosa en sangre y por lo tanto en el agravamiento de la diabetes.

- *Provenir de la misma enfermedad*: Recientemente se ha planteado la posibilidad de que la diabetes misma sea un «estresor». Es decir, que dicha enfermedad conllevaría a la presencia de algunos factores psicológicos, tales como la baja autoestima, la pérdida del autocontrol y la sintomatología depresiva. Todos estos aspectos influyen a en la posibilidad que los pacientes tengan una mala adherencia al tratamiento y no consigan un buen control metabólico.

La crisis de la enfermedad dependerá de la forma en que el paciente perciba la misma; si es interpretada como dañina, perjudicial o desafiante, es experimentada como un evento estresante que muestra generalmente una valencia negativa en cuanto significación de daño o pérdida (material o funcional), objetiva y socialmente valorada como tal, y en ocasiones impredecible y percibida como incontrolable por el paciente. (Ballester, 1993 citado por Vinaccia 2004)

Entonces, los aspectos psicológicos son los primeros a observar y reforzar: el equilibrio metabólico llegará con el tiempo, pero sólo si la adaptación psicológica se cumple. Si un paciente bien medicado experimenta una crisis vital o un trastorno anímico, todo su equilibrio metabólico varía. En estos casos, aun utilizando la misma dosis de medicamentos o insulina, puede haber una sobredosis o una dosis insuficiente. En las transgresiones severas -que llevan a descompensaciones- casi siempre hay descuidos donde lo emocional está presente e impide al diabético reconocer -cosa que habitualmente realiza de forma instantánea- los síntomas de una posible descompensación.

EL ESTRÉS COMO CONSECUENCIA DE LA DIABETES O SUFRIMIENTO ESPECÍFICO DE LA DIABETES.

Psicólogos sanitarios han reconocido que, además de los posibles efectos del estrés sobre el inicio o evolución de diversas enfermedades crónico

degenerativas “la propia enfermedad crónica y el tratamiento necesario también constituyen factores estresantes con los que debe enfrentarse el sujeto”.

Polonsky y cols en el Joslin Diabetes Center dirigieron uno de los primeros intentos científicos de identificar estos factores estresantes específicos de la diabetes. Asimismo este grupo ha desarrollado y validado una medida del sufrimiento específico de la diabetes PAID (Problem Areas in Diabetes) enumerándose 20 orígenes del sufrimiento específico de la diabetes que afecta directamente a los pacientes.

1. Carencia de objetivos claros y concretos en relación con la asistencia de la diabetes.
2. Sentimiento de desánimo con el plan de tratamiento de la diabetes.
3. Sentimiento de amenaza al pensar acerca del hecho de vivir con la diabetes.
4. Situaciones sociales incómodas relacionadas con la existencia de la diabetes (ejemplo: críticas de las personas acerca de lo que comen).
5. Sentimientos de privación con respecto a alimentos y comidas.
6. Sentimiento de depresión al pensar acerca del hecho de vivir con la diabetes.
7. Falta de conocimiento de si el estado de ánimo o los sentimientos guardan relación con la diabetes.
8. Sentimiento de superación por la diabetes.
9. Preocupación acerca de las reacciones de hipoglucemia.
10. Sentimiento de ira al pensar al pensar acerca del hecho de vivir con la diabetes.
11. Sentimiento de preocupación constante acerca de los alimentos y la alimentación.
12. Preocupación acerca del futuro y la posibilidad de complicaciones graves.
13. Sentimiento de culpa o ansiedad en caso de descuidos con respecto al tratamiento de la diabetes.

14. Falta de “aceptación” de la diabetes.
15. Sentimiento de insatisfacción con el médico dedicado a la diabetes.
16. Sentimiento de que la diabetes consume demasiada energía mental y física todos los días.
17. Sentimiento de soledad con la diabetes.
18. Sentimiento de que los amigos y la familia no ofrecen apoyo en los esfuerzos de tratamiento de la diabetes.
19. Afrontamiento de las complicaciones de la diabetes.
20. Sentimiento de “desgaste” por el esfuerzo constante necesario para controlar la diabetes.

Se aborda a continuación la importante variación en la manera en que las personas manejan estos factores estresantes específicos de la diabetes, así como el estrés de la enfermedad crónica.

CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO.

Afrontamiento es un término que hace referencia a las “estrategias que utilizan las personas para controlar y dominar las circunstancias estresantes y reducir al mínimo la repercusión negativa de los factores estresantes vitales en el bienestar psicológico”. Según un modelo biopsicosocial, estos factores individuales (autoestima, ideas sobre la salud, modelos personales, fortaleza del ego y personalidad) influyen y son influidos por otros factores del modelo (ambiente social, la propia enfermedad, sistema sanitario).

Wolff y cols. Constataron que las variaciones de los estilos de afrontamiento personal se asocian a variaciones de las concentraciones de corticosteroides en sujetos sometidos a estrés.

Dentro de las estrategias de tipo cognitivo y de comportamiento que emplean los pacientes para controlar la diabetes y sus respuestas emocionales se consideran las siguientes según Moos y Tsu :

1. Superar el dolor y la incapacitación.
2. Superar el ambiente hospitalario y las técnicas terapéuticas especiales.
3. Desarrollar relaciones adecuadas con el equipo multidisciplinario.
4. Mantener un equilibrio emocional razonable.
5. Mantener una imagen satisfactoria de sí mismo.
6. Mantener las relaciones con la familia y los amigos.
7. Prepararse para un futuro incierto.

Lazarus y Folkman señalan que el proceso de afrontamiento comienza cuando una persona valora o evalúa la situación estresante y que la persona evalúa los aspectos estresantes de la situación, así como su capacidad para superar con eficacia estos factores estresantes. En el seno de esta teoría, los sujetos afrontan el estrés de una de dos maneras importantes intentando modificar la naturaleza de la situación estresante (afrontamiento centrado en el problema) o controlando sus reacciones emocionales a la situación estresante (afrontamiento centrado en las emociones). El **afrontamiento centrado en las emociones** se describe como el hecho de dirigir la energía lejos del origen del estrés mediante evitación, rechazo o separación. El **afrontamiento centrado en el problema** hace referencia a los esfuerzos para resolver el problema, centrar la energía y los recursos en la resolución del problema o reducir el estrés.

La autoestima es uno de los aspectos importantes de la personalidad en la adaptación de la diabetes. Una autoestima elevada o sólida puede actuar como un factor protector en la adaptación de un paciente a las vicisitudes de esta enfermedad complicada y a las respuestas potencialmente confusas, y en ocasiones, inadvertidamente ofensivas.
El desarrollo del ego refleja la maduración del sujeto en relación con el control de los impulsos, el desarrollo moral, la complejidad cognitiva y las relaciones interpersonales.

Recientemente se ha reconocido que “la disposición a cambiar” del paciente influye en el proceso de afrontamiento de las demandas de la diabetes.
Prochaska y DiClemente afirman que puede identificarse la presencia de los pacientes en una de seis etapas de cambio: desde la de “**precontemplación”,** en la que los sujetos no toman parte realmente del cambio del comportamiento y no pretenden cambiar, hasta la de **“mantenimiento”**, en la que los sujetos han efectuado un cambio de comportamiento saludable y lo han mantenido durante seis meses o más.

Aceptar la enfermedad

Depresión, irritabilidad, hipocondría? Milagros Otegui, psiquiatra con larga experiencia en el Instituto de Diabetes, asegura que en gran medida los problemas mentales de los diabéticos tienen su origen en la no aceptación de su enfermedad, tanto del enfermo como de su familia, ya que no es fácil aprender a convivir con posibles hospitalizaciones o tener que asumir una enorme responsabilidad, pues en la diabetes es fundamental la intervención activa del paciente en el control de su enfermedad (inyecciones diarias de insulina y dieta estricta, entre otros). De hecho, el 64% de los pacientes que padecen episodios depresivos, lo hacen durante el año siguiente a haber conocido el diagnóstico.

La evolución de la enfermedad, la certeza de su cronicidad o de posibles complicaciones graves, así como la dificultad para mantener el control dietético esencial en esta enfermedad pueden contribuir también al desarrollo neurótico de la personalidad, según indica Urretavizcaya. «Aparecen actitudes hipocondríacas, muchos pacientes tienen tendencia a la inestabilidad emocional, la irritabilidad, o bien actitudes de soledad y desesperanza», explica el psiquiatra. La explicación a estos desórdenes, sin embargo, no entra sólo en el campo de la psicología, sino en el de la biología. Un ejemplo de la estrecha relación entre cuerpo y mente queda de manifiesto al comprobar científicamente que las situaciones estresantes producen fluctuaciones de los valores de glucosa. Estos cambios son de

mayor magnitud entre los diabéticos que entre las personas que no padecen la enfermedad. El 64% de los pacientes que padecen episodios depresivos, lo hacen durante el año siguiente a haber conocido el diagnóstico.

Diabetes mellitus y la familia

Como en el caso de cualquier enfermedad y enfermedad crónica principalmente, la presencia de una red de apoyo es fundamental para la supervivencia del enfermo (Oblitas 2006). La primera red de apoyo obviamente es la familia ya que ella tendrá que convivir con el enfermo y así con la enfermedad (Rolland, 2000).

La diabetes no es la excepción; el curso de la enfermedad desde su diagnóstico en adelante, tendrá una repercusión en la vida de la familia, en su dinámica interna en el clima emocional de todo el sistema así como en los roles de sus miembros e incluso las jerarquías (Duarte, 2007. Navarro, 2004). Por ejemplo, si un paciente diabético llegara a perder la vista por una retinopatía o un miembro inferior por una neuropatía, se vería en una posición de minusvalía viéndose obligado a renunciar a la cabeza de la estructura jerárquica.

Así como la enfermedad tiene repercusiones en la familia, la forma en la que ésta reciba y conviva con la enfermedad, tendrá su respectivo impacto en el curso de ésta (Navarro 2004). La familia del diabético vivirá cambios que van desde los hábitos alimenticios hasta las intervenciones en crisis, en casos de shocks hipoglicémicos o comas diabéticos por ejemplo.

