



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

“ALTERACIONES EMOCIONALES (DEPRESIÓN Y ANSIEDAD) Y SU
RELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES, QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE DIÁLISIS
DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO DICIEMBRE 2014-ABRIL
2015.”

TESIS DE GRADO PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA:

JESSIKA CECIVEL CABRERA CASTILLO

DIRECTOR:

DRA. ANA CATALINA PUERTAS AZANZA, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Loja, 27 de Abril del 2014

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Haber revisado de manera metodológica y sistemática el presente trabajo de investigación titulado: **“ALTERACIONES EMOCIONALES (DEPRESIÓN Y ANSIEDAD) Y SU RELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES, QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO DICIEMBRE 2014-ABRIL 2015”**, autoría de la señorita egresada **Jessika Cecivel Cabrera Castillo**, previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica, el mismo que cumple con los requisitos establecidos en el reglamento del régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el Tribunal de Grado.


.....
Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.
DIRECTORA



AUTORÍA

Todas las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autora, y eximo 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.

.....


Jessika Cecivel Cabrera Castillo

CI. 1104980295

Loja- abril del 2015



CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo **JESSIKA CECIVEL CABRERA CASTILLO**, declaro ser autora de la tesis titulada: **“ALTERACIONES EMOCIONALES (DEPRESIÓN Y ANSIEDAD) Y SU RELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES, QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO DICIEMBRE 2014-ABRIL 2015”**, como requisito para optar el grado de: Psicóloga Clínica, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los 27 días del mes de abril de del dos mil quince, firma la autora.

Firma:

Autora: Jessika Cecivel Cabrera Castillo

Cedula de identidad: 1104980295

Dirección: Ciudadela Zamora- Pasaje Santiago y Avenida Daniel Álvarez B.

Correo electrónico: jecbelcc27@hotmail.com-jessibelcc27@gmail.com.

Teléfono: 3028867-3028873 **Celular:** 0982414070

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Ana Catalina Puertas

Tribunal de Grado:

PRESIDENTA: Dra. María Susana González.

VOCAL: Dra. Alicia Costa Aguirre.

VOCAL: Dr. Nerio Silva Aguilar.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres: Francisco Cabrera y Emperatriz Castillo, a cada uno de mis hermanos por su amor y comprensión, mi familia que estuvieron apoyándome en cada paso de mi vida.

A mi novio y amigo Manu por su apoyo brindado en el transcurso de mi carrera y de la finalización de mi trabajo investigativo

Al Dr. Luis Fernando Sarmiento por sus conocimientos impartidos para el desarrollo de mi vida universitaria y profesional.

JESSIKA CECIVEL CABRERA CASTILLO



A G R A D E C I M I E N T O

La vida me ha dado la oportunidad de conocer a seres muy especiales que con su apoyo y particular motivación, me ayudaron a concluir el proyecto.

Son varias las personas que con sus consejos he logrado llegar a sitios muy lejanos, partiendo de espacios reducidos, es por ello que quiero expresar y dejar presente mis más sinceros agradecimientos:

Primera mente a Dios, por todas las bendiciones recibidas.

A mis padres, hermanos y familia entera que sin su apoyo incondicional de amor, esperanza, perseverancia no habría sido posible este logro

Al Dr. Luis Fernando Sarmiento por haber sembrado en mí el interés en este proyecto y por transmitirme sus conocimientos en todo el proceso de estudio.

A la Dra. Anita Catalina Puertas Azanza, por la supervisión en la elaboración de este trabajo.

A mi novio por tenerme paciencia en los momentos del desarrollo de la tesis, además de su incentivo y fortaleza que me transmitió.

A mis verdaderas amigas (Silvia Merino) y amigos que estuvieron allí siempre apoyándome y por brindarme su amistad incondicional.

J E S S I K A C E C I V E L C A B R E R A C A S T I L L O

ÍNDICE

Portada	I
Certificación	III
Autoría	IV
Carta de autorización	V
Dedicatoria	VII
Agradecimiento	VIII
Índice	IX
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
2.1. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	6
Capítulo 1	6
1. Salud-enfermedad	6
1.1. Síntomas de la enfermedad.	6
2. Clasificación de las enfermedades según sus causas.	6
3. Alteraciones emocionales (depresión y ansiedad).	7
3.1. Depresión.	7
3.1.1. Clasificación y cuadros clínicos.	8
3.2. Ansiedad.	12
3.2.1. Presentación clínica.	12
3.2.2. Clasificación.	13
Capítulo 2	18
4. Personalidad	18
4.1. Definición	18

4.2.	Características de los grupos de personalidad.	19
5.	Rasgos de la personalidad	19
5.1.	Rasgos de personalidad paranoide.	19
5.2.	Rasgos de personalidad esquizoide.	20
5.3.	Rasgos de personalidad Esquizotípico.	20
5.4.	Rasgos de personalidad evitativa.	21
5.5.	Rasgos de personalidad dependiente.	21
5.6.	Rasgos de personalidad anancástica.	21
5.7.	Personalidad y Enfermedad.	22
5.8.	Modelos que relacionan Personalidad y Enfermedad.	22
5.9.	Factores de Personalidad en la Diabetes.	23
5.10.	Estudios de Personalidad y Control de Glucemia.	24
5.11.	Personalidades premórbidas en relación con la Diabetes.	25
	Capítulo 3	26
6.	Diabetes	26
6.1.	Definición.	26
6.2.	Etiología.	26
6.3.	Síntomas y Signos.	26
6.4.	Clasificación y Etiopatogenia.	26
6.4.1.	Diabetes Mellitus tipo I.	27
6.4.2.	Diabetes Mellitus II.	28
6.4.3.	Otros tipos específicos de diabetes.	28
6.5.	Factores de riesgo.	29
6.6.	Complicaciones de la enfermedad.	29
6.6.1.	Enfermedad Microvascular Coronaria.	30
6.7.	Características de enfermedad crónica como la Diabetes.	30
6.8.	Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes	30
7.	Tratamiento.	31
5.	MATERIALES Y MÉTODOS	33

6. ANÁLISIS DE DATOS	38
7. DISCUSIÓN	46
8. CONCLUSIONES	52
9. RECOMENDACIONES	54
9.1.PLAN DE INTERVENCIÓN	55
10. BIBLIOGRAFÍA	98
11. ANEXOS	102

1. TITULO

“ALTERACIONES EMOCIONALES (DEPRESIÓN Y ANSIEDAD) Y SU RELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES, QUE ASITEN A LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO DICIEMBRE 2014-ABRIL 2015”



2. RESUMEN

La investigación denominada “ALTERACIONES EMOCIONALES (DEPRESIÓN Y ANSIEDAD) Y SU RELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES, QUE ASITEN A LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO DICIEMBRE 2014- ABRIL 2015”, se realizó con la finalidad de identificar las alteraciones emocionales (Depresión y ansiedad) y la relación con los rasgos de personalidad, resultados que ayudaron a comprender la situación emocional actual del paciente. El estudio de la presente investigación fue de tipo cuantitativo-descriptivo, analítico; la muestra se constituyó por 27 pacientes de la unidad de Diálisis; los instrumentos psicológicos aplicados: Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton, que ayudaron a evaluar las alteraciones emocionales y el test de personalidad de Millon-III, para evaluar la personalidad. Los resultados señalan que la ansiedad y depresión coexisten en los pacientes Diabéticos; que el rasgo de personalidad dependiente es el que sobresale cuyo factor constitucionales neuroticismo; mediante la relación de las variables se evidenció la coexistencia de ansiedad y/o depresión en la personalidad con rasgos de dependencia. Se concluye que los pacientes Diabéticos de la Unidad de Hemodiálisis están expuestos a padecer ansiedad y/o depresión por el hecho de asistir tres veces a la semana y estar conectado a una maquina por 4 horas, además de los problemas en áreas familiares, laborales, sociales; por ello se plantea el plan de intervención psicológico encaminado a brindar un tratamiento integral a las pacientes para estabilizar sus estados emocionales y mejorar su calidad de vida.

Palabras Claves: Ansiedad, Depresión, Rasgos de personalidad, Plan de intervención, Diabetes Mellitus.

2.1. ABSTRACT

The investigation called "EMOTIONAL CHANGES (DEPRESSION AND ANXIETY) AND ITS RELATIONSHIP WITH PERSONALITY TRAITS IN PATIENTS WITH DIABETES, THAT ASITEN A DIALYSIS UNIT OF HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIOD DECEMBER 2014-APRIL 2015", was performed in order to identify emotional disorders (depression and anxiety) and relation with the personality traits, results helped to understand the current emotional state of the patient. The study of the present research was type quantitative – descriptive-analytic; the sample consisted of 27 patients Dialysis Unit; the applied psychological instruments: Anxiety Scale and Hamilton Depression, what helped to evaluate the emotions; personality test Millon – III, for evaluate the personality.

The results indicate that the anxiety and depression coexist in Diabetic Patients; the personality trait is dependent on the protruding whose constitutional factor is neuroticism, through relation of the variables was found the coexistence of anxiety and/or depression in the personality traits of dependence.

See concluded that the patients Diabetic the Dialysis Unit there suffer anxiety and/or depression for the event the aid three turns in the week and be connect up to The study corroborates the importance should be given to machine for four hours, moreover of the problems in the area familiar, labors, social; of it see set up the psychological intervention plan emotional guide a to offer a treatment integral the patients, for stabilize the state emotional and improve their quality of life.

Keywords: Anxiety, Depression, Personality Traits, Intervention Plan, Diabetes Mellitus.

3. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y con probabilidad de aumento al doble para 2035. Según MSP en el Ecuador existen alrededor de dos millones de personas diagnosticadas con diabetes. A nivel local se evidencia un 44% aproximadamente.

A nivel social la Diabetes afecta a la mayoría de las personas, es una de las más demandantes en términos económicos, físicos y psicológicos; y puede complicarse con otras enfermedades de tipo médico o psicológico, influyendo en su exacerbación.