El 90 o 95% del cuidado del diabético se lo hace en casa, o sea que está a cargo de él mismo, y en alguna medida del familiar más comprometido con la tarea de controlar la diabetes (Jiménez, 2005). Por esto se entiende la importancia de que la familia sea una buena red de apoyo, conociendo los procedimientos de administración de insulina, las formas de medición de la glicemia, conociendo los productos que su familiar puede consumir,

aportando con menús nuevos, actualizándose con información médica moderna, todo lo cual significa implicarse con la familia y con el enfermo.
De todas formas el paciente acudirá a redes externas a su familia como los centros de salud, los grupos de apoyo, etc. Pero generalmente será la familia la que busque estas redes de apoyo y la que se encargue de comprometer al diabético con su asistencia, su participación o su adherencia a lo que implique el tratamiento (Oblitas, 2006). Lo anterior significa que la familia del diabético juega un papel importante en viabilizar los cambios necesarios en los hábitos alimenticios, en la actividad física, en el aporte de información actualizada y en convertirse un soporte emocional para el paciente, fuente de ánimo y optimismo para controlar la enfermedad y vivir una vida normal y plena.

El ambiente social/familiar es el tercer mediador psicosocial importante de la adaptación a la enfermedad crónica y el mantenimiento de la salud. Se piensa que el apoyo social ejerce un efecto “amortiguador”, “mediador” o “moderador” sobre el estrés que supone vivir con una enfermedad crónica.

A través de la red familiar, amigos, es posible encontrar el apoyo emocional (Ramirez 2005); por ello, la influencia de las relaciones familiares ha suscitado considerable interés entre los profesionales de la salud para el control de la diabetes, y hay consenso en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también interferir su cumplimiento. En otras palabras si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud; pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa.

La familia es considerada una instancia que provee al sujeto de un sinnúmero de recursos necesarios en cualquier momento de la vida, y además el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades

sociales, que son las más importantes, ya que serán las que generen la seguridad de relacionarse y enfrentarse a las nuevas situaciones de la vida (Dreier 1999).
Cano (2002) menciona que el vínculo entre el enfermo y su familia le sirve como soporte y plataforma para desarrollar su vida en dicho ambiente y da sentido a cada una de sus relaciones; es por ello que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros, y a su vez son influidas por ellos. La cronicidad de la diabetes no sólo afecta al paciente sino también a la familia y a todos cuantos lo rodean; por eso resulta muy conveniente aprender a vivir con un diabético.

El inicio de la enfermedad durante la vida adulta, en especial cuando el individuo se encuentra alrededor de la quinta década de la vida, coincide con un periodo centrífugo de la vida familiar, lo cual tiene consecuencias organizacionales, incluso la huida de los miembros que conduzca una disfunción familiar o una desintegración.

Cuando se habla de diabetes resulta difícil pasar por alto el tema de la herencia, tomando en cuenta la persona puede tener un sentimiento de culpa ante la posibilidad de transmitirla a su descendencia.

Así, en cada fase del padecimiento, diagnóstico, etapa crónica y estado terminal, todos necesitan cumplir con tareas especiales y requerirán de diferentes estrategias para su más adecuado enfrentamiento y asimilación (Maileck, 1979).

El individuo y la familia deben integrar de manera lenta el diagnostico, su significado, curso y desenlace.

La información debe ser regulada a fin de que este proceso evite la sensación paralizante de pérdida y depresión que resultaría desorganizante para el individuo.

Deben manejarse el reproche, culpa y vergüenza que la enfermedad engendra , así como la depresión y la ansiedad, considerando estas en principio como reacciones normales ante la situación de crisis asociada al diagnóstico de la enfermedad.
Por lo general, la familia debe responder con un cambio temporal en sus patrones de comunicación, patrones de interacción pueden volverse rígidos.

Resuelta la fase de diagnóstico, el individuo y la familia deben ocuparse del padecimiento crónico, así como de las secuelas incapacitantes de la diabetes, adaptándose al malestar dolor pérdida de control físico y cambios de apariencia, generándose sentimientos de impotencia, ambivalencia, coraje, culpa y temor, adaptando cambios para la organización y control funcional de la familia.

Posterior al episodio agudo, sigue un periodo de control del azúcar, con mejor bienestar físico y mental, teniendo la familia que equilibrar su funcionalidad, aceptando que la enfermedad llego para quedarse, aprendiendo a vivir con esta.

Si se niega la posibilidad de otra recaída, la enfermedad puede conducir a otra crisis, con desesperación, el aceptar esta posibilidad mejora la aceptación de la enfermedad.

En la edad adulta, la diabetes tiene que ver con la propia responsabilidad individual frente al cuidado de sí mismo. El adulto no solo aprende a funcionar de una manera eficaz en el contexto de grupos más amplios, sino que dedica energía a los grupos con los que se identifica con una mayor facilidad.

La diabetes plantea conflictos entre las responsabilidades de un adulto para mantener sus propios niveles de salud y glucemia y las responsabilidades de satisfacer las necesidades de otros familiares.

Según Ruediger Dahlke, autor del libro “La Enfermedad como camino” y “La enfermedad como símbolo”, “La diabetes es una enfermedad muy común en la actualidad, a la que se la relaciona con el amor y su carencia. Las células no se abren a la entrada de la glucosa. Al azúcar se lo relaciona con el afecto, de hecho que el primer sabor que ingerimos es el dulce, este es el gusto de la leche materna.

En la diabetes está el deseo de disfrutar de las cosas dulces, es decir del amor, de la vida dulce, al mismo tiempo que existe la incapacidad de aceptar el amor y dejarlo entrar, no poder recibir la dulzura de la vida ni dejarla entrar hasta lo más interno (de las células), no poder entregarse al amor, no tener confianza para entrar en su reino”.

El autor del libro: "Vivir con diabetes", Juan José Murillo, dice: “Como cualquier enfermedad, la diabetes no puede ser contemplada únicamente desde una perspectiva biológica sino desde una perspectiva integral bio-psicosocial. Y es verdad que actualmente nuestra sociedad promueve comportamientos desde la infancia utilizando los poderosos medios de comunicación, incompatibles muchas veces con la salud.

Muchas enfermedades se producen como causa de nuestros hábitos culturales, consumismo, alimentación, tabaco, alcohol, etc. y de la contaminación ambiental, en cuya raíz se encuentra el comportamiento del hombre.

El notable incremento de la diabetes y de otras enfermedades, por ejemplo, el cáncer de mama, probablemente obedezca a cambios operados en el medio ambiente y en los hábitos de vida. Porque aún cuando las causas de la enfermedad sean biológicas, como las originadas por un virus, su frecuencia, distribución y perturbación están no obstante determinadas por la

forma en que la cultura establece los roles de los hombres, de las mujeres, de los niños y de los adultos.

Por todo ello, se pueden establecer ciertas conexiones entre los modos de relacionarse las personas con su medio interpersonal, familiar, social, laboral, etc. y la aparición de la enfermedad. La diabetes es una enfermedad multifactorial en la que se combinan factores genéticos y de tipo ambiental.

Uno de los desencadenantes de la diabetes, por ejemplo, son los errores alimenticios. La llamada comida rápida o comida-basura, rica en proteínas y grasas saturadas, así como la ingesta excesiva de azúcares refinados, dulces y bollería, conjuntamente con la competitividad, el estrés y la vida sedentaria, hacen que en nuestra sociedad la prevalencia de la diabetes sea cada vez mayor.

La **tensión emocional** es parte esencial del proceso patológico de la diabetes.

El cuerpo físico y la conciencia del ser humano trabajan siempre en equipo y de ahí la importancia de ser conscientes de nuestros pensamientos, sentimientos, emociones, deseos y creencias ya que de todos ellos dependen las reacciones de nuestro organismo.
Nuestra mente, según lo que estamos pensando, vibra emocionalmente. Y según lo que estamos sintiendo, hacemos en consecuencia funcionar el cuerpo físico.

La persona es un todo integrado, la separación entre el cuerpo y el si mismo, entre el cuerpo y la mente abre las puertas a la desintegración, a la desvalorización y nos hace cada vez más vulnerables a la enfermedad. Una de las formas en que influyen los procesos psicológicos en la salud, es a través de las emociones. Tanto las emociones positivas (alegría, buen

humor, optimismo) como las negativas (ira, ansiedad) y el estrés influyen en la salud.

Las perturbaciones del espíritu se hallan en íntima dependencia del subconsciente. La falta de armonía en el plano de la conciencia es la que genera posteriormente las molestias y síntomas de cualquier padecimiento físico.

La enfermedad es, por tanto, la manifestación física de la carencia de equilibrio y armonía en la conciencia del individuo. Es obvio que las personas estamos hechas de células, moléculas, órganos, etc., pero también de experiencias.

Los pensamientos, sentimientos, emociones y el correspondiente equilibrio cuerpo-mente, afectan a nuestro organismo exactamente igual que los factores genéticos y ambientales".

Es un hecho, la nutrición tiene que ver no solamente con nuestro estado de salud corporal sino también con nuestro estado de salud mental y emocional. Somos seres pensantes que residimos dentro de un cuerpo y si el cuerpo está teniendo problemas, nosotros también tendremos problemas. El cuerpo humano es un organismo que depende totalmente de la creación de energía para poder sobrevivir.

La fuente de esa energía lo son elementos y nutrientes como oxígeno, agua, vitaminas, minerales y alimentos comestibles. Se han hecho estudios entre los enfermos mentales y se ha descubierto que la gran mayoría padece de severas deficiencias nutricionales. Eso no quiere decir que la CAUSA de sus problemas mentales sean de tipo nutricional pero esto sí nos da una buena pista para explorar. Hay alimentos que descontrolan el sistema hormonal y afectan la estabilidad emocional como el azúcar.

Hay personas que padecen alergias o “intolerancias” al trigo (pan, pasta, etc.) y se comportan de forma irracional cuando ingieren alimentos que los contienen. Existen alergias e intolerancias también a los preservativos y a los colorantes en los alimentos y que tienen igual efecto sobre el estado emocional. Por otra parte, se sabe que la deficiencia de vitamina B-12 causa depresión y desequilibrio emocional. O sea, existen factores nutricionales que pueden causar o agravar la situación mental.

En general podría decirse que la dieta más adecuada para una persona que ya refleja problemas mentales es una dieta alta en proteínas como carnes blancas (pollo, pavo, pescado) la cual se acompañaría con buenas dosis de vegetales y ensaladas. Debería evitarse el azúcar y reducirse los alimentos que son carbohidratos refinados (pan, harina, arroz, pasta, dulces, etc.).
La dieta alta en proteína y baja en carbohidratos refinados tiende a estabilizar el sistema hormonal (insulina, adrenalina, cortisol, estrógeno, etc.) y eso de por sí ofrece más estabilidad mental y emocional.