La presencia de síntomas depresivos y ansiosos puede llevar a un mal control de la DM, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo.

La personalidad del paciente es otro factor clave que está relacionado con la presencia de la ansiedad y/o depresión, por el continuo cambio, de acuerdo a la situación que se presente para percibir, sentir, actuar y adaptarse al ambiente.

La presente investigación sobre las **“ALTERACIONES EMOCIONALES (DEPRESIÓN Y ANSIEDAD) Y SU RELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES, QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, PERIODO DICIEMBRE 2014-ABRIL 2015”** constituye un trabajo encaminado a identificar las alteraciones emocionales (depresión y ansiedad) y su relación con rasgos de personalidad, como objetivo general.

El estudio planteo como objetivos específicos: la presencia de ansiedad y/o depresión; identificación del rasgos de personalidad; relacionar en que rasgos de personalidad se presenta las alteraciones emocionales; e implementar una guía intervención psicológico.

La metodología que se llevó a cabo, primeramente se utilizó un tipo de estudio cuantitativo-descriptivo-analítico con una muestra de 27 pacientes que asisten a la Unidad de Tratamiento de Diálisis tomando en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y salida. Para la recolección de los datos las herramientas utilizadas fueron la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton, y, el Test de Personalidad de Millon M C M I-III.

Los resultados de las herramientas psicológicas: señalan que la ansiedad y depresión coexisten en los pacientes Diabéticos, que el rasgo de personalidad dependiente es el que sobresale cuyo factor constitucional es neuroticismo, mediante la relación de las variables se comprobó la coexistencia de ansiedad y/o depresión en la personalidad con rasgos de dependencia.

Lo que permitió concluir que los pacientes Diabéticos que asisten a tratamiento a la unidad de Diálisis están expuestos a padecer ansiedad y/o depresión, no solo por acudir tres veces a la semana y estar conectado a una maquina por 4 horas, están las dificultades en áreas familiares, laborales, escolares, socioeconómicas, o por coexistir esta enfermedad medica-crónica con otras, esto asociado a otros factores, intervienen para que el paciente desarrolle algún tipo de alteración emocional, o que se exacerbe la sintomatología de la Diabetes, y dependerá del rasgo de personalidad que presente dicho paciente.

Se diseñó el Plan de Intervención Psicológico encaminado a las necesidades del paciente para brindar los instrumentos y herramientas necesarias para la recuperación y mantenimiento de la Salud Mental. Finalmente se recomienda instaurar programas en atención en salud mental, hacer despistajes para determinar la prevalencia de las patologías psicológicas, y reevaluar el plan terapéutico para verificar la su eficacia.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

Capítulo 1

1. Salud-enfermedad

Conceptos.

Salud: “Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social; y no solamente la ausencia de enfermedad.” Barrera L., & Cols. (2010).

Enfermedad: “El término proviene del latín infirmitas que significa “falta de firmeza” y consiste en un proceso que se presenta en un ser vivo y altera su estado normal de salud.” Barrera L., & Cols. (2010).

Se podría decir que es una alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado bienestar.

1.1. Síntomas de la enfermedad.

Aparecen como consecuencia de la enfermedad, y producen alteraciones en los parámetros fisiológicos (fiebre, aumento de neutrófilos...) dolor, alteración del comportamiento.

2. Clasificación de las enfermedades según sus causas.

Macías (2006) M enciona la siguiente:

Traumáticas: se deben a agresiones mecánicas que producen lesiones o fracturas

Toxicas: debido a la entrada en el organismo de sustancias perjudiciales.

Infecciosas: producidas por algún organismo patógeno, virus o bacterias (Sida).

Metabólicas: alteración en alguna de las reacciones químicas que tienen lugar en los seres vivos (diabetes, obesidad).

Degenerativas: alteración de tejidos (arteriosclerosis).

Neoplásicas: crecimiento anormal de células (cáncer)

Psíquicas (mentales): alteración del comportamiento

Ambientales: debido a agentes físicos o químicos del medio (quemaduras).

3. Alteraciones emocionales (depresión y ansiedad).

Dentro de las alteraciones emocionales y psicológicas que pueden incitar o las enfermedades crónicas degenerativas están:

3.1. Depresión.

“La depresión se conforma por un grupo heterogéneo de trastornos afectivos caracterizado por estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia, e ideación suicida.” Macías (2006)

3.1.1. Clasificación y cuadros clínicos.

Según la clasificación del DSM -5 (2014) el cuadro clínico de un episodio depresivo se presenta de la siguiente forma:

Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

Que se caracteriza por la presencia de accesos de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento cuya intensidad o duración son

desproporcionadas a la situación o provocación, mismos que se producen en término medio, tres o más veces por semana.

“El estado de ánimo es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas”. Estos síntomas han estado presentes durante 12 o más meses pero existirá un periodo de tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas, además estarán presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.” Barrera & Cols (2010)

Según DSM -5 el primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

Trastorno de depresión mayor.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) describe: Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo ; son estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer; pérdida importante de peso o disminución o aumento del apetito, Insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos de sustancias

Así mismo los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por incapacidad funcional, preocupaciones de inutilidad, e ideación suicida.

Además hay que especificar su gravedad si es Leve, moderado, Grave; Con características psicóticas, en remisión parcial o en remisión total; No especificada.

Trastorno depresivo persistente (distimia).

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM -IV .

Se “caracteriza por estado de ánimo deprimido, durante un mínimo de dos años” esto mediante la referencia de terceros”. Asociación americana de Psicología (AAP, 2014)

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

Por otra parte presencia, durante la depresión, de los síntomas siguientes: Poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza, estos durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas durante más de dos meses seguidos.

Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años, no hay criterios para el trastorno ciclotímico.

Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento). Y causaran malestar clínicamente significativo o deterioro en

lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Asociación Americana de Psiquiatría AAP, (2014).

Trastorno depresivo debido a otra afección médica.

La Asociación Americana de Psiquiatría (AAP, 2014) refiere que es un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido una disminución notable del interés o placer por actividades. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental y provocara deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Además hay que *especificar* si es:

Con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

Con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.

Con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía pero no predominan en el cuadro clínico.

“También es importante incluir el nombre de la otra afección médica misma que se codificara, en el nombre del trastorno mental (trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas).” Asociación Americana de Psiquiatría AAP, (2014).

Trastorno depresivo no especificado.

“Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica.” Asociación Americana de Psiquiatría (AAP, 2014) a continuación especifica los trastornos:

Depresión breve recurrente: “Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes, durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.” Asociación Americana de Psiquiatría AAP, (2014).

Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro los síntomas secundarios del episodio de depresión mayor deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días”. Asociación Panamericana de Psiquiatría (AAP, 2014)

Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro síntomas secundarios de un episodio de depresión mismos que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar.” Asociación Panamericana de Psiquiatría (AAP, 2014)

La depresión es un síndrome en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, “en mayor o menor grado, también están

presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.” Kaplan y Sadock (1996)

Epidemiología.

Según Jesús de la Gándara (2010) en su estudio señala: el 25 % de la población padece al menos una vez en su vida una depresión; esta asocian con más frecuencia a otras enfermedades mentales y médicas; afecta el doble a mujeres entre los 30-35 años mientras que a los varones es muy poco, se dice que si es casado tienen menos depresiones, pero en ellos la depresión puede aumentar con la edad. Entre el 10-20 % de las personas que van al médico general tienen depresión; el 50 % de los pacientes que ve un psiquiatra son depresivos/as; el 80% de los depresivos/as no reciben un tratamiento correcto.

Macías (2006), describe que la base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas **enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.**

3.2. Ansiedad.

Definición: “La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Estas síntomas surgen a partir de una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Los síntomas que se presentan son a nivel fisiológico, psicológicos, cognitivos y conductuales” Caballo, V. (2004).

Podemos agregar que las **causas de la ansiedad** pueden ser múltiples y el proceso de producción de la misma, no necesariamente debe ser desde lo orgánico hacia lo psíquico.

De acuerdo a los niveles de ansiedad esta puede ser hasta cierto punto saludable, pero cuando ya sobrepasa los límites se llega a un trastorno.

3.2.1. Presentación clínica.

Kinder, Kamarck, Baum & Orchard (2002) señalan que los signos y síntomas son comunes para todos los trastornos, así están:

A. **Tensión motora.** El paciente se muestra tembloroso, inquieto, sujeto a continuos sobresaltos, con sacudidas musculares, a veces mialgias y cefaleas, la cara tensa, el ceño fruncido y un aumento de actividad sin meta que puede acabar en agitación psicomotriz o total inhibición.

B. **Hiperactividad autónoma.** Como consecuencia de ello aparecen múltiples síntomas somáticos como palpitaciones, dolores precordiales, hiperventilación, sensación de ahogo, debilidad, sudoración profusa, náuseas y vómitos, diarrea, micción imperiosa, parestesias, escalofríos, etc.

C. **Expectación aprensiva.** Es común una preocupación por el futuro tanto del paciente como de sus allegados, destacando sobre todo lo referente a su salud.

D. **Actitud de vigilancia y escrutinio.** El paciente suele estar irritable, le cuesta mantener la atención y concentrarse. Está en estado de hipervigilia por lo que puede presentar insomnio de conciliación y mantenimiento.

3.2.2. Clasificación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) en el CIE-10 menciona:

La crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

“**La agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.” Asociación americana de Psiquiatría (AAP, 2014)

“**El trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.” Asociación americana de Psiquiatría (AAP, 2014)

El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

“**La agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.” Asociación americana de Psiquiatría (AAP, 2014)

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El trastorno por estrés postraumático “se caracteriza por la re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma” Caballo, V. (2004).

El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

“El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.” Asociación americana de Psiquiatría (AAP, 2014)

“El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.” Asociación americana de Psiquiatría (AAP, 2014)

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

“El trastorno de ansiedad no especificado se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos

de ansiedad específicos y mencionados”. Asociación americana de Psiquiatría (AAP, 2014)

Ugalde (2010) Refiere los **trastornos del estado de ánimo** (trastorno bipolar, trastorno depresivo) suelen afectar al sueño y pueden tener como consecuencia tanto insomnio como hipersomnio. Así, por ejemplo, la disminución de la necesidad de dormir es una característica que se produce casi invariablemente en los episodios maníacos. El individuo permanece despierto, con una enorme energía y sin manifestar síntomas de cansancio.

“Las depresiones también afectan el sueño, respecto al tipo de insomnio, los episodios depresivos vienen asociados a cualquiera de las tres modalidades (retardo en conciliación del sueño, despertares nocturnos o despertar temprano), si bien parece que las características principales del insomnio asociado a depresión son los despertares frecuentes a lo largo del periodo de sueño y transcurrir periodos de tiempo prolongados en la cama.” Choliz (1994)

“Las alteraciones en el ciclo sueño-vigilia es muy frecuente en enfermedades crónicas-degenerativas y terminales, ya sea por la preocupación hacia la enfermedad o por los signos y síntomas que provoca la enfermedad”. Kaplan & Sadocks (1996)

El círculo familiar.

La estructura familiar se define como la organización de las interacciones familiares y debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian.

Las enfermedades crónico-degenerativas ponen en riesgo la vida de quien la sufre y alteran las actividades diarias de los otros integrantes de la familia.

Gimeno (2011), Manifiesta que cuando se presenta una enfermedad en la familia, se modifica su estructura y dinámica; “se altera su jerarquía, las fronteras, roles y estilos de relación, quedando vacío en las funciones familiares lo que genera un desequilibrio en la familia.”

Capítulo 2

4. Personalidad

4.1. Definición

La personalidad es considerada como una estructura interna formada por factores biológico, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción, la misma que hace que cada ser humano desarrolle distintas manera de pensar, percibir, actuar y de interrelacionarse con los demás. La personalidad se encuentra en continuo cambio, no puede permanecer estática

Quintanar (2003), da a conocer que la personalidad con el tiempo al individuo le va haciendo que se retoque y se muestre tal y como es y de eso depende como reaccione o se adapte a las diferentes circunstancias que se presentan en la vida. Esto hace que la persona construya su propia identidad, a través del conjunto de rasgos y que colectivamente con otros aspectos como el carácter y temperamento describen a la persona.

Carácter: “se forma por aquellos aspectos psicológicos, se ve afectado rotundamente por el medio ambiente, la cultura y el entorno social donde cada persona se forma. Es decir no es innato y cambia con el tiempo. Tiene tres componentes; la emotividad, la actividad y la resonancia” Caballo, V. (2004).

Temperamento: “está formado por aquellos aspectos fisiológicos, que colaboran con las conductas sociales, nacemos con ellos y lo heredamos a través de los genes, por tal motivo no es modificable” Caballo, V. (2004).

Rasgo: No son más que las disposiciones persistentes e internas que hacen que el individuo piense, sienta y actué, de manera característica.

4.2. Características de los grupos de personalidad.

A continuación se detalla las características de cada uno de los según el modelo de Vaillant y Perry. (2001)

GRUPO A-I, su factor constitucional es psicoticismo, en cuanto a la descripción son “raros y excéntricos”; los tipos que perteneces están paranoide, esquizoide, esquizotípico; en cuanto a los mecanismo defensivos esta la proyección, fantasía

GRUPO B-II, “su factor constitucional es “impulsividad, extroversión”, en cuanto a la descripción son dramáticos-eróticos; los tipos que pertenecen están histriónico, narcisista, antisocial, límite; en cuanto a los mecanismo defensivos esta la disociación, paso al acto (actingout), escisión” Vaillant y Perry. (2001)

GRUPO C-III, “su factor constitucional es “neuroticismo e introversión”; en cuanto a la descripción son ansiosos-temerosos; los tipos que pertenecen están evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo; en cuanto a los mecanismo defensivos está el aislamiento, hipocondría y agresión pasiva” Vaillant y Perry. (2001)”

5. Rasgos de la personalidad

De acuerdo a Larsen, R. J., & Buss, D. (2005) todas las personas tienen rasgos o aspectos de personalidad de que, cuando son llevados a un extremo, son considerados trastornos. Es importante aclarar que el que tenga el rasgo no significa que padezcamos un trastorno.

A continuación se definirá las personalidades que con mayor frecuencia se presentan en enfermedades crónicas.

5.1. Rasgos de personalidad paranoide.

“Estas personalidades presentan los siguientes rasgos: indiferencia sobre rasgos, desconfianza ante nuevas amistades, tendencia al rencor, propensión a los celos, expansividad del yo, con características de liderazgo, generosidad por poder, tendencia a la frialdad, el egocentrismo o la rigidez, interesados por el poder o el rango social, propensión a ser muy competentes.” Gómez (2014)

Este tipo de personalidad es susceptible a padecer enfermedad crónica, como enfermedades cardiovasculares.

5.2. Rasgos de personalidad esquizoide.

Frialdad afectiva, dificultades establecimiento relaciones personales. “Su mundo interior les resulta suficiente y sus ideas las consideran de valor objetivo, siendo capaces de llevar direcciones opuestas a las de la normalidad grupal de su entorno y de desafiarlas, tendencia a la fantasía, incapacidad relativa para sentir placer. Puede ser más prevalente en los familiares de los sujetos con esquizofrenia o con trastornos esquizotípico de la personalidad.” Gómez (2014)

Este tipo de personalidad son susceptibles a padecer enfermedades crónico degenerativas, como enfermedades cardiovasculares, similar a la anterior.

5.3. Rasgos de personalidad Esquizotípico.

Gómez (2014), refiere que las personas que lo presentan tienen un patrón de déficit social o interpersonal, no cuentan con amigos íntimos. Además tienen distorsiones cognitivas y de pensamiento y un comportamiento excéntrico con ideas de referencia, creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, clarividencia, telepatía sexto sentido).” Su Afectividad es inapropiada o restringida, comportamiento o

aparición raros, excéntricos o peculiares, desconfianza y ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

Su prevalencia es del 3% de la población general.

Esta personalidad es susceptible a padecer enfermedades crónicas degenerativas, como enfermedades cardiovasculares.

5.4. Rasgos de personalidad evitativa.

“Inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, miedo a la crítica y rechazo, se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás” Larsen, R. J., & Buss, D. (2005).

Esta personalidad forma parte del grupo C, por lo que las personas con este tipo son propensas a enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer y diabetes.

5.5. Rasgos de personalidad dependiente.

“Conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado con miedo a la separación, no toma decisiones ni responsabilidades a menos que no tengan la aprobación de otras personas. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación., se siente incapaz de cuidarse a sí mismo.” Larsen, R. J., & Buss, D. (2005).

Esta personalidad es susceptible a padecer enfermedad crónica.

5.6. Rasgos de personalidad anancástica.

“Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, Se preocupa por los detalles, las

normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad, es consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores.” Larsen, R. J., & Buss, D. (2005).

Las personas con estos rasgos de personalidad, tienen propensión a padecer enfermedad crónica como cáncer y diabetes.

5.7. Personalidad y Enfermedad.

En la antigüedad, Hipócrates (500 A.C.) planteaba que la salud se relacionaba con el equilibrio de los cuatro humores corporales: *sangre, flema, bilis negra y bilis* los que a su vez determinaban un tipo de temperamento específico en el individuo: *sanguíneo, flemático, melancólico y colérico*, respectivamente. Por otra parte, Galeno (132-201 D.C.) propuso que el equilibrio de las “pasiones” era esencial para la salud física. De hecho, las reacciones emocionales desajustadas se consideraban causa de enfermedades como el derrame cerebral, el asma, úlceras e incluso de la propia muerte.

“Estas creencias persisten durante la Edad Media y el Renacimiento hasta la llegada de la medicina moderna en el siglo XIX, donde la tendencia predominante apuntaba hacia una medicina más científica en la formación del conocimiento y la práctica médica, marginando las creencias que relacionaban la enfermedad física con las alteraciones emocionales” Spagnuolo, A. M. (2010).

Larsen & Buss (2005), Mencionan algunas de las principales causas de muerte y de enfermedad se relacionan con factores del estilo de vida, como el consumo de tabaco, de alcohol, déficit en la dieta, falta de ejercicio y estrés. De este modo, los factores psicológicos se han constituido como un elemento importante en el desarrollo de la enfermedad. La personalidad, por tanto, puede tener efectos para toda la vida en la salud.

En este contexto, la relevancia de la investigación en factores psicológicos asociados a distintas enfermedades es fundamental no sólo para la comprensión de la enfermedad en sí, sino también para mejorar la calidad de vida y reducir la tasa de mortalidad prematura (antes de los 65 años) mediante estrategias para modificar estilos de vida poco saludables.

5.8. Modelos que relacionan Personalidad y Enfermedad.

Medicina Psicosomática.

“La idea que *mente* y *cuerpo* se relacionan ha sido un tema de interés desde la Antigüedad. Varias corrientes filosóficas y clínicas han intentado determinar la conexión entre mente y cuerpo y su interacción. Es así como en el siglo XIX, Heinroth introduce en 1818 el concepto “*enfermedad psicosomática*” para explicar la etiopatogenia de las enfermedades a través de factores psicológicos”. Porcelli (2014)

Félix Deutsch, discípulo de Freud propone el término *medicina psicosomática*, para explicar la condición de que las emociones y la personalidad influyen en las funciones corporales, contribuyendo en la etiología y patología de una enfermedad.

Remor (2006) Detalla que la mayor parte de los fundadores de la psicosomática moderna provenían del movimiento psicoanalítico y su interés se centró en el estudio de enfermedades como el asma, alergias, jaquecas, alteraciones digestivas, eczema, soriasis, úlcera gástrica y duodenal, hipertensión esencial, artritis reumatoide, entre otras, y fundamentalmente la relación entre conflictos emocionales específicos, estructuras de personalidad y enfermedades somáticas.