Por supuesto, la solución a este problema se encuentra en el área de la mente más que en área del cuerpo. Estabilizar el cuerpo con una buena nutrición e hidratación sería una estrategia para encontrar una forma de poder llegar hasta el problema de tipo mental que aqueja a esta persona.
La diabetes es principalmente causada por un cierto ambiente emocional muy característico en los diabéticos. Muchos de los pacientes son sedentarios y han tenido una vida emocional muy desgastada, de fuertes presiones y en la mayor parte de los casos, llena de emociones un tanto amargas, por así decirlo, **la actitud ante la vida y su filosofía para vivir tienden a crear emociones de tristeza, de resignación y de “no dulzura ”**.
Son pacientes que por lo general no encuentran como solucionar lo que sienten y, a causa de esto, evaden, restringen o hasta niegan su tristeza, puede ser que distraigan su soledad con cosas muy pasajeras o se centren en actividades muy superficiales.

Sin embargo, la evasión o la no resolución a esta falta de gozo o deleite en la vida, la añoranza constante de un pasado o de lo que no pudo ser, crea esa falta de “dulce” energético. La melancolía, la indiferencia, el agotamiento, el cansancio y la tristeza, en fin, todo sentimiento de ausencia de algo realmente satisfactorio en la vida, propicia las condiciones emocionales que más tarde se manifestaran como diabetes.

Según Siqueira, Joel y dos Santos (2008) las personas que poseen algún padecimiento físico sufren la influencia de los aspectos emocionales, pues la enfermedad genera una cierta fragilidad. Los aspectos psicológicos, pueden aumentar la intensidad de la diabetes, estando asociados a un incremento en el riesgo de síntomas de ansiedad y depresión.

En un estudio realizado por Siqueira, Joel y dos Santos (2008) cuyo objetivo fue conocer los sentimientos y las reacciones emocionales de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo II, encontraron que el diagnóstico de la diabetes llegó acompañado de vivencias cargadas por sentimientos disfóricos, tales como “tristeza”, “rabia”, “revuelta”, “choque” y “susto”, por tal motivo, recomiendan considerar dichas emociones para potenciar los programas educativos sobre la diabetes, por ejemplo para incrementar la adherencia al tratamiento.

En relación a las emociones y la salud, se plantea que las respuestas emocionales desadaptativas pueden ser las desencadenantes de crisis, responsables de las recaídas.

Se plantea la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica, debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con diabetes.

ASPECTOS NEUROPSICOLOGICOS DE LA DIABETES.

El número de estudios sobre la posibilidad de que los diabéticos tipo 1 y 2 presenten problemas de cognición y otros signos de disfunción cerebral es cada vez mayor. Dichos estudios reportan que estos pacientes corren un mayor riesgo de manifestar cambios en la estructura cerebral, lo que comprende lesiones de la sustancia blanca y atrofia. Se han observado deterioros de la función cognitiva, en especial en las áreas de memoria y velocidad psicomotora.

La diabetes ha demostrado ser una enfermedad no sólo físicamente dañina, sino que sus secuelas se arrastran a las áreas cognitivas y sus consecuencias acaban siendo muy relevantes en la vida social y afectiva de los adultos ancianos.

El deterioro cognitivo se considera una posible consecuencia de la diabetes. Algunas investigaciones han estudiado la diabetes como factor de riesgo en el declive cognitivo y sobretodo en la demencia tipo Alzheimer. Las dificultades se han registrado en el lenguaje verbal, la memoria, la atención, las funciones ejecutivas, la eficacia psicomotora, etc. Como se ha señalado anteriormente, la enfermedad afecta a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro y se ha hablado de la relación entre la diabetes y una degeneración del metabolismo y cambios estructurales y funcionales en el sistema nervioso central (SNC).

Stewart y Liolitsa (1999) encontraron evidencias de una asociación entre la diabetes tipo 2 como factor de riesgo en el deterioro cognitivo, reflejado en la disminución de la capacidad memorística y de las funciones ejecutivas. Hallaron a su vez evidencias de un elevado riesgo de padecer demencia vascular en pacientes con diabetes tipo 2 y, la influencia de factores asociados como la hipertensión.

La ralentalización de los procesos de comunicación neuronal afecta al cerebro en la velocidad del procesamiento de la información y de las ideas, así pues no podrá analizar la información de forma secuencial, ni analizar por completo la información nueva en el momento de su entrada. La disminución de la rapidez mental y la simplificación de la capacidad de pensar parecen ser factores decisivos en muchas de las demencias intelectuales causadas por la edad.

En un estudio longitudinal realizado en Suecia por W.L. Xu y colaboradores (2004) se concluyó que padecer diabetes mellitus aumenta en el anciano el riesgo de padecer demencia, especialmente demencia vascular. Sin embargo, tal riesgo aumenta considerablemente en los ancianos con diabetes mellitus cuando ésta coexiste con hipertensión arterial grave o cardiopatía.

ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL PACIENTE DIABETICO.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.
El cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente.

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer cómo hacer y cuándo hacer. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de

adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones.

La adhesión al tratamiento es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo.

Por otro lado, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.

Elementos clave para la adherencia han sido la comprensión plena de la enfermedad, el pronóstico, el tratamiento y el involucramiento afectivo, y no tanto la obediencia ciega a instrucciones descontextualizadas.

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución.

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y éste tiene una autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema. Los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión

de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria. En los momentos actuales, este tema tiene gran trascendencia, sobre todo en las enfermedades crónicas, toda vez que el incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, lo que produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria.

La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar, y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas.

En lo familiar, provoca alteraciones en su funcionamiento, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (Ginarte, 2001; Martín y Grau, 1994).

La adherencia terapéutica en el marco de la psicología de la salud.

La conducta de cumplir el tratamiento médico está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos.

El padecimiento de una enfermedad ya implica de por sí una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, a la que se añade el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la

realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de aquéllas.

Se describen como conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento las siguientes: dificultades para comenzarlo; suspensión prematura; cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones; que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento); ausencia a consultas e interconsultas; y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad (Ferrer, 1995; Puente, 1984). La enfermedad puede percibirse como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o, incluso, como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás. En función de ello, el paciente adopta su rol de enfermo.

NUTRICIÓN EN EL DIABÉTICO.

Algo absolutamente necesario para evitar las crisis o problemas que surgen en la adaptación y mantenimiento del diabético a las exigencias de su nuevo estado, cualquiera que sea su edad o circunstancias, es una completa, adecuada y continua educación diabetológica.

Un diabético debe cambiar su alimentación, su patrón de actividad o de ejercicio físico, debe inyectarse o tomar diariamente un fármaco que le mantiene con vida y debe conocer cómo adecuar sus pautas de tratamiento ante eventualidades imprevistas (viajes, enfermedades, situaciones críticas, etc.).

Para conseguir este control sobre la enfermedad, e impedir que sea la enfermedad la que controle al diabético, la educación diabetológica representa la única alternativa posible.

La educación diabetológica se considera hoy, por tanto, la piedra angular en todo programa de tratamiento.

Sin ella, difícilmente se pueden obtener objetivos adecuados y razonables que no sean la mera subsistencia en espera de las inevitables consecuencias a medio y largo plazo.

Es clásica la imagen del libro de Joslin que representa a los tres pilares del tratamiento de la diabetes (dieta, ejercicio y terapéutica farmacológica) como tres briosos corceles que, manejados por un competente auriga (como representación metafórica de la educación diabetológica) conducen el carro firmemente hacia la victoria (como representación metafórica de un adecuado control metabólico con ausencia de complicaciones) que se coronará con los laureles de una mejor calidad de vida- rayana con la esperada ausencia de la enfermedad.

La educación del paciente crónico en general, y del diabético en particular, puede ser definida y entendida como un proceso diseñado con el propósito de influir sobre su comportamiento directa o indirectamente relacionado con el mantenimiento del mejor estado de salud posible.

La educación debe proporcionar la adquisición de los conocimientos indispensables acerca de su enfermedad que desvanezcan mitos infundados o tergiversadores y que le permitan una comprensión aproximada del porqué de su estado biológico; el desarrollo de las habilidades necesarias para su autocuidado en la extensión que su edad, posición y circunstancias le permitan; y a la vez, debe conducir a los cambios necesarios en el comportamiento del paciente como para que los objetivos médicos de control del trastorno puedan cumplirse.

Es de suponer que la educación favorecerá una actitud positiva hacia el nuevo estado de salud y proporcionará al paciente la seguridad y el estado

emocional necesarios para afrontar su nueva vida y que se dan cuando la autoestima y la sensación de control actúan (Gil Roales-Nieto y Vílchez Joya,1993).

Educar es más que simplemente brindar información sobre un tema, se define como “Preparar a alguien para cierta función, o para vivir en cierto ambiente o de cierta manera” (Pablo Aschner).

Desde el punto de vista constructivista, educar es ayudar a construir una nueva realidad.
En el caso de la diabetes se trata de construir valores importantes para el cuidado de la enfermedad como el sentido de responsabilidad, de auto-observación, de honestidad consigo mismo.

La función del educador es generar y observar la realización de pequeños cambios y apoyar nuevos logros.
Parte del proceso educativo consiste en adquirir conceptos sólidos y claros sobre los mecanismos que llevan a la diabetes y sus complicaciones y sobre las medidas más efectivas que se emplean para controlarla.

Ningún programa funciona si no logra la persona con diabetes progresar en el manejo de su enfermedad y mejore su perspectiva de salud y de vida.
Es importante el aporte de las personas por medio de comentarios y sugerencias, para ir perfeccionando el programa educativo, es saludable la formación de un equipo de educación en cada unidad de atención formado por personal capacitado en educación en diabetes, personas con diabetes y representante de la comunidad con experiencia en diabetes. **E. Joslin**

“La educación no es parte del tratamiento es el tratamiento de la diabetes”

La educación proporciona la base para un tratamiento exitoso:

* Aumenta la seguridad del tratamiento
* Mejora la calidad del control metabólico
* Incrementa el bienestar psicosocial
* Previene las complicaciones
* Reduce los costos en el manejo de la enfermedad
* Promueve estilos de vida saludables
* Mejora la adherencia

Luego de ser diagnosticadas con diabetes, muchas personas temen no poder disfrutar de los alimentos y de la experiencia de comer tanto como antes.

A lo largo de los años, se han instalado mitos en la sociedad, los cuales son verdades a medias, exageraciones, distorsiones de la realidad en torno a la diabetes y su tratamiento, sobretodo alimentario, lo que muchas veces puede impedir o demorar su prevención y tratamiento adecuado.
El tratamiento se apoya en cuatro pilares:

1) Educación diabetológica
2) Dietoterapia
3) Terapéutica medicamentosa y
4) Ejercicio físico.

La educación diabetológica y la dietoterapia, tienen cada vez más peso en los tratamientos médicos y como medida de prevención primaria y secundaria. Es todo un proceso que le permite al paciente adquirir una serie de conocimientos y habilidades, a fin de modificar sus hábitos, comportamientos y actitudes en relación con la enfermedad. Éstos cambios en los hábitos de vida son un proceso lento y difícil de implementar; principalmente en lo referente a la alimentación, pues los hábitos alimentarios están relacionados por lo menos a tres factores complejos:

culturales, que son trasmitidos de generación en generación o por instituciones sociales; económicos, referentes al costo y disponibilidad de alimentos; y los sociales, relacionados a la aceptación o rechazo de determinados estándares alimentarios.

Otros factores que también influyen en el individuo para adoptar patrones inapropiados de comportamiento, son el rechazo a ciertos alimentos, creencias relacionadas a supuestas acciones nocivas y tabúes o prohibiciones con respecto al uso y consumo de ciertos productos.
Hoy día se sabe a ciencia cierta que determinadas alteraciones y enfermedades se relacionan con desequilibrios en la alimentación, ya sea por exceso (obesidad, problemas de tensión, colesterol elevado…) o por defecto (falta de vitaminas y/o minerales, etc.).

Por tanto, alimentarse no sólo consiste en comer para vivir o para saciar el hambre, es algo mucho más complejo e influyen numerosos factores; ambientales (costumbres y cultura del lugar en que vivimos, modas y medios de información, entorno familiar) y otros personales como el sexo, la edad, las preferencias, la religión, el grado de actividad (sedentaria, ligera, moderada), el estado de ánimo y de salud (enfermedades o problemas de salud).

Por todo ello, se considera que una alimentación es adecuada si en verdad es capaz de cubrir las necesidades del organismo; de acuerdo a las características personales, con el fin de alcanzar o mantener un buen estado nutricional y de salud.

DIETA DEL DIABÉTICO

Si bien la diabetes es consecuencia de nuestros hábitos alimenticios y la falta de ejercicio, también es consecuencia del entorno social y comercial el que vivimos, sobre todo porque a los grandes corporativos alimenticios no

les interesa en lo más mínimo la salud de nadie, prueba de esto es el uso indiscriminado y en algunos casos casi criminal de compuestos químicos que destruyen la salud de quien los consume, todo esto bajo la indolente mirada de los aparatos gubernamentales encargados de que esto no suceda.

El aporte calórico deberá reducirse sólo si existe obesidad. En tal caso habrá que tratar de combatir el exceso de peso con dietas equilibradas y no exageradamente hipocalóricas, nunca por debajo de las 1.200-1.400 calorías.
Muy a menudo en la diabetes del anciano se prescriben de todas formas dietas exageradamente hipocalóricas, pobres en hidratos de carbono, que pueden favorecer el catabolismo de los tejidos.

La dieta debe buscar, ante todo, la salud del paciente: debe ser equilibrada, con un aporte del 50 % en hidratos de carbono complejos ricos en fibras naturales y con una ingesta adecuada de proteínas (0,50-0,75 g/kg), minerales y vitaminas.
Las grasas, consumidas con la carne, los quesos y la leche, deberán no superar en conjunto los 50 gramos al día; en caso de que sea necesario aumentar el aporte calórico se deberá recurrir a grasas insaturadas.
Se aconseja asimismo la subdivisión de la alimentación en 5-6 comidas, sobre todo en los casos tratados con insulina.

Plan de alimentación.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA LAS PERSONAS CON DIABETES

Con una alimentación adecuada muchas alteraciones metabólicas de la diabetes pueden ser corregidas simultáneamente, por ello, el personal de salud tiene una gran responsabilidad en la orientación nutricional de sus

pacientes, sobre todo con la motivación para iniciar y mantener los cambios en el estilo de vida que contribuyen al control glicémico.

Los objetivos del tratamiento nutricional en las personas con diabetes son:

1) Alcanzar el control de la glicemia, lo más cercano a lo normal posible, acoplando el consumo de alimentos con la insulina (tanto la endógena como exógena), los medicamentos orales y con la actividad física;

2) mejorar el control de los lípidos sanguíneos;

3) prevenir, posponer o tratar las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes;

4) alcanzar o mantener un peso razonable y

5) mejorar la salud general con una alimentación saludable.

BASES PARA EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL.

1. **Definición de horarios, organización de tiempos de comida y espaciamiento entre las comidas durante el día.**

El establecimiento individual de horarios permite distribuir durante el día el total de la energía, principalmente la que proviene de los carbohidratos, en varios tiempos de comida; lo cual ayuda a disminuir la producción de glucosa hepática, a normalizar los valores de la glicemia post-prandial y a disminuir la formación de triglicéridos. El tiempo de espaciamiento entre las comidas debe ser suficiente para que la glicemia regrese a su valor normal después de haber comido. Se sugiere que si entre un tiempo de comida principal y otro hay más de cuatro o cinco horas, lo conveniente es realizar una merienda, con ello se previene la hipoglicemia.

2. **Cantidad, tipo y distribución de carbohidratos.**

La cantidad de alimentos que contienen carbohidratos debe ser semejante en cada tiempo de comida, cada día y en las personas que utilizan insulina, debe sincronizarse el horario con el tiempo de acción de la insulina para

evitar el hipo o hiperglicemia. Las personas que utilizan hipoglicemiantes, también requieren cuidar el espaciamiento entre comidas. Se debe enfatizar en los carbohidratos que provienen de las leguminosas, granos enteros, vegetales, leches, yogurt y frutas por ser alimentos que tienen un índice glicémico menor que los alimentos que contienen más almidón digerible (harinas, cereales, panes, vegetales harinosos).

3. **Organización de los alimentos.**

Los carbohidratos son los nutrientes que más impactan el valor de la glicemia por lo cual, para el tratamiento nutricional de la Diabetes, es importante considerar todos los alimentos que aportan carbohidratos como son las harinas, frutas y leche. Éstos se agrupan por su semejanza en el contenido de carbohidratos por porción y conforman un solo grupo llamado "de carbohidratos o de osas" (por su terminación en osa: glucosa, fructosa, lactosa, amilosa).

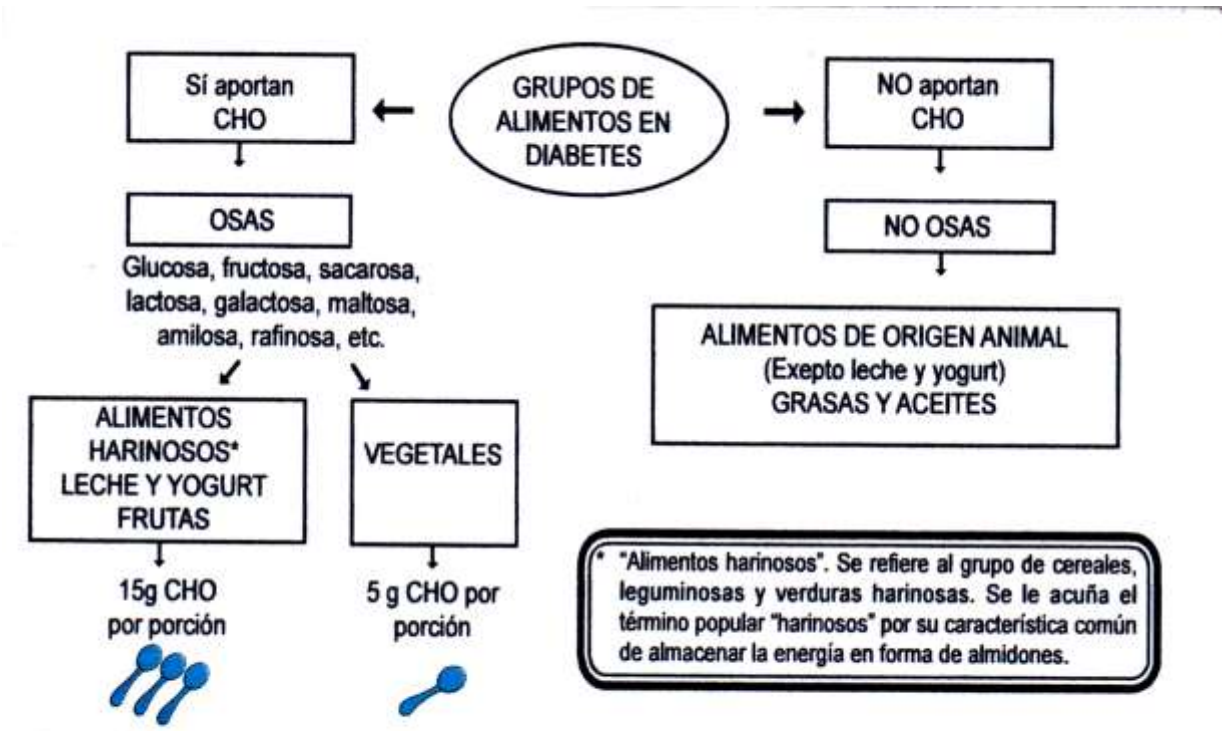
Los vegetales no harinosos u "hortalizas" como los llaman popularmente, no se consideran en este grupo ya que su contenido de carbohidratos es mucho menor por porción y generalmente su índice glicémico es bajo.

El grupo "grasas y aceites" y los "alimentos de origen animal" (excepto la leche y yogurt), no contienen carbohidratos o azúcar y son nutrientes que fundamentalmente aportan grasas y proteínas en la dieta; ellos ayudan a que los carbohidratos se absorban más lento.

4. **Selección adecuada del tipo de grasas y aceites.**

El desbalance en el tipo de grasa, se asocia con problemas cardiovasculares y el exceso en cantidad con aumento en el valor energético de dieta (VET) y con obesidad. Los ácidos grasos saturados y los ácidos grasos trans, elevan el colesterol LDL y los triglicéridos; estas grasas juegan un papel importante

en la resistencia a la insulina en diabetes tipo 2 por lo cual su restricción tiene beneficios. Por su parte, las grasas monoinsaturadas se asocian con una mejoría en la tolerancia a la glucosa y se asocian con reducción de la resistencia a la insulina, además de mejorar la composición de lípidos plasmáticos. De las grasas poliinsaturadas, la familia de los ácidos graso omega 3, tienen un efecto cardioprotector y reducen los triglicéridos en individuos con hipertrigliceridemia. En nuestro país los alimentos más disponibles que contienen este tipo grasas son: el aceite de soya, las semillas de linaza, el atún, la macarela y las sardinas.



Fuente: Padilla Vargas G, Aráuz Hernández AG. *Guía para la enseñanza en diabetes: primer nivel de atención.* Inédito, INCIENSA, 2002.

5. Reducción de peso.

La obesidad es un importante factor de riesgo para enfermedades cardiometabólicas incluyendo diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedad cardiovascular. Se estima que un 80-90% de las personas con diabetes tipo 2 tienen sobrepeso o son obesas.