Según Sivak & Wiater (1997) refieren que Alexander (1939) y los fundadores de la Escuela de Chicago distinguen entre enfermedades mentales, enfermedades somáticas y

enfermedades psicosomáticas como las nombradas en párrafos anteriores. Proponen que existe una relación entre conflicto psíquico, una organización de personalidad particular y el surgimiento, agravamiento o mantención de la enfermedad. De este modo, el enfoque plantea que toda persona con alguna de estas o algunas otras enfermedades, representaría un tipo de personalidad específico.

5.9. Factores de Personalidad en la Diabetes.

“Un número considerable de investigaciones se ha centrado en determinar rasgos de personalidad y su relación con la regulación de glucosa en personas con Diabetes. No obstante, los resultados de dichas investigaciones no presentan acuerdo entre ellos, obteniendo conclusiones contradictorias” Cornelio, P. (2012).

5.10. Estudios de Personalidad y Control de Glucemia.

Según Mousono (2014), refiere que uno de los hallazgos consistió en que sujetos diagnosticados con un desorden de personalidad mediante el Cuestionario TPQ, presentan un pobre control de glucosa frente a aquellos que no clasificaron para este diagnóstico. Además, se encontró que pacientes con Diabetes tipo I presentaban mayor prevalencia en cualquier desorden TPQ o rasgos de personalidad que en pacientes con Diabetes tipo II.

5.11. Personalidades pre mórbidas en relación con la Diabetes.

Conde (1999), aporta que en el campo de la prevención de la salud, un tema de atención prioritaria lo constituye la identificación de los factores de riesgo para una enfermedad determinada. Entre ellos, los factores biológicos y los medioambientales han sido habitualmente los más estudiados. Sin embargo, la identificación de elementos de riesgo de la personalidad pre mórbida tiene precedentes importantes en las Ciencias de la

Salud. Así las formulaciones del patrón de conducta tipo A (riesgos cardiovasculares), cuyos rasgos principales serían la cólera, hostilidad o agresividad; o bien el patrón de tipo C (riesgos de cáncer, Diabetes), con actitudes de abierta cooperación, cumplidores, de inhibición de sus emociones, etc., han definido unos perfiles con una alta correlación estadística y con unas interesantes proyecciones en el campo de la prevención.

Capítulo 3

6. Diabetes

6.1. Definición.

“Es una enfermedad crónica degenerativa que se presenta cuando el páncreas no produce insulina, o bien, la que se produce no es utilizada de manera eficiente por el organismo; ésta es la hormona responsable de que la **glucosa** de los alimentos sea absorbida por las células y dotar de energía al organismo” Harrison. (2006).

6.2. Etiología.

Fernández, Amigo & Pérez (2003), definen a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglucemia crónica se asocia en el largo plazo daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

6.3. Síntomas y Signos.

Merck (2011). Menciona que el síntoma más usual de la Diabetes Mellitus es la hiperglucemia, que trae consigo una serie de sintomatología asociada como la diuresis osmótica provocada por la glucosuria, aumentando la frecuencia urinaria, poliuria, polidipsia y que puede evolucionar a la hipotensión ortostática y deshidratación. Producto de la deshidratación se origina un estado de fatiga física y mental. De acuerdo a la fluctuación en el plasma de los niveles de glucosa, los síntomas pueden variar

Merck (2011), Refiere que otros síntomas asociados a la hiperglucemia son la pérdida de peso, náuseas y vómitos, visión borrosa y puede predisponer a infecciones

bacterianas o fúngicas. Es usual que las personas con Diabetes tipo I presenten hiperglucemia sintomática, y en ocasiones, acompañada de cetoacidosis diabética³. Algunos de estos pacientes pueden presentar una fase donde los niveles de glucosa son casi normales ya que existe una recuperación parcial en la producción de insulina.

Kusuya (2011) Aporta que las personas con Diabetes tipo II también pueden presentar hiperglucemia sintomática, pero por lo general son asintomáticos. Por tal motivo, ciertos pacientes presentan como primer síntoma alguno de los tipos de complicaciones diabéticas

6.4. Clasificación y Etiopatogenia.

La enfermedad puede ser clasificada según sus características clínicas, incluso sin contar con la información necesaria a la etiología subyacente

Existen diversos tipos de Diabetes; sin embargo, para efectos de esta investigación nos centraremos en la Tipo I y Tipo II, debido fundamentalmente a su epidemiología.

6.4.1. Diabetes Mellitus tipo.

“Caracterizada por una destrucción de las células beta pancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes)” Kusuya, M. T. (1997).

Según Merck (2011) este tipo de diabetes representa entre el 10 al 15% de los casos con Diabetes Mellitus.

Sub-grupos:

Diabetes autoinmune: “con marcadores positivos en un 85-95% de los casos, anticuerpos antiisletos (ICAs), antiGADs (*decarboxilasa del ac. glutámico*) y anti

tirosina fosfatasa IA 2 e IA 2 B. Esta forma también se asocia a genes HLA” Kusuya, M. T. (1997).

Diabetes idiopática: “Con igual comportamiento metabólico, pero sin asociación con marcadores de autoinmunidad ni de HLA” Kusuya, M. T. (1997).

6.4.2. **Diabetes Mellitus II.**

Who (2003), Refiere que se caracteriza por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica).

Con frecuencia, este tipo de Diabetes es diagnosticada en forma tardía debido a que la hiperglucemia no llega a ser lo suficientemente grave para provocar síntomas; esto aumenta las probabilidades de desarrollar complicaciones macro y microvasculares.

Entre los factores que aumentan el riesgo de desarrollar Diabetes tipo II se encuentran la edad, la obesidad y la falta de actividad física. Además, este riesgo se incrementa aún más en mujeres que han padecido Diabetes gestacional, personas con hipertensión o dislipidemia; también se asocia a una predisposición genética, aunque para este tipo de Diabetes este aspecto todavía no está claramente definido

6.4.3. **Otros tipos específicos de diabetes.**

Piedrola, Rey & Domínguez (1994), mencionan a pacientes con defectos genéticos en la función de la célula beta como las formas llamadas MODY (maturity onset diabetes of the young); otros con defectos genéticos de la acción de la insulina; otros con patologías pancreáticas (pancreatectomía, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, neoplasia del páncreas, hemocromatosis); endocrinopatías (Cushing, acromegalia, glucagonoma,

feocromocitoma). Algunos fármacos o tóxicos pueden producir diabetes secundaria. Otro tipo de diabetes que se da en el curso de un embarazo denominándose diabetes gestacional, misma que puede desaparecer al finalizar el embarazo.

6.5. Factores de riesgo.

Cornelio (2012), menciona que Los factores de riesgo de esta enfermedad dependen del tipo de diabetes. En el caso de la tipo I, también conocida como diabetes juvenil, la causa una acción autoinmune del sistema de defensa del cuerpo que ataca a las células que producen la insulina y se presenta en pacientes con antecedentes familiares directos. La tipo II, además del antecedente heredofamiliar, depende de estilos de vida como son el sobrepeso, dieta inadecuada, inactividad física, edad avanzada, hipertensión, etnicidad e intolerancia a la glucosa; además, en las mujeres se presenta en aquellas con antecedente de diabetes gestacional y alimentación deficiente durante el embarazo.

6.6. Complicaciones de la enfermedad.

Uno de los mayores riesgos de mala adherencia al tratamiento en la Diabetes Mellitus, como la hiperglucemia mal controlada, es el desarrollo de múltiples complicaciones como afecciones macro y/o microvasculares.

6.6.1. Enfermedad Microvascular Coronaria.

Kinder, Kamarck, Baum & Orchard (2002), definen que la enfermedad microvascular consiste en el estrechamiento o vasoconstricción de los vasos sanguíneos pequeños del cuerpo, ocasionando daño en la piel. Dentro de las enfermedades microvasculares se menciona las siguientes: retinopatía Diabética, nefropatía Diabética, neuropatía Diabética, polineuropatía simétrica, neuropatía autonómica, radiculopatía, cardiomiopatía entre otras.

6.7. Características de enfermedad crónica como la Diabetes.

De acuerdo a Merck (2011), menciona las siguientes:

Son de padecimiento Incurable, permanente e irreversible con períodos de remisión y recaídas; Multicausalidad o plurietiología, están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo; No Contagiosas, no están producidas por agentes microbianos, por lo tanto no pueden transmitirse; Incapacidad Residual: dejan secuelas psicofísicas y por tanto disminuyen la calidad de vida; Rehabilitación, requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados; Importancia Social, determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan; Prevenibles, tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz; Sentimientos de pérdida, se generan en el paciente respecto a su vida anterior.

6.8. Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes

Junto con la ansiedad, la depresión parece ser una de las psicopatologías más frecuentes en los pacientes Diabéticos.

Lustman & Clouse (2007), en sus estudios previos han determinado que existe un aumento en la prevalencia de enfermedades psiquiátricas, particularmente trastornos afectivos y de ansiedad, en pacientes con Diabetes, quienes presentan una pobre regulación de la glucemia. Se considera, además, que la depresión clínica y subclínica está presente en más del 25% de pacientes con Diabetes tipo I y II.

Peralta (2007), explica que la depresión puede estar presente tanto en fases previas al desarrollo de la Diabetes, y la incidencia se da mayormente en la población femenina.

La investigación realizada por Anarte y colaboradores. (2010) señala que altas puntuaciones en ansiedad y en depresión se encuentran asociadas a una disminución en la calidad de vida en personas que padecen Diabetes Mellitus tipo I, lo que podría repercutir en la presencia de complicaciones médicas propias de la enfermedad.

Fierro (1996), en estudios ha observado que cuando no hay riesgo de fallecimiento el nivel de ansiedad predice la supervivencia de los pacientes Diabéticos, incluso mejor que las variables médicas. Todo parece indicar que la ansiedad generalizada y mantenida perjudica no sólo el bienestar de los pacientes diabéticos, sino también sus condiciones físicas

7. Tratamiento.

Vega & González (2009), según estos autores el principal objetivo del tratamiento es el control de la hiperglucemia para aliviar los síntomas, prevenir las complicaciones y reducir al mínimo los episodios de hipoglucemia.