La reducción del peso ha mostrado mejorar el control glicémico al aumentar la sensibilidad de la insulina, la recaptura de glucosa y disminuyendo la salida de glucosa hepática.

La pérdida de peso corrige:

- ✓ la resistencia a la insulina
- ✓ la hiperglicemia
- ✓ las alteraciones lipídicas
- ✓ la hipertensión

Se recomienda reducir el peso inicial en un 5 al 7% del peso corporal en un período de seis meses. Según sea el caso, se debe continuar la reducción del peso corporal hasta alcanzar un peso saludable dentro de un índice de masa corporal adecuado.

También será necesario:

- Reducir el consumo de frituras, las grasas agregadas a los alimentos (crema dulce, mantequilla, margarina, natilla, queso crema, etc.)
- Disminuir el tamaño de porción de los alimentos
- Eliminar el consumo de golosinas, postres y comidas rápidas, entre otros
- Aumentar la actividad física diaria.

6. Organización de la alimentación.

Un método sencillo que puede ser aplicado y ha demostrado su efectividad en el primer nivel de atención en salud es el de las “tazas“(Aràuz, et al, Padilla et al), el cual consiste en distribuir los alimentos que contienen carbohidratos, en iguales cantidades durante el día. La cantidad de carbohidratos definida en este método es una guía y se basa en una prescripción dietética de 1300 kilocalorías diaria para las mujeres y 1500 kilocalorías para los hombres. Con este método, para organizar la alimentación diaria se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Establecer un horario y tiempos de comida en conjunto con la persona que padece diabetes (generalmente serán seis tiempos, esto incluye la colación nocturna, 9 pm).

2. Distribuir los grupos de alimentos que contienen la misma cantidad de carbohidratos por porción (osas), en cada tiempo de comida. Es importante iniciar con las harinas por ser la base de la alimentación y utilizar una taza como medida para distribuir las harinas en cada tiempo de comida, los hombres pueden requerir 1 1/2 taza por tiempo de comida y las mujeres una taza. Se pueden mezclar varias harinas siempre y cuando no excedan la taza, en el caso de las mujeres. Ejemplo una taza entre arroz y frijoles, una taza entre garbanzos y arroz.

3. Distribuir las frutas.

4. Distribuir la leche durante el día, pueden ser poquitos (1/4 taza) con el café o té.

5. Agregar abundante cantidad de vegetales no harinosos u “hortalizas”.

Por último distribuir los grupos de alimentos que no contienen carbohidratos (no osas), los de origen animal. Las grasas y aceites se utilizan para cocinar pero se recomienda NO freír alimentos.

Fuente: Padilla Vargas G, Araúz Hernández AG, Sánchez Hernández G. Guía para la enseñanza en diabetes, primer nivel de atención 1a ed. Tres Ríos, Costa Rica. INCIENSA, 2002

La diabetes y la alimentación.

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la diabetes tipo 2, la alimentación tiene tres objetivos principales.

En primer lugar, ayudar a controlar los niveles de azúcar en la sangre, evitando bajas y subidas drásticas o súbitas.

En segundo lugar, ayudar a controlar la cantidad y el tipo de grasa presente en la sangre, de modo que se eviten los problemas cardiovasculares tan comunes en las personas diabéticas. El tercer objetivo es proveer una alimentación óptima, que propenda a un mayor bienestar y una mejor salud.

La comida es el vínculo que nos relaciona con el cuerpo, con el organismo: Es la vía más primitiva y accesible a todas las personas para relacionarse con su interioridad.En primer lugar, hay que procurar una alimentación que provea todos los nutrientes necesarios sin un exceso de calorías. Esto, combinado con el ejercicio, ayudará, entre otras cosas, a reducir de peso y disminuir el porcentaje de grasa corporal.

Las investigaciones han demostrado que éstos, son probablemente los factores más importantes, tanto para prevenir como para controlar la diabetes tipo 2 y que incluso, en un buen número de casos, esto de por sí es capaz de lograr lo que para todos los efectos es una cura de la condición.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Ha habido un interés considerable en analizar el efecto de la diabetes del tipo I en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Algunos investigadores han sostenido que ciertos aspectos del tratamiento específico de la diabetes, como la necesidad de controlar con atención la alimentación, el ejercicio, y la glicemia, podrían contribuir a la aparición de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en las mujeres con diabetes.

Tanto investigadores como clínicos han afirmado que la atención a las porciones de alimentos, las cifras de glucemia y el peso que forma parte del tratamiento sistemático de la diabetes corre pareja al pensamiento rígido acerca de los alimentos y la imagen corporal característicos de las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria.

En los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) de larga evolución, pueden aparecer alteraciones y patologías asociadas, con un posible agravamiento recíproco, llevando en ocasiones a la muerte. En concreto, la existencia de diabetes en los TCA, ha dado lugar a una nueva patología llamada coloquialmente “diabulimia”, basada en la manipulación de las dosis de insulina para conseguir la pérdida de peso.

Las personas con algún TCA se caracterizan, en muchas ocasiones, por la realización de ejercicio de forma intensa, que en los casos de diabetes tipo 1 puede dar lugar a graves consecuencias, si el tratamiento con insulina no se sigue de forma correcta. El ejercicio de alta intensidad y poca duración en individuos sanos, generalmente, se asocia con una elevación transitoria de la glucemia, que llega al máximo entre 5 y 15 minutos después de finalizar el ejercicio y vuelve a los niveles basales a los 40-60 minutos. Esto se debe al aumento de catecolaminas y glucagón y a una supresión de la liberación de la insulina, provocando un aumento en la producción hepática de glucosa.

En el sujeto diabético, la respuesta al ejercicio de alta intensidad es anormal produciéndose una mayor hiperglucemia que persiste más tiempo. A ello contribuye el hecho de que no aumentan las cantidades de insulina en el tiempo post ejercicio, pudiendo provocar por tanto un estado de hiperglucemia grave. Además, al disminuir el consumo periférico de glucosa, dada la falta de insulina, crece la producción hepática de glucosa, lo que empeora la hiperglucemia. Al no poder ser utilizada la glucosa por parte del organismo como combustible energético, aumenta el metabolismo de las

grasas para la obtención de energía, produciéndose cuerpos cetónicos y dando lugar a la cetosis.

La irregularidad en la alimentación, saltándose comidas, no respetando los horarios, comiendo de forma insuficiente, o realizando ejercicio físico de forma intensa sin suficiente energía pero con dosis de insulina correctas, etc., pueden provocar la aparición de hipoglucemias graves, ya que estas personas precisan un correcto cumplimiento de las normas de alimentación.

Cuando no existe energía suficiente durante el ejercicio, pero sí dosis de insulina correctas, existe un consumo exagerado de glucosa hepática que da lugar a una hipoglucemia, al igual que ocurre en el periodo de ayuno, aumentando esta hipoglucemia en el caso del ejercicio, dado que al finalizarlo hay un mayor consumo de glucosa por parte del hígado y del músculo para recuperar las reservas.

LA DIABETES COMO DESENCADENANTE DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

La etiología de los Trastornos Alimentarios es multifactorial y abarca aspectos biológicos, psicológicos y ambientales. La presencia de la diabetes podría tener un impacto en el desequilibrio de estos aspectos. El tratamiento de la diabetes impone una serie de cambios de los hábitos de vida. El individuo con diabetes necesita monitorear el valor nutricional de los alimentos y la cantidad de calorías ingeridas.

Además, el control del peso corporal tiene consecuencias directas en el mantenimiento del equilibrio metabólico. Así, la tendencia es que tenga lugar un aumento de la preocupación del paciente respecto de su peso y hábitos alimentarios. Estos cambios ambientales podrían influir de manera distinta en cada tipo de diabetes, facilitando la aparición de un trastorno alimentario. La presencia de sobrepeso y obesidad más la ausencia del uso obligatorio

de insulina son aspectos importantes que diferencian los trastornos alimentarios en la diabetes tipo 2.

Uno de los objetivos del tratamiento de este tipo de diabetes es la disminución del peso corporal, lo que conlleva una mejoría de la acción de la insulina en los tejidos periféricos y un mejor control glucémico. En función de esa demanda estos pacientes pasan a restringir de manera importante su ingesta calórica. De esa manera, la disminución de la ingesta alimentaria y la aparición de períodos frecuentes de ayuno (en contraste con la conducta hiperfágica previa) podrían actuar como factores predisponentes de compulsión alimentaria.

Los episodios de hipoglucemia entre las personas con diabetes son bastante frecuentes. La administración de dosis más elevadas de insulina y de hipoglucemiantes orales son algunas de las causas de descenso de los niveles glucémicos. Durante un episodio de hipoglucemia es común que el individuo presente un descontrol alimentario compensador. Sin embargo, esa conducta alimentaria suele venir acompañada de síntomas autonómicos como sudoración, mareos, temblor y visión borrosa, a diferencia de los episodios de compulsión alimentaria (ECA) de la bulimia nerviosa y del TCAP. Además, muchos pacientes terminan presentando una conducta hiperfágica durante el episodio de hipoglucemia, preocupados en evitar la incomodidad física asociada a la caída del nivel plasmático de glucosa.

Los síntomas alimentarios pueden tener influencia en la salud física del individuo. La presencia del TCAP en los sujetos obesos se asocia con un inicio más temprano y una mayor gravedad de la obesidad. Además, la presencia de los ECA se relaciona con una larga historia de dietas, un alto índice de abandono del tratamiento de la obesidad.13 De esa manera, la presencia del TCAP podría incrementar el riesgo de DBT2 a través del efecto dañino sobre la obesidad. Sin embargo, la ausencia de estudios longitudinales que avalen esa asociación impide cualquier tipo de inferencia

causal. La presencia de ECA parece asociarse con la reducción de la función serotoninérgica. Además, la disfunción en el sistema de la serotonina cerebral podría ocasionar resistencia insulínica e intolerancia a la glucosa. Así, la presencia de TCAP podría, a través de un efecto metabólico, dificultar el control glucídico entre los individuos obesos.

Los trastornos psiquiátricos como desencadenantes de los trastornos alimentarios en la diabetes.

La presencia de un tercer factor independiente podría también justificar un incremento de la observación de trastornos alimentarios en la diabetes. Los síntomas alimentarios son bastante frecuentes entre las personas con trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad. La presencia de co-morbilidad psiquiátrica en los pacientes no diabéticos con un trastorno alimentario puede superar el 70%. Además, como se vio anteriormente, estos trastornos psiquiátricos se encuentran aumentados entre los pacientes con diabetes. Así, el incremento de los trastornos alimentarios en la diabetes podría estar vinculado a una consecuente elevación de las tasas de comorbilidad psiquiátrica general en esa población.