González (2010), aporta que las metas del control glucémico son mantener los niveles de glucosa entre 80 y 120 mg/dL durante el día; entre 100 y 140 mg/dL antes de dormir y los niveles de hemoglobina glucosilada bajo el 7%. En pacientes frágiles, en quienes experimentan hipoglucemias repetidas y en quienes no pueden comunicar la presencia de estos síntomas (por ejemplo, niños, jóvenes) es recomendable ajustar estas metas

Los aspectos clave en el tratamiento de todo paciente diabético son la educación sobre la enfermedad, el asesoramiento dietético, la actividad física y el seguimiento de control de la glucosa..

Apoio psicológico para pacientes con diabetes.

Last (2011), Manifiesta que se debe de actuar de acuerdo con los diagnósticos, pero a la vez, debe de tener en cuenta unos objetivos que dependen de cada situación de cuidados.

1. Ayudar al paciente y a la familia en el proceso de adaptación al cambio, promoviendo la aceptación del rol de paciente diabético y el nivel máximo de independencia posible.
2. Ayudar al paciente a obtener un nivel suficiente de calidad de vida, que le proporcione sentimientos de bienestar y aporte esperanza de futuro.
3. Asimismo, la relación que se establece entre el profesional de la salud y el enfermo tiene una gran importancia. El paciente en este encuentro deposita en el personal de salud una serie de "productos" (dolores, sufrimientos) cargados de afectividad (miedos, angustias y un grado de incapacitación).
4. Informar acerca de la enfermedad, curso y pronóstico, así como las consecuencias previsibles o potenciales que puede significar.
5. "Entrenar al paciente en todas aquellas habilidades y competencias de autocuidado que la persona necesita poseer, para asegurar la satisfacción de sus necesidades básicas (físicas, psicológicas y sociales)."
6. Informar al paciente y familia sobre las redes de ayuda (asociaciones o grupos de autoayuda, servicios especializados en salud mental, grupos de apoyo específicos dinamizados por profesionales de la salud, etc.) o servicios de que puede disponer y formas de acceso.

5. MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente trabajo de investigación se realizó con una perspectiva de tipo descriptivo-cuantitativo-analítico, aplicando reactivos psicológicos lo que ayudó a determinar los objetivos planteados.

El universo se conformó por todos los pacientes que asisten a tratamiento a la Unidad de Diálisis del Hospital Regional "Isidro Ayora", La muestra final fue de 27 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y salida.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: consentimiento informado, encuesta de datos personales, escala de Ansiedad de Hamilton, Escala De Depresión de Hamilton y el test de Personalidad de Millon-III.

La presente investigación se enfocó para determinar, ansiedad, depresión y los rasgos de personalidad que presentan los pacientes.

MÉTODOS

Los métodos que permitieron el desarrollo de la investigación son los que a continuación se detallan.

Científico: permitió descubrir y comprobar la existencia de alteraciones emocionales como la ansiedad y/o depresión además de los rasgos de personalidad, detectando la realidad de la salud emocional y por consiguiente aportar con soluciones encaminados a mejorar la salud mental del paciente.

Método deductivo-inductivo: El deductivo que por medio del razonamiento lógico, las teorías, conceptos y demás elementos, relacionado con la psicología clínica permitió descubrir las alteraciones emocionales (ansiedad y/o depresión) y rasgos de

personalidad de los pacientes, para a partir de ello elaborar un plan de intervención encaminado a mejorar la salud emocional del paciente.

Con el inductivo se realizó un estudio y análisis sobre la salud emocional del paciente a partir de los resultados obtenidos, para luego establecer una intervención que refuerce la salud mental del paciente.

Método analítico – sintético: mediante la interpretación de los resultados obtenidos, permitió reconocer y determinar la realidad de la salud emocional del paciente. El método sintético permitió elaborar la discusión acerca de los puntos críticos sobre la salud emocional, y en base a ello se llegó a concluir y por ende a proponer un plan de intervención de beneficio de los pacientes.

Método de Estadística Descriptiva o General: Permitted la recolección, tabulación, presentación, descripción, interpretación y discusión de los resultados de la investigación de campo, para luego representarlos de forma gráfica, llegando de esta forma a alcanzar los objetivos planteados.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Consentimiento informado

Mediante el consentimiento informado las personas investigadas aceptaron libre y voluntariamente la aplicación de los reactivos psicológicos. **(ANEXO 1)**

Encuestas de datos Personales

La encuesta sirvió para obtener información sobre algunos datos personales del paciente investigado como, enfermedad que padece, edad, nivel de estudio, estado civil, zona de procedencia, teléfono, dirección, entre otros. **(ANEXO 2)**

Reactivos psicológicos

El test psicológico, también denominado como prueba psicológica, es un instrumento de tipo experimental que se utiliza para medir o evaluar una característica psicológica específica o aquellos rasgos esenciales y generales que marcan y distinguen las alteraciones emocionales y la personalidad de una persona. A continuación se menciona cada uno de ellos.

Escala de Hamilton para la ansiedad: Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa.

Consta de 14 ítems mismos que se puntúan de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. El tiempo de la aplicación fue de 5 minutos.

La calificación y la interpretación es: 0 Ausencia de Ansiedad; 01 – 14 Ansiedad Leve; 15 – 28 Ansiedad Moderada; 29 – 42 Ansiedad Severa; 43 – 56 Ansiedad muy Grave. Se realizó grupalmente la aplicación. (**ANEXO 3**)

Escala de Hamilton para la Depresión: es un test para valorar Depresión, consta de 21 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.

La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Se puntúa de 0 a 2 los ítems 4-5-6-12-13-14-16-17-18-21; y se puntúa de 0 a 4 los ítems 1-2-3-7-8-9-10-11-15-19-20. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Hamilton estableció los siguientes: 0-7: sin depresión; 8-15: Depresión menor o distimia; 16 o

más: Depresión Mayor o depresión moderada a grave. El tiempo de aplicación fue de 5 minutos, y fue en forma grupal. (ANEXO 4)

Test de Personalidad de Millon M C M I-III: El M C M I-III proporciona información validada empíricamente, relevante y fiable para apoyar el diagnóstico de psicólogos y otros profesionales de salud mental en diversos ámbitos: clínico, médico, forense, etc. Es ideal para aplicar a individuos que presentan problemas emocionales, conductuales o interpersonales y para pacientes en psicoterapia. La edad de aplicación es a partir de los 18 años en adelante, el tiempo de duración es aproximadamente de 20 a 30 minutos, la aplicación puede darse de manera individual y colectiva

El M C M I-III se compone de 175 preguntas de verdadero o falso. Consta de 4 índices que permiten evaluar la validez del protocolo y 24 escalas clínicas agrupadas de acuerdo con el nivel de gravedad: Patrones clínicos de personalidad, Patología grave de la personalidad, Síndromes clínicos y Síndromes clínicos graves.

Patrones clínicos de personalidad	Síndromes clínicos	Ámbitos de aplicación
<ul style="list-style-type: none"> • Paranoide • Esquizoide • Esquizotípico • Histriónico • Narcisista • Limite • Antisocial • Dependiente • Evitativo • Pasivo-agresivo • Obsesivo compulsivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (A) • Abuso de alcohol (B) • Abuso de droga (T) • Pensamiento psicótico (SS) • Depresión mayor (CC) • Trastorno delirante (PP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ámbito Forense • Ámbito Penitenciario • Abusos de sustancias - Patología Dual • Neuropsicología • Consejo de Pareja • Planificación de Tratamiento y Psicoterapia

Las puntuaciones se ajustan en una escala de 1 a 115, con 60 siendo la mediana de la puntuación. Un puntaje bruto por encima de 178 o por debajo de 34 se considera no ser una representación exacta del estilo de personalidad del paciente, ya que sobre o sub-revelado puede indicar resultados cuestionables.

Una puntuación tasa base de 75 o superior en las escalas de deseabilidad o envilecimiento indican que el examinador debe proceder con cautela.

Para la Personalidad y escalas de síndrome clínico, se toman las puntuaciones base de 75-84 para indicar la presencia de un rasgo de la personalidad, o la presencia de un síndrome clínico. Las puntuaciones de 85 o por encima indican la persistencia de un rasgo de la personalidad o un síndrome clínico.

Para la calificación en el caso de esta investigación se pasó las respuestas vertidas por los pacientes a una base de datos de Excel donde consta las preguntas y arroga directamente los resultados. La aplicación fue individual. (ANEXO 5)

PROCEDIMIENTO

Para la recolección de los datos, se trabajó en tres momentos, en el primero se realizó una presentación y explicación a los pacientes sobre el proyecto. En el segundo momento se aplicó el consentimiento informado, la encuesta de datos generales, la escala de Hamilton de ansiedad y depresión. Ya en el tercer momento se aplicó el Test de Personalidad de Millon por ser un test extenso. El tiempo utilizado en este proceso fue de 3 semanas aproximadamente. Dichos materiales facilitaron los resultados para la ejecución del análisis de los datos, y así elaborar el plan de intervención psicológico necesario.

6. ANÁLISIS DE DATOS

A continuación se realizara el respectivo análisis para comprobar si se cumplió con los objetivos propuestos en la investigación.

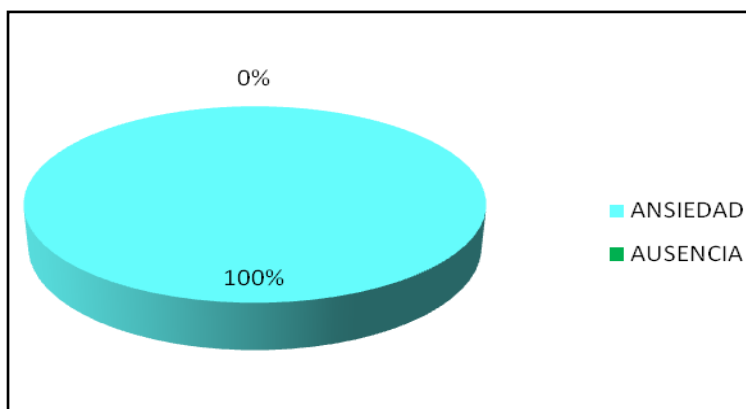
Primer objetivo: Determinar la presencia de ansiedad y/o depresión en pacientes con diabetes.

TABLA 1: ANSIEDAD

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	27	100 %
Ausencia	0	0
Total	27	100 %

ELABORACION : Srta. JESSIKA CECIVEL CABRERA C
FUENTE : ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON .

GRÁFICO 1: ANSIEDAD



ELABORACION : Srta. Jessica Cecivel Cabrera C
FUENTE : Escala de Ansiedad de Hamilton .

Interpretación: la ansiedad se presenta en todos los pacientes de la Unidad de diálisis, ya que refieren tensión motora (temblor, sobresaltos, cefaleas), síntomas somáticos como dolor precordial, náuseas, sudoración, sensación de ahogo, micción imperiosa además de problemas del sueño. Estos resultados son lógicos ya que la ansiedad se presenta como un estado de alerta ante situaciones que generan preocupación o amenaza. Realizar una intervención minuciosa con cada paciente ayudará a encontrar la causa en sí que genera la ansiedad.

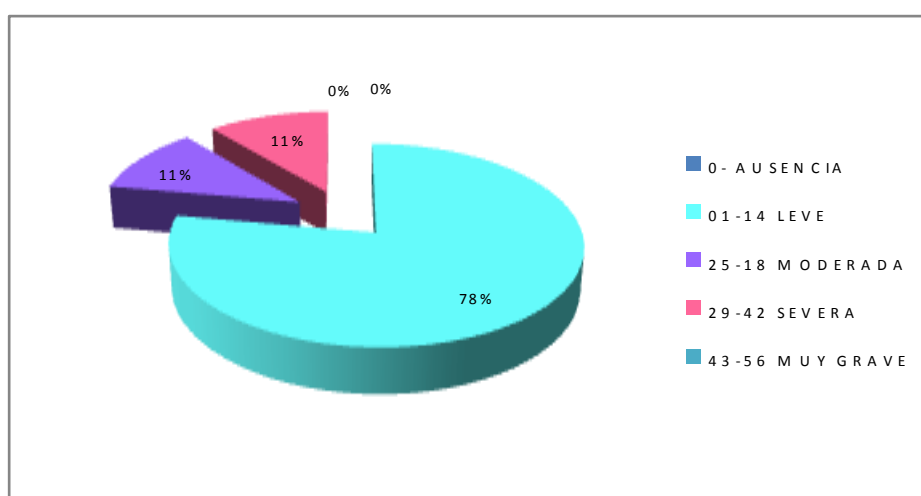
TABLA 2: INTENSIDAD DE ANSIEDAD

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
0- Ausencia	0	0%
01-14 Leve	21	78%
25-18 Moderada	3	11%
29-42 Severa	3	11%
43-56 Muy grave	0	0%
Total	27	100%

ELABORACION : Srta. Jessika Cecivel Cabrera C

FUENTE : Escala de Ansiedad de Hamilton.

GRAFICO 2: INTENSIDAD DE ANSIEDAD



ELABORACION : Srta. Jessika Cecivel Cabrera C

FUENTE : Escala de Ansiedad de Hamilton.

Interpretación: el 78% de los pacientes presenta ansiedad del tipo leve, y un 11% ansiedad del tipo moderada y severa. Los sentimientos de ansiedad pueden ser leves, intermedios o intensos, dependiendo de la persona y de la situación. Es leve cuando presenta inquietud o nerviosismo e intensa cuando se presenta miedo, terror o pánico. Como la ansiedad hace que la persona se ponga en alerta, se concentre y se prepare para enfrentar la situación, los pacientes quizá generan esta sintomatología por el hecho mismo de estar conectados a la maquina por 4 horas, pero al salir de la sala de tratamiento posiblemente su sintomatología se ausente, por eso sería adecuado la intervención fuera de la unidad para evaluar su nivel de ansiedad.

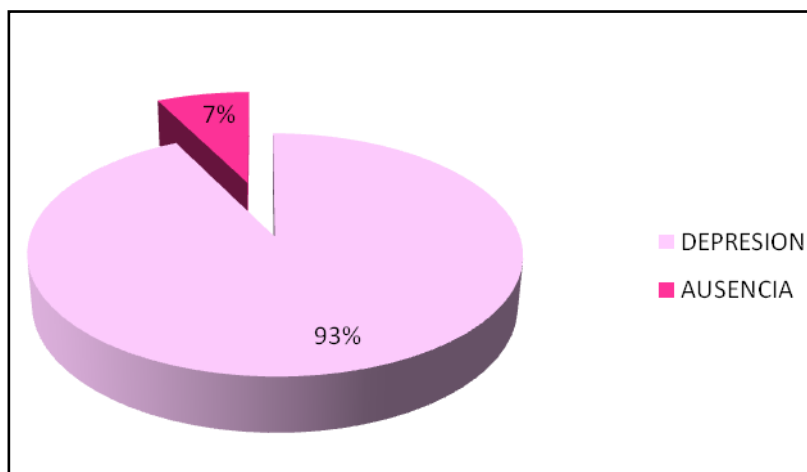
TABLA 3: DEPRESIÓN

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	25	93%
Ausencia	2	7%
Total	27	100%

ELABORACION: Srta. Jessika Cecivel Cabrera C

FUENTE: Escala de Depresión de Hamilton.

GRAFICO 3: DEPRESIÓN



ELABORACION: Srta. Jessika Cecivel Cabrera C

FUENTE: Escala de Depresión de Hamilton.

Interpretación: el 93% de los pacientes de la Unidad de tratamiento de diálisis presentan sintomatología depresiva, los que acompañan y refieren los pacientes durante la entrevista son estado de ánimo deprimido, disminución de la capacidad de disfrutar de las actividades que antes realizaban, insomnio e incluso algunas personas ideación suicida. En este caso las causas para que el paciente se deprime son múltiples, por ejemplo esta el padecer varias enfermedades, asistir 3 veces a la semana al tratamiento, los problemas económicos y familiares, entre otros, perturban el estado emocional de la persona. Por tal motivo la intervención psicológica debe estar enfocada en varias áreas para disminuir la sintomatología depresiva del paciente.

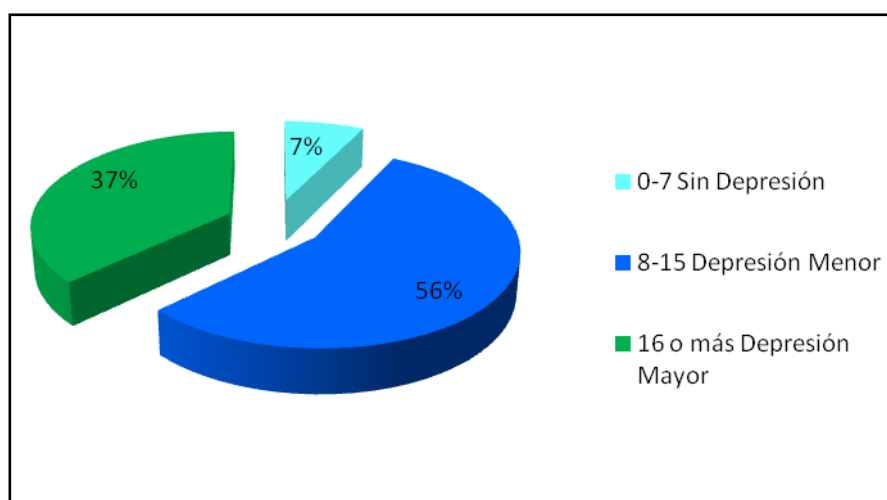
TABLA 4: NIVELES DE DEPRESIÓN

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
0-7 Sin Depresión	2	7%
8-15 Depresión Menor	15	56%
16 o más Depresión Mayor	10	37%
Total	27	100%

ELABORACION: Srta. Jessika Cecivel Cabrera C

FUENTE: Escala de Depresión de Hamilton.

GRAFICO 4: NIVELES DE DEPRESIÓN



ELABORACION: Srta. Jessika Cecivel Cabrera Castillo

FUENTE: Escala de Depresión de Hamilton.

Interpretación: el 56 % de los pacientes presenta Depresión menor o leve, que se caracteriza por la presencia de síntomas principales como humor deprimido, pérdida del disfrute por actividades placenteras, y disminución de la vitalidad, y, el 37% depresión mayor o moderada a grave en la que están presente los síntomas anteriores, asociado a otros secundarios como alteraciones del sueño, apetito, sentimientos de minusvalía, dificultad de concentración e ideaciones suicidas. Frente a los resultados obtenidos hay que tomar en cuenta el tiempo de duración de la sintomatología depresiva o si esta es residual. En tal caso la intervención debe de ser inmediata, ya que aunque no parezca amenazante, la sintomatología cada día se va haciendo más intensa hasta convertirse en uno de los problemas emocionales que ocasiona incapacidad en la persona.

Haciendo hincapié al segundo objetivo planteado. Identificar los rasgos de personalidad que presentan los pacientes con Diabetes.