LA RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL-PATRONES ALIMENTARIOS EN EL PACIENTE DIABÉTICO.

El comportamiento alimentario constituye un hecho social en el que pueden influir todas las esferas de actividad de una sociedad. Los hábitos alimentarios del paciente diabético influyen directamente en su calidad de vida dando lugar a serias complicaciones cuando no es tratado adecuadamente y esta a su vez afecta su salud mental.

Los hábitos alimentarios forman parte de la cultura de un pueblo, y en éstos, influyen factores tan ajenos a los alimentos en sí y a las recomendaciones nutricionales como el poder adquisitivo, la producción, la accesibilidad de los

productos, y el marketing publicitario de los medios de comunicación, entre otros.

Las conductas buscadoras de salud (COBS) o patrones alimentarios, son consideradas como todas las actividades que las personas realizan con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminadas a promover, proteger o mantener la salud y el bienestar en el contexto de la vida cotidiana, de manera particular cuando se afronta alguna enfermedad sobre todo aquellas de tipo crónico degenerativas como la Diabetes mellitus.
Los cambios en los hábitos de vida son un proceso lento y difícil. Principalmente en lo referente a la alimentación, pues los hábitos alimenticios están relacionados por lo menos a tres factores complejos: culturales, que son trasmitidos de generación en generación o por instituciones sociales; económicos, referentes al costo y disponibilidad de alimentos; y los sociales, relacionado a la aceptación o rechazo de determinados estándares alimentarios.

Otros factores también influyen en el individuo para adoptar muchas veces patrones inapropiados de comportamiento, tales como el rechazo a ciertos alimentos, creencias relaciones a supuestas acciones nocivas y tabúes o prohibiciones con respecto al uso y consumo de ciertos productos.

La alimentación está influenciada por factores socioeconómicos y culturales (componentes religiosos, psicológicos y pragmáticos). Es evidente que la disponibilidad, el coste y la caducidad de los alimentos han contribuido sobre los hábitos dietéticos de la población, y la elección final determinará el perfil de cada dieta.

Por otra parte, los cambios sociales en los países desarrollados, junto con la mayor disponibilidad de los alimentos y la introducción de las distintas formas de alimentación, están produciendo nuevas costumbres alimenticias, no saludables, que conllevan a diversas alteraciones nutricionales y un

sinnúmero de enfermedades propias de la modernidad como lo es la Diabetes Mellitus.

La salud física, psicológica, mental y espiritual del ser humano está en dependencia del entorno económico, político, social, cultural y educacional en el cual el mismo se mueve existencialmente y en cuyo contexto desarrolla un determinado estilo de vida, condicionado por tales múltiples factores.
Uno de los aspectos más importantes del estilo de vida sano de una población es el desarrollo, a través de un proceso educativo correcto, de costumbres, hábitos y conductas alimentarías que posibiliten, en su conjunto, lograr y mantener un estado nutricional normal de los individuos
La formación de buenos hábitos alimentarios es un excelente instrumento para prevenir enfermedades y promover la salud en la población.

La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a nuestra dieta diaria y semanal.
En relación con el aspecto dietético, la elección de los alimentos está determinada por la creencia que se tenga respecto de su valor.
En muchos casos existe la idea de que algunos alimentos tienen la propiedad de contribuir al mantenimiento de un buen estado de salud o de prevenir determinadas enfermedades. Otras creencias se basan en la conveniencia de consumir ciertos alimentos, dependiendo del sexo, edad, o las circunstancias particulares por las que atraviesan las personas.

Muchas creencias sobre la elección y el consumo de alimentos o preparaciones emanan de una comunidad cultural, se fundan en la tradición y se expresan por un grupo o por individuos que los transmiten a las diferentes generaciones.

Las prácticas alimentarias de una población son la expresión de sus creencias y tradiciones y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Se encuentran influenciadas por factores

culturales, económicos, sociales, geográficos, religiosos, educativos, psicológicos y los relacionados con la urbanización e industrialización.

- ✓ **Culturales:** las creencias en cuanto a alimentación y nutrición forman parte de la cultura de una población y se transmiten de una generación a otra por instituciones como la familia, la escuela, y la iglesia. Uno de los factores que orienta estas prácticas es la tradición, la cual está determinada por experiencias que han sido beneficiosas para un grupo, por lo que son inculcadas a sus descendientes.
- ✓ **Sociales:** el individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y prácticas alimentarias. El prestigio social es uno de los factores que determina tales prácticas, ya que existen algunos alimentos a los cuales se les atribuye cierto valor o significado que los diferencian de los demás.
- ✓ **Económicos:** variaciones en los precios de los alimentos determinados por la oferta y la demanda pueden interferir en las prácticas alimentarias.
- ✓ **Geográficos:** incluye el clima, la calidad de la tierra, el suministro de agua, la capacidad de producción en materia de agricultura, la caza, la pesca y la ubicación geográfica, todo lo cual repercute también sobre las prácticas alimentarias.
- ✓ **Educativos:** el nivel de escolaridad de cada individuo se refleja en sus prácticas alimentarias, de modo que se detectan cambios en los métodos de selección, preparación y almacenamiento de alimentos.
- ✓ **Religiosos:** la alimentación se ve condicionada por muchas creencias religiosas, generalmente de tipo restrictiva y limitante.

Los cambios sociales que se han producido en nuestro país también han modificado las costumbres alimenticias. Entre éstos, podemos destacar el flujo migratorio del campo a la ciudad y una amplia difusión de las nuevas técnicas de producción y conservación de los alimentos, que amplían las

posibilidades de consumo a zonas en las que antes no era posible. Hay que considerar también la influencia del marketing, la publicidad ejercida por las empresas agroalimentarias y de los medios de comunicación sobre los hábitos en la alimentación.

La evolución del comportamiento alimentario se ha producido como consecuencia de diferentes factores, como por ejemplo:

- ✓ el paso de una economía de autoconsumo a una economía de mercado
- ✓ el trabajo de la mujer fuera del hogar
- ✓ los nuevos sistemas de organización familiar, etc.

La tradición, los mitos y los símbolos son determinantes de la comida de cada día, ya que intervienen en las preferencias y aversiones que manifiestan los individuos. Estos factores juegan un importante papel en las formas de preparación, distribución y servicio de alimentos.

La sociedad actual sufre una evolución notable en los hábitos alimentarios de los ciudadanos como consecuencia del impacto de los nuevos estilos de vida que han condicionado la organización familiar. Igualmente el desarrollo de nuevas tecnologías en el área agroalimentaria han puesto a disposición de los consumidores los denominados “alimentos servicio”, que son aquellos especialmente diseñados para facilitar la preparación y consumo de los mismos.

En la actualidad existe una gran preocupación por la salud y se reconoce a la alimentación adecuada como un instrumento de protección de la salud y prevención de enfermedades.

En el caso de la diabetes, lo que la persona hace, piensa y siente, tienen un impacto para el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, denominado a últimas fechas como el estilo de vida.

El papel activo que los seres humanos pueden tener en la conservación de su propia salud y en la aparición, empeoramiento, facilitación o curación de sus enfermedades ha permitido la proliferación de términos pensados para describir el papel del comportamiento respecto a la salud y la enfermedad.
Así, se habla de estilos de vida saludables, conductas o hábitos de salud y hasta de factores protectores para referirse a todo aquello que un ser humano puede hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea la potenciación de su estado actual de salud o la prevención de la enfermedad. Por otro lado, se habla también de estilos de vida de riesgo, patrones de conducta o hábitos inadecuados e igualmente, hasta de patógenos conductuales, para referirse a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea el debilitamiento de su estado de salud a corto, medio largo plazo.

f. METODOLOGÍA.

Paradigma de la investigación.

En correspondencia con los objetivos planteados se asumirá el paradigma integrador a partir de un estudio cuanti-cualitativo. Para ello se ha concebido un estudio no experimental descriptivo y transversal.

Frente al problema actual de los cambios en la nutrición y su relación directa con la salud mental, y en cómo desarrollar mejores herramientas que permitan intervenir en dichos cambios, es fundamental una aproximación cualitativa que entregue información sobre los significados, conocimientos, percepciones y creencias que guían a las personas en su construcción sociocultural. Este enfoque no sólo tiene que ver con la búsqueda de validez de los datos obtenidos, sino con la tradición humanista en la que se han desarrollado dichas técnicas, donde la persona es valorada no como un objeto de estudio, sino como un sujeto activo y pensante.

Para el desarrollo de la investigación se utilizarán los siguientes métodos:
Teóricos: Histórico-Lógico, Análisis-Síntesis, Inductivo-Deductivo.
A través del método **Histórico-Lógico** se visualizará la trayectoria de los cambios en los patrones alimentarios del Grupo de Diabéticos del Hospital de Motupe, lo que a su vez experimenta el objeto de la realidad, desarrollo y evolución hasta el momento en que surgió la enfermedad, y cómo ha ido alterándose su salud mental.

Este método hace referencia a que en la sociedad los diversos problemas o fenómenos no se presentan de manera azarosa sino que es el resultado de un largo proceso que los origina, motiva o da lugar a su existencia.

Por medio del método **análisis –síntesis** se podrá asumir las dos variables: patrones alimentarios y salud mental de manera integral por cuanto existe correspondencia en empezar a detallar los elementos de un fenómeno (análisis) con la reconversión como suma de las partes o totalidades.

Con ayuda del método **inducción –deducción** tras una primera etapa de observación, análisis y clasificación de los hechos, se derivarán las hipótesis que solucionarán el problema planteado si la situación así lo amerita.

El material para la realización de esta tesis estará principalmente determinado mediante dos métodos de recogida de datos (recordatorio de 24 horas y la encuesta de frecuencia de consumo). Ambos métodos han demostrado ser complementarios para obtener información, con el objetivo de conocer la situación real del colectivo analizado.

Empíricos: Se aplicarán cuestionarios como:

- **Recordatorio de 24 horas:** En este cuestionario se recogerán datos sobre la alimentación real del día previo a la realización del mismo,

con el fin de estudiar ampliamente el tipo de alimentos que ingieren y que forman parte de su dieta diaria.

- **Frecuencia de consumo:** A través de este cuestionario se verán reflejadas las preferencias alimentarias y rechazos a los alimentos de consumo ocasional.

Grupos Focales: Se aplicarán estas técnicas a fin de conocer costumbres, actitudes y prácticas alimentarias que son parte de su vida y que les llevó a desencadenar en su enfermedad, lo que permitirá a su vez evaluar el conocimiento que tiene el grupo sobre nutrición, disponiendo así de datos que servirán de base para la elaboración y desarrollo del programa de intervención nutricional encaminados a propiciar estilos de vida y alimentación más saludables.