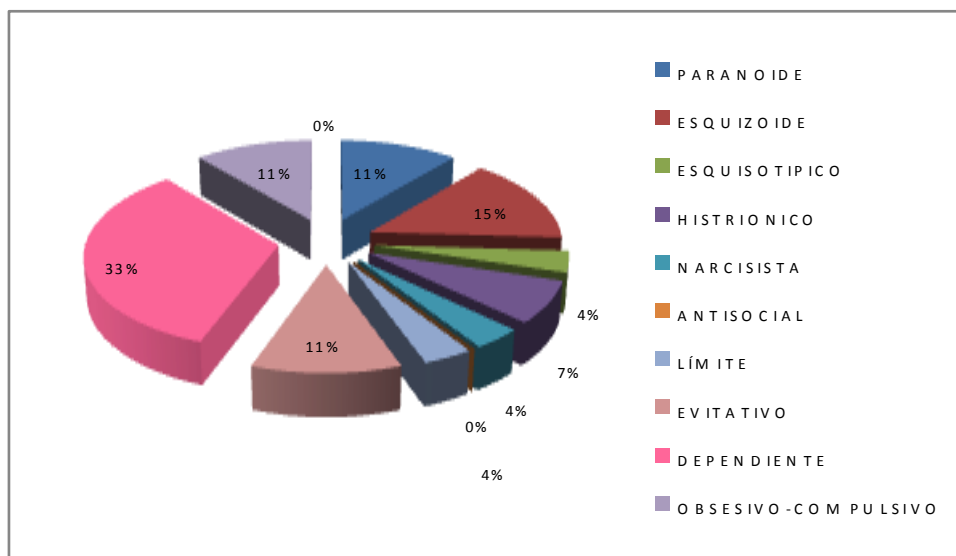
TABLA 5: RASGOS DE PERSONALIDAD

Rasgos de Personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Paranoide	3	11 %
Esquizoide	4	15 %
Esquizotípico	1	4 %
Histriónico	2	7 %
Narcisista	1	4 %
Antisocial	0	0 %
Límite	1	4 %
Evitativo	3	11 %
Dependiente	9	33 %
Obsesivo-compulsivo	3	11 %
Pasivo-agresivo	0	0 %
Total	27	100 %

ELABORACION : Srta. Jessika Cecivel Cabrera C .

FUENTE : Test de Personalidad de Millon MCMI-III

GRAFICO 5: RASGOS DE PERSONALIDAD



ELABORACION : Srta. Jessika Cecivel Cabrera C .

FUENTE : Test de Personalidad de Millon MCMI-III

Interpretación: el 33 % de los pacientes tiene rasgos de personalidad dependiente que se caracteriza por un comportamiento de dependencia hacia otras personas, tanto para iniciar trabajos o proyectos como para asumir responsabilidades, desconfían de sus ideas y juicios, pero no es por falta de motivación y energía, sino por la dependencia

que han generado. Con un 15 % la personalidad esquizoide cuyos rasgos son dificultad en la expresión de sentimientos y de las relaciones personales, incapacidad relativa para sentir placer, aunque permanecen pasivos en situaciones desfavorables como una enfermedad. De acuerdo a cada grupo de personalidad el que prevalece más es el C (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo) cuyo factor constitucional es el neuroticismo y la introversión es decir son ansiosos y temerosos con un 55% , le sigue el A (paranoide-esquizoide-esquizotípico) cuyo factor constitucional es impulsividad, extroversión con un 30% y por último está el Grupo B (histriónico, narcisista, antisocial, límite) cuyo factor constitucional es el psicoticismo, siendo raros y excéntricos con un 15% . Determinando así que los pacientes en su mayoría debido al tipo de personalidad no se adaptan fácilmente al cambio, produciendo el estrés que los lleva a la ansiedad o a la depresión, por los rasgos característicos de su personalidad.

Pues la Personalidad tiene una influencia determinante en el estado de salud, en la medida en que engloba el temperamento, el estilo perceptivo y cognitivo, y las vivencias emocionales, y más aun cuando los rasgos de la personalidad son neuróticos.

Con los resultados obtenidos y conociendo la personalidad de cada paciente se trabajara adecuadamente en la intervención brindando estrategias apropiadas para mejorar su estado de bienestar psicológico.

ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD.

Tercer objetivo: Relacionar en que rasgos de personalidad se presenta ansiedad y/o depresión en los pacientes con Diabetes.

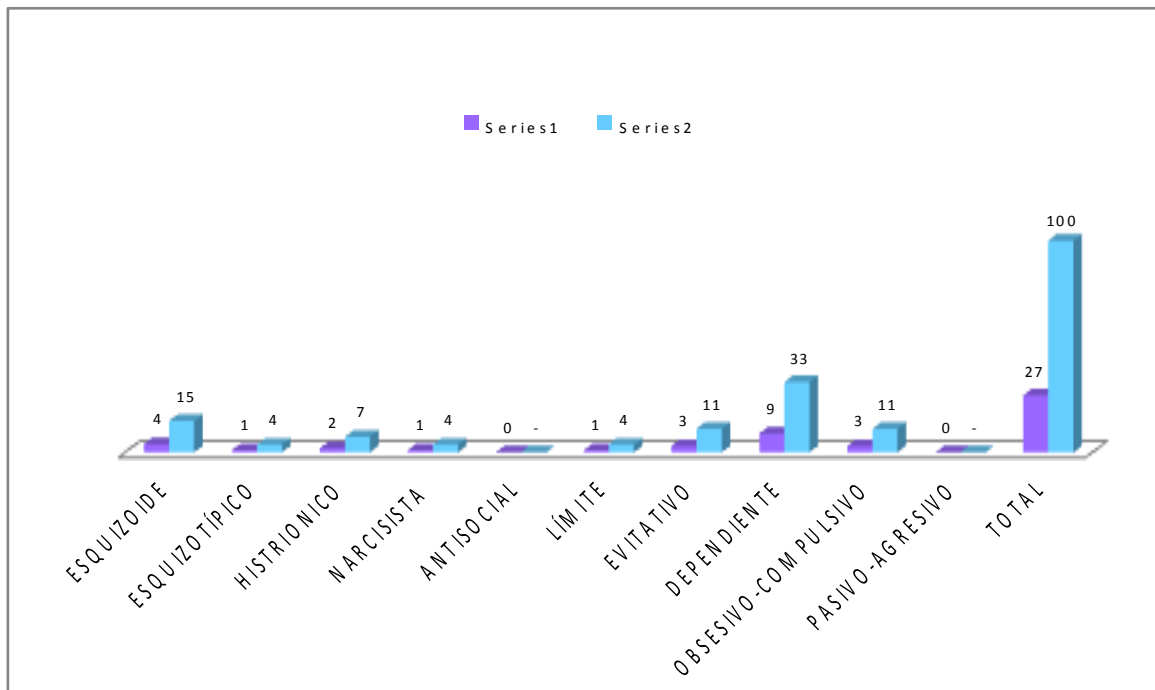
TABLA 6: ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN- RASGOS DE PERSONALIDAD

Rasgos	ANSIEDAD	PORCENTAJE	DEPRESIÓN	PORCENTAJE
Paranoide	3	11 %	3	11 %
Esquizoide	4	15 %	4	15 %
Esquizotípico	1	4 %	1	4 %
Histriónico	2	7 %	2	7 %
Narcisista	1	4 %	0	0 %
Antisocial	0	-	0	0 %
Límite	1	4 %	1	4 %
Evitativo	3	11 %	3	11 %
Dependiente	9	33 %	8	30 %
Obsesivo-compulsivo	3	11 %	3	11 %
Pasivo-agresivo	0	-	0	0 %
Ausencia	0	-	2	7 %
Total	27	100 %	27	100

ELABORACION : Srta. Jessika Cecivel Cabrera C.

FUENTE : Escala de Hamilton para la Ansiedad y Depresión, y Test de personalidad de Millon. M C M I-III

GRAFICO 6: ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN - RASGOS DE PERSONALIDAD



ELABORACION : Srta. Jessika Cecivel Cabrera c.

FUENTE : Escala de Hamilton para la Ansiedad y Depresión, y test de Personalidad de Millon. M C M I-III

Interpretación: la ansiedad y/o depresión se presenta con mayor frecuencia en un paciente con rasgos de personalidad dependiente. El grupo C de personalidad (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo) cuyo factor constitucional es el neuroticismo y la introversión, es decir son ansiosos y temerosos tiene un alto puntaje con un 55% para ansiedad y 52% para depresión.

Con estos resultados se determina que la ansiedad y la depresión pueden darse en cualquier persona, simplemente unos estarán más predispuestos que otros dependiendo de su personalidad y su vulnerabilidad biológica, así como del soporte social en el que se desenvuelvan. De este modo, las personas con una organización estable de la personalidad necesitarán estímulos intensos o persistentes para descompensarse, mientras que las personas inestables pueden desequilibrarse ante estímulos irrelevantes.

7. DISCUSIÓN

No se han encontrado estudios de tesis en cuanto a las alteraciones emocionales (ansiedad y/o depresión) en relación con los rasgos de personalidad en pacientes diabéticos que asisten a la unidad de Diálisis dentro de la provincia de Loja. Constituyéndose el tema en el primer estudio de la problemática existente, con un trabajo innovador y con interesantes resultados.

Al comparar los resultados obtenidos con hallazgos en otros estudios, se comprueba que alguno coincide en ciertos aspectos.

Así, Kiecolt y Glaser (2002) en un estudio Realizado en México proponen que la depresión la ansiedad, ira y el estrés se presentan en personas con enfermedades como la Diabetes hasta en un 75%. En la presente investigación se determinó que tanto la ansiedad y la depresión en un 100% y 93% respectivamente están presentes en pacientes con Diabetes, pero hay que tener en cuenta que en los pacientes del presente estudio coexiste otra alteración médica como es la enfermedad Renal a diferencia del estudio de Kiecolt y Glaser lo que influye aún en la presentación de los síntomas emocionales. Percibiendo de esta manera que si la persona presenta dos o más alteraciones médicas en su organismo la presencia de alteraciones psicológicas serán más evidentes.

Soria Dorado, Piédrola Maroto 2002, en su estudio "Manifestaciones psiquiátricas secundarias a las principales enfermedades endocrinológicas", la prevalencia de depresión es cercana al 33%. Es así y de acuerdo a Valera la mayoría de los pacientes que padecen un episodio depresivo lo muestran en el primer año tras el diagnóstico de diabetes. El impacto de la depresión sobre la diabetes se relaciona igualmente con una dificultad para mantener un peso apropiado, una tendencia a la hiperglucemia, un mayor

número de complicaciones, con mayor número de alteraciones cognoscitivas e intensidad del dolor en la neuropatías, así como una mayor frecuencia de ideación y conductas suicidas. En los casos de depresión de inicio tardío, es especialmente importante la evaluación médica y el despistaje precoz de varias enfermedades asociadas, como son frecuentemente la hipertensión arterial, diabetes y síndrome de apnea del sueño. Si estas alteraciones no se tratan con efectividad, van a imposibilitar una recuperación funcional completa.

En Estados Unidos, la Corporación RAND señala que la depresión produce más bajas laborales cuando está asociado a la diabetes. Esto es debido a los síntomas de la depresión que, sin constituir un trastorno, afectan significativamente el curso o tratamiento de la condición médica general. Por ejemplo, uno de los síntomas secundarios de la depresión es dificultad para concentrarse y problemas del sueño, por lo tanto la persona evidenciará cansancio, desorientación, confusión, entre otros.

Varios estudios demuestran que la depresión y la ansiedad también se han asociado con pobre control metabólico. Un estudio de seguimiento en adultos diabéticos mostró que con un mejor control glucémico los síntomas de depresión y ansiedad disminuían y con mal control los síntomas se incrementaban. Aunque es difícil determinar si el incremento de la sintomatología depresiva causa deterioro del control glucémico o viceversa.

Lane (2000) en lo referente a la personalidad en un estudio realizado en Argentina determina que altos niveles de Neurotismo en diabéticos se asocia a la presencia de alteraciones emocionales. En los resultados del segundo objetivo en que la personalidad con rasgos de dependencia obtiene el 33%, misma que forma parte del grupo C (dependiente, evitativo, O-C, P-A) de las personalidades cuyo factor constitucional es el

neurotismo, aunque en el estudio de Lane no especifica en sí en que rasgo se puede presentar algún tipo de alteración emocional en la presente se menciona el rasgo de personalidad más frecuente en personas diabéticas de acuerdo a los resultados del test aplicado. Permite tener mayor conocimiento para cuando se de la intervención psicológica y así utilizar herramientas terapéuticas adecuadas para mejorar la calidad de vida del paciente.

Así mismo (Cornelio, 2012). Refiere que las personas con rasgos de personalidad neurótica son las más propensas a la ansiedad y Depresión. En este estudio se comprueba que personalidades con rasgos Dependientes 33%; Esquizoide 15%; Evitativo, Obsesivo-compulsivo y paranoide 11% presentan Ansiedad y/o Depresión. Sin embargo el estudio del investigador Cornelio fue realizado en personas aparentemente sanas a diferencia del presente, pudiendo así interpretar que las personas con rasgos de neurotismo que padezcan alguna enfermedad médica o no están propensas a desarrollar alteraciones emocionales, siendo necesario brindar conocimiento a las personas sobre la personalidad y así proporcionarles técnicas psicológicas que les ayuden a afrontar situaciones que les generan malestar emocional.

Anarte (2000) en su investigación realizada en Puebla de México da a conocer la relación estrecha de la personalidad tipo C y Diabetes, como se menciona en párrafos anteriores en la Personalidad tipo C están los rasgos dependiente, pasivo-agresivo, evitativo y obsesivo-compulsivo cuyo factor constitucional es el neurotismo, y, en el presente estudio los resultados arrojan que en el Grupo C se obtiene el mayor puntaje del 53%, en donde lo característico es que las personas tienden a inhibir la expresión emocional para evitar el contacto con aquellos afectos que pudieran originar conflictos con otras personas. Y como tienden a inhibir estas respuestas emocionales, no se dan cuenta de que tarde o temprano esta sintomatología saldrá a flote de una forma más

intensa y persistente haciendo que el tratamiento se vuelva más complicado.

Rodríguez en un estudio realizado en Bilbao en el 2012 refiere que se da una mayor incidencia de Ansiedad 32% a diferencia de la Depresión 31%, en pacientes diabéticos con predominio de personalidad neurótica. Los resultados del presente estudio arrojan un 55% para Ansiedad y 53% para depresión en personalidades del Grupo C o neuróticas. Los resultados son muy altos en comparación con el estudio de Bilbao, pudiendo interpretar que en esta localidad se presentan un porcentaje elevado de alteraciones emocionales, es así que las personas no asisten a tratamiento psicológico ya sea por la poca o nada de información que posee, o aun más por las falsas creencias irracionales que se tiene de que ir al psicólogo ya se está loco, por ello, las personas que en algún momento asisten a terapia es porque la enfermedad psicología es intensa y provoca malestar en el desenvolvimiento de la misma, cuando lo adecuado es asistir al especialista con el primer síntoma que se evidencia.

Orlandini y Pastore realizaron un estudio similar y comprobaron que rasgos de personalidad como: inestabilidad emocional, relaciones basadas en la dependencia, y dificultades para tolerar la frustración, tiene mucho que ver con la presencia de ansiedad y/o depresión. En mi opinión no solamente estas características están basadas con la presencia de ansiedad o depresión también está la baja autoestima, la facilidad para el descontrol de impulsos, las relaciones familiares, sociales, la edad, la raza, el sexo y el hecho mismo de padecer una enfermedad y más aún si se trata de una crónica-degenerativa.

Joyce Mc Dougall, postulan que las personas que desarrollan dichas enfermedades tienen una tendencia a ignorar las señales de su cuerpo, o en el caso de ser registradas, las consideran desprovistas de importancia. Esto debido a que son individuos sobre-

adaptados, que ante momentos difíciles o traumatizantes parecen inquebrantables. Muchos de ellos presentan alexitimia, es decir, dificultad para registrar y expresar sus emociones; y a veces poco afectivos en sus relaciones con los demás. Esto se relaciona con la teoría de Michael Fainquien explica que los pacientes psicósomáticos tuvieron madres sobreprotectoras que hicieron lo posible para evitarles el dolor y, de esta manera interrumpieron el desarrollo normal de la unidad psicósomática. Por ello en el desarrollo del ciclo vital los padres deben de utilizar estilos de crianza que no favorezcan la presencia de estados ansiosos a diferencia de los rasgos ansiosos que ya están predispuestos genéticamente.

Fabián y Col, en una encuesta realizada en México en pacientes Diabéticos durante una jornada de actividad física, encontraron una frecuencia de ansiedad de 8% y de depresión de 24,7% .; probablemente el estado general de éstos pacientes sea mejor al de nuestro estudio, con menores cifras de depresión y ansiedad por el hecho mismo de que la personas eliminaba sus emociones negativas mediante la actividad, siendo un punto clave para disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva en este tipo de paciente.

En otro estudio no se encontró diferencia significativa para depresión y ansiedad entre los pacientes de reciente diagnóstico de Diabetes y los de más de cinco años desde el diagnóstico. Los resultados señalan que los pacientes que percibían mayor depresión eran los que tenían menos apoyo de sus familiares, amigos y un menor ingreso; y los pacientes que percibían mayor ansiedad eran los que tenían más años de haberseles diagnosticado la enfermedad. En conclusión cuando el paciente recibe mayor apoyo de sus familiares y amigos los niveles de depresión serán menores y que la ansiedad será mayor a medida que el paciente va avanzando en su enfermedad, esto si no recibe tratamiento adecuado. No solo las situaciones ambientales estresantes dan lugar a cuadros depresivos que tienden a cronificarse por la ineficacia de los mecanismos de

afrontamiento del estrés y el impacto de las situaciones conflictivas que padecen estos pacientes, también estas los rasgos de personalidad que presenta el paciente.

En relación a los pacientes diabéticos tipo 2 sin adherencia al tratamiento y pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia al tratamiento, de acuerdo a la investigación de Cabello, et al, (1996), reporta que los pacientes crónicos y diabéticos presentan niveles más altos de sintomatología depresiva, se presupone entonces, que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con tratamiento presentan probabilidad de síntomas depresivos, y sin adherencia al tratamiento presentan una mayor vulnerabilidad a evidenciar dichos síntomas. Entonces los factores psicológicos pueden desempeñar un papel fundamental en la causa y curso de distintas enfermedades físicas.

Las investigaciones anteriores respaldan los resultados obtenidos en el presente estudio ya que se puede evidenciar la relación existente entre la ansiedad y/o depresión y los rasgos de personalidad de los pacientes con diabetes.

Sin embargo, se considera que estos cambios forman parte de la atención integral de la salud al paciente y que no puede seguir considerándose a la atención psicológica en los centros de salud como un lujo prescindible. Se trata de un componente esencial para lograr que se lleven a cabo los cambios indicados por el personal médico, incluyendo los necesarios en sus rutinas. Para estos pacientes no bastan las instrucciones e información, sino la atención y seguimiento cuidadoso y detallado de todos aquellos factores que pueden estar obstaculizando el mayor bienestar que podrían tener en sus condiciones particulares.

Finalmente el plan de intervención psicoterapéutica se elaboró para la atención de todos los pacientes que asisten a la unidad de Diálisis, e incluso se lo puede utilizar con otras enfermedades físicas o psicológicas.

8. CONCLUSIONES

Mediante el proceso investigativo se logró verificar que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de diabetes y que están en tratamiento de hemodiálisis, presentan ansiedad y/o depresión en un 100% y 93% respectivamente, produciendo malestar en su desenvolvimiento diario, lo que hace que se exacerbe la sintomatología de la enfermedad crónica.

Así mismo se determinó que el rasgo de personalidad tiene mucho que ver con la presencia de ansiedad y/o depresión en los pacientes, especialmente si tienen tendencia al neuroticismo, todo lo anterior asociado a varios factores como el padecer otra enfermedad, la edad, el sexo, el nivel de estudio, la procedencia, el nivel socioeconómico la no aceptación en la sociedad y muchos más pueden incitar al desarrollo de alteraciones emocionales. En el estudio el rasgo de personalidad dependiente