Ferias de nutrición: Se lo realizará con el fin de transmitir conocimientos, actitudes y procedimientos sanos que harán razonar sobre la necesidad del cambio y sobre el desarrollo de las habilidades y técnicas que permitirán la elección adecuada de alimentos en el lugar de compra y de consumo, así como su preparación en el hogar, debiendo recalcar que en esta actividad también deberá integrarse la familia como red de apoyo para conseguir cambios favorables, como para mantenerlos.

Para hacer la relación de la salud mental en el adulto mayor y sus nexos entre calidad de vida y familia se utilizaran los siguientes cuestionarios:

- ✓ Instrumento de apoyo social en el individuo con diabetes tipo 2.
- ✓ Prueba MTZ 2 para valorar la importancia que le da la familia al paciente diabético.
- ✓ Perfil del estilo de vida de pacientes con diabetes tipo 2.
- ✓ Escala psicoafectiva para constatar los estados emocionales vivenciados por el adulto mayor.
- ✓ Escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- ✓ Autoreporte vivencial.

g. CRONOGRAMA.

Actividad	Agosto 2011	Septiembre 2011	Octubre 2011	Noviembre 2011	Diciembre 2011	Enero 2012	Febrero 2012
Fundamentación teórica	x						
Diseño metodológico de la investigación	X	X					
Aprobación el proyecto		X					
Obtención de datos empíricos			X	X			
Procesamiento y análisis de la información				X	X		
Valoración de los resultados					X		
Elaboración del informe de investigación					X	X	
Presentación de resultados						X	
Socialización de resultados al club de diabéticos del Hospital de Motupe							X
Publicación de resultados							X

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

El financiamiento de la tesis estará basado en 2 parámetros:

- IECE
- Ingresos personales.

ITEMS	TOTAL EN DOLARES.
Trámites y otras actividades	500
Equipos de apoyo: Computadora Internet	700
Materiales de apoyo (hojas, cartuchos, CD). Fotocopias Impresiones	800
Servicio Técnico Transcripción de datos	300
Movilización al Hospital de Motupe	700
TOTAL	**$3000**

i. BIBLIOGRAFIA.

- Diabetes, una forma natural de abordar la enfermedad –Camino al ser- Investigadores de la Universidad de Toronto, disponible en Internet en: www.caminos al ser.com/
- Plan Integral de la diabetes 2007-2012, Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia.
- Chamorro L, Tesis doctoral sobre Hábitos, comportamientos y actitudes de los adolescentes inmigrantes sobre nutrición, Universidad de Granada, Granada 2007.
- Organización Panamericana de la Salud, Guía para la Atención de las personas diabéticas tipo 2, II edición, Dirección de Desarrollo de

Servicios de Salud, San José, Costa Rica 2007, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Garay Sevilla María E. Dra. El mundo emocional del paciente diabético, PDF, Universidad de Guanajuato, Instituto de Investigaciones médicas.
- Mora Eric Dr. Las emociones y la diabetes. 19 de Noviembre de 2010.
- Rodríguez R. Dr. Universidad Tecnológica América. Métodos de la Investigación I, Manta, Abril 2011, disponible en internet: www.scribd.com/doc/.../**METODO**-INVESTIGACION-I
- Barriguete Armando Dr. et al. Protocolo de Psicología para la atención de pacientes con enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular, diabetes. UNEMES, Socios por la prevención, México 2008- disponible en internet:
- www.jalisco.gob.mx/wps/wcm/connect/.../**protocolo_psicologia**.pdf?MOD...
- Rivera Valle R. El tratamiento de la diabetes por medio de la alimentación, disponible en internet: www.**diabetes**.saludparati.com/**diabetes**alime1.htm –
- Diabetes y Salud mental todo-en-salud.com/2010/12/**diabetes**-y-salud-mental - Chile-
- Ventura Ana I. Influencia de la diabetes en el deterioro cognoscitivo, Universat Jaume, Jornadas de fomento de la investigación, disponible en internet en: www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi10/psi/7.pdf
- Gómez C Luis A. Efectos del estrés y la depresión en la neurogénesis del cerebro, disponible en internet: www.diproredinter.com.ar/articulos/pdf/estres**depresion**.pdf
- Bolaños Patricia, diplomada en Nutrición humana y Dietética, Diabetes y trastornos de la conducta alimentaria “utilización de la insulina”, Instituto de Ciencias de la conducta, Sevilla 2009. PDF.
- Cuervo Antonia, Factores personales, apoyo social y estilo de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 pdf, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de enfermería, Agosto 2001.
- Martínez Brenda, Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulinodependiente, Psicología y Salud, julio-diciembre 2007, volumen 17, Universidad Veracruzana, Xalapa, Mexico.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

YO_____ **portador/a de la Cédula de Identidad Nº** _____ firmando abajo y habiendo recibido todas las informaciones en relación con la utilización y destino de la información suministrada para el proyecto de investigación titulado "SALUD MENTAL Y PATRONES ALIMENTARIOS DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL DE MOTUPE" consciente y conocedor de mis derechos abajo relacionados **ESTOY DE ACUERDO** en participar de la mencionada investigación.

1. Se le garantiza al participante recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda acerca de los objetivos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la cual está participando.
2. Se le asegura plenamente que no será identificado y que se mantendrá el carácter confidencial de la información relacionada con sus declaraciones sin que éstas ocasionen algún perjuicio en su vida personal.
3. Se asegura a los participantes que las fotografías que se tomen y grabaciones de video que se harán durante las diferentes sesiones del programa, serán solamente del conocimiento y utilización de la investigadora con fines académicos.

Tengo conocimiento de lo expuesto anteriormente y deseo participar de **MANERA VOLUNTARIA** en el desarrollo de ésta investigación.

Loja, ____ de _____ del 2012.

Firma del Participante. **Firma de la Investigadora.**

INSTRUMENTO DE APOYO SOCIAL EN EL INDIVIDUO CON DIABETES TIPO 2.

Instrucciones: El investigador deberá comentar lo siguiente con el sujeto de estudio:

1. Enumere a cada persona significativa en su vida que usted considera le proporcionan apoyo personal, que son importantes para que usted desarrolle estilos de vida saludables en el ejercicio, nutrición, manejo de estrés y responsabilidad en salud.
2. Describa el nombre de pila o iniciales y especifique el tipo de relación que tiene con usted.
3. Le comentaré preguntas, las cuales tienen las siguientes posibles respuestas:
   0= Nada, 1= Poco, 2= Moderadamente, 3= Bastante, 4= Mucho.

Relación con la persona que brinda el apoyo.	1.¿Hace el ejercicio con usted?	2.¿Lo motiva para hacer ejercicio?	3. ¿Lo felicita por hacer ejercicio?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

4. Si necesita comprar equipo (zapatos, ropa) adecuada para hacer ejercicio ¿Cuánto podría ayudarle?	5.¿Lo motiva para que siga una alimentación adecuada?	6.¿Come de los mismos alimentos que usted puede consumir?	7.¿Lo elogian por llevar una alimentación adecuada?

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

8 ¿Cuánto le apoya en la compra de alimentos que requiere de acuerdo a su dieta?	9. ¿Cuánto lo apoya para que en el día usted tenga un tiempo para relajarse o meditar?	10. ¿Le motivan para que exprese sus sentimientos?	11. ¿Cuánto le apoya para que use métodos para controlar la tensión (leer, orar, relajarse)?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

12. ¿Cuánto apoyo le daría en caso de que usted tenga que pasar varios días en cama?	13.¿Lo motiva para que se realice un examen de azúcar?	14. ¿Lo apoya para que participe en un grupo de diabetes?	15. ¿Lo elogian cuando asiste a consulta con su médico?	16. ¿Cuánto le apoyaría si necesitara comprar medicamentos?
1.				
2.				
3.				

4.				
5.				
6.				
7.				

Apoyo en	EMOCIONAL	TANGIBLE
Ejercicio		
Nutrición		
Manejo en estrés		
Responsabilidad en salud		

Prueba MTZ 2.

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer la importancia que tiene la familia para el paciente diabético. La información proporcionada será confidencial.

Instrucciones: Por favor lea con atención cada una de las siguientes preguntas y sus correspondientes opciones de respuestas, y subraye la respuesta que crea usted se aproxime más a la verdad. En las preguntas que no tienen opción múltiple, escriba sobre las líneas su respuesta. No deje preguntas sin responder. Si no llega a entender alguna pregunta, puede preguntar al coordinador con toda confianza.

1. ¿Qué hace usted cuando observa que el paciente no realiza un buen control?

A) Le explico cómo hacerlo, B) Le digo que no está bien lo que hace C) Lo regaño,

D) Lo golpeo E) Nada.

2. ¿Quién se encarga del tratamiento y cuidado del paciente?

A) Madre, B) Padre, C) Hermanos, D) Tíos, E) Abuelos, F) El mismo o nadie.

3. A partir del diagnóstico, considera que la comunicación que establece usted con el paciente

A) Ha mejorado mucho, B) Ha mejorado poco, C) Ha sido igual, D) Ha empeorado poco, E) Ha empeorado mucho.

4. ¿Cómo considera que es la relación que tiene el paciente con toda su familia?

A) Estrecha, B) No muy estrecha pero sí unida, C) Con algunos estrecha y con otros aislada. D) Aislada.

5. ¿Qué tanto ha cambiado la relación entre la familia y el paciente, desde su diagnóstico?

A) Totalmente, B) Bastante, C) Poco, D) Nada.

6. ¿Acompaña usted al paciente a las citas médicas?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.

7. Cuando el paciente se controla correctamente ¿Le hace saber?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca

8. El paciente se llega aislar de su familia

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca

9. ¿Considera usted que el paciente le tiene confianza suficiente para decirle que se siente mal?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca

10. ¿Deja usted que el paciente realice solo su control y tratamiento (automonitoreo, aplicación y dosis de insulina?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca

11. ¿Se ha dado cuenta de que el paciente lo (la) engaño con respecto a su diabetes?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.

12. ¿Regaña/reprende al paciente cuando no realiza su tratamiento adecuadamente?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.

13. ¿Siente la necesidad de estar cuidando más al paciente que a otro miembro de la familia?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.

14. ¿Cree usted que el paciente debe realizar su tratamiento de manera independiente, es decir, sin que nadie lo ayude?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.

15. ¿Se dan tiempo la familia y el paciente para convivir juntos?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.

16. ¿El paciente tiene un buen control de la diabetes?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.

17. ¿El paciente realiza ejercicio para tener un buen control diabético?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.

18. ¿El paciente acude a sus citas con su médico especialista (endocrinólogo)?

A) Siempre, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente, D) Nunca.

19. ¿Qué cantidad de información le ha dado el especialista a usted, como familiar del paciente, sobre la diabetes y su tratamiento?

A) Mucha, B) Bastante, C) Poca, D) Nada.

20. ¿Qué cantidad de información le ha dado el especialista al paciente sobre la diabetes y su tratamiento adecuado?

A) Mucha, B) Bastante, C) Poca, D) Nada.

21. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado el paciente de diabetes mellitus tipo 2?

_____

22. ¿Cuáles fueron los primeros síntomas del paciente que llegaron a detectar?

_____

23. ¿A quién se le informó del diagnóstico del paciente?

_____

24. ¿Cuáles eran/son las causas principales de hospitalización del paciente?

_____

25. ¿Sabe realmente el paciente cuál es el tratamiento más adecuado de la diabetes?

A) Sí, B) No.

26. ¿Sabe cuáles son las inquietudes o dudas que tiene el paciente con respecto a su enfermedad?

A) Sí, B) No.

27. ¿Para usted que es la diabetes?

_____

28. ¿Cómo recibió el paciente el diagnóstico?

_____

29. ¿Cómo recibió la noticia la familia, que pensaron?

_____

30. ¿Sabe el paciente con qué emociones se eleva su nivel de glucosa ¿Cuáles?

_____

31. ¿Sabe el paciente con qué emociones disminuye su nivel de glucosa ¿Cuáles?

_____

32. Cuando usted se refiere a la diabetes del paciente ¿de qué forma lo hace?

A) Muy positiva, B) Poco positiva, C) Irrelevante D) Poco negativa E) Muy negativa

33. El paciente ve a la diabetes como algo

A) Muy bueno, B) Bueno, C) Irrelevante D) Malo E) Muy malo.

34. El paciente ha cambiado su personalidad a partir de su diagnóstico como diabético?

A) Mucho, B) Bastante, C) Poco D) Nada

35. ¿Qué considera usted que sea mejor para tener un buen manejo de la diabetes del paciente?

A) Explicarle, B) Ignorarle, C) Regañarle.

36. ¿Se han alejado algunas amistades del paciente desde que supieron de su enfermedad?

A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente D) Nunca.

37. ¿El paciente come cosas a escondidas?

A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente D) Nunca.

38 ¿Tiene dificultades para saber qué dar de comer al paciente?

A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente D) Nunca.

39 ¿Ha observado al paciente ansioso a causa de la diabetes?

A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente D) Nunca

40 ¿Ha observado al paciente estresado por el control de la diabetes?

A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente D) Nunca

41 ¿La familia se ha estresado por la diabetes del paciente?

A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente D) Nunca

42 ¿Ha observado al paciente deprimido por su enfermedad?

A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente D) Nunca

43 ¿Usted se deprime por la diabetes del paciente?

A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente D) Nunca

44 ¿Alguien de la familia se deprime por la diabetes de la paciente?

A) Muy frecuentemente, B) Frecuentemente, C) Ocasionalmente D) Nunca

45 ¿Qué hace usted cuando ve al paciente deprimido?

_____

46 ¿Qué hacen sus familiares o el paciente cuando ven a alguien de la familia deprimido?

_____

47 ¿Considera que usted ha favorecido al tratamiento del paciente? ¿de qué forma?

_____

Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO 2.

Instrucciones: Este cuestionario consiste en frases que corresponden al modo en que usted vive actualmente, favor de responder a cada frase de la manera más exacta posible, tomando en cuenta que esto no es una evaluación. Indique la frecuencia con que usted lleva a cabo cada acción mencionada.

a) Registre la frecuencia con que el paciente lleva a cabo cada acción mencionada, circulando la letra que mejor corresponda.

Dónde: Nunca = N, Algunas Veces = V, Frecuentemente = F, Rutinariamente = R

ITEMS	**N**	**V**	**F**	**R**
1. Desayuna al levantarse en la mañana				
2. Relata a su médico cualquier síntoma extraño relacionado con su diabetes.				
3. Hace ejercicio para estirar los músculos al menos 3 veces por semana.				
4. Elige comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para preservar la comida.				
5. Toma tiempo cada día para el relajamiento.				
6. Conoce el nivel de azúcar en su sangre				
7. Es consciente de las fuentes de tensión en su vida				
8. Hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos 3 veces por semana.				
9. Come 3 comidas al día				
10. Lee libros o artículos sobre el cuidado de la diabetes.				
11. Lee o pregunta sobre los nutrientes de las comidas empaquetadas.				
12. Pregunta a su doctor o busca otra opinión				

cuando no está de acuerdo con lo que su médico le recomienda.				
13. Participa en programas o actividades de ejercicios físicos bajo supervisión.				
14. Incluye en su dieta alimentos que contengan fibra (granos enteros, frutas crudas, verduras crudas).				
15. Pasa de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación.				
16. Comenta con profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de su salud.				
17. Evalúa su pulso durante el ejercicio físico.				
18. Chequea su presión arterial y pregunta su resultado.				
19. Asiste a programas educativos sobre el control de la diabetes.				
20. Elige comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día.				
21. Relaja conscientemente los músculos antes de dormir.				
22. Hace actividades físicas de recreo como caminar, nadar, montar bicicleta.				
23. Se concentra en pensamientos agradables a la hora de dormir.				
24. Pide información a los profesionales de salud sobre cómo cuidarse bien.				
25. Observa diariamente su cuerpo para detectar cambios físicos o señales de peligro.				
26. Utiliza métodos específicos para controlar la tensión (leer, orar, tejer, relajarse).				
27. Asiste a programas educativos sobre el cuidado de su salud personal.				

Estilo de vida	**Número de reactivos**	**Reactivos**
Nutrición	6	1,4,9,11,14,20
Ejercicio	5	3,8,13,17,22
Responsabilidad en salud	10	2,6,10,12,16,18,19,24,25,27
Manejo del estrés	6	5,7,15,21,23,26
TOTAL	27	1-27

ESCALA PSICOAFECTIVA (CITED)

La escala psicoafectiva fue desarrollada por el Centro Ibero-latinoamericano de la Tercera Edad (CITED)

Objetivo: Constatar los estados emocionales vivenciados por los adultos mayores.

ITEMS	**Siempre**	**A veces**	**Nunca**
1. ¿Se siente usted deprimido, triste, melancólico o apesadumbrado?			
1. ¿Siente que su vida está vacía?			
2. ¿Padece usted de trastornos de sueño?			
3. ¿Ha pensado alguna vez quitarse la vida?			
4. ¿Se siente alterado o nervioso por asuntos sin importancias?			
5. ¿Se siente sin confianza o inseguro de sí mismo?			
6. ¿Se disgusta o irrita con facilidad?			

Calificación: Máximo 12 puntos.

Escala: Sin alteración afectiva: de 0 a 3.

Con alteración afectiva: de 4 a 12

De la pregunta 1 a la 5 se le otorga: 2 puntos a siempre, 1 punto a a veces y 0 puntos a nunca.

La pregunta 6 y 7 se le otorga: 1 puntos a siempre, 0.5 a a veces y 0 puntos a nunca.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Cuestionario: Escoja la respuesta e indique exactamente como se ha sentido usted en la última semana.

Pregunta a realizar	**Sí**	No
¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
¿Siente que su vida está vacía?		
¿Se encuentra a menudo aburrido?		
¿Tiene esperanza en el futuro?		
¿Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
¿Tiene a menudo buen ánimo?		
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?		
¿Se siente feliz muchas veces?		
¿Se siente a menudo abandonado?		
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?		
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?		
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
¿Piensa que es maravilloso vivir?		
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?		
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?		
¿Está muy preocupado por el pasado?		
¿Encuentra la vida muy estimulante?		
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
¿Se siente lleno de energía?		
¿Siente que su situación es desesperada?		
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		

¿Tiene problemas para concentrarse?		
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?		
¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		

Valoración global.

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: Normal

11-14: Depresión (Sensibilidad 84%; Especificidad 95%)

>14: Depresión (Sensibilidad 80%; Especificidad 100%).

Recordatorio de 24 horas.

DESAYUNO.
MEDIA MAÑANA
ALMUERZO.
MEDIA TARDE
MERIENDA.
CENA.

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS.

ALIMENTOS.	**FRECUENCIA**				
	Nunca	**Casi nunca**	**2- 3 veces / semana**	**4 -5 veces / semana**	**Diario**
Pan					
Cereales					
Huevos					
Frutas					
Leche					
Queso					
Yogurth					
Carnes y pescado					
Verduras y hortalizas					
Granos secos y tiernos					
Azucares					
Grasas					

INDICE

CERTIFICACIÓN ii

AUTORÍA iii

AGRADECIMIENTO iv

DEDICATORIA v

ESQUEMA DE CONTENIDOS vi

a. TITULO 1

b. RESUMEN 2

SUMMARY 4

c. INTRODUCCIÓN 6

d. REVISIÓN DE LITERATURA 9

DEPRESIÓN Y DIABETES 25

e. MATERIALES Y MÉTODOS 41

f. RESULTADOS 44

REACCIONES DEL PACIENTE AL MOMENTO DE RECIBIR EL DIAGNÓSTICO 44

Cuadro Nº 1 44

Cuadro Nº 2 45

Gráfico Nº 2 45

Cuadro Nº 3 46

Gráfico Nº 3 46

Cuadro Nº 4 47

Gráfico Nº 4 47

Cuadro Nº 9 56

Gráfico Nº 9 56

AUTORREPORTE VIVENCIAL 57

Cuadro Nº 10 57

Gráfico Nº 10 58

Cuadro Nº 11 59

Gráfico Nº 11 60

Cuadro Nº 1 61

PATRONES ALIMENTARIOS 62

FRECUENCIA DE CONSUMO DE LOS ALIMENTOS 62

Cuadro Nº 2 62

g. DISCUSIÓN 63

h. CONCLUSIONES 67

i. RECOMENDACIONES 70

PROPUESTA ALTERNATIVA 71

j. BIBLIOGRAFÍA 100

k. ANEXOS :PROYECTO DE TESIS. 102

a. TEMA. 103

b. PROBLEMÁTICA. 103

c. JUSTIFICACION. 109

e. MARCO TEORICO. 112

DEPRESIÓN Y DIABETES. 127

f. METODOLOGÍA. 172

g. CRONOGRAMA. 175

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO. 176

i. BIBLIOGRAFIA. 176

ANEXOS 178

INDICE 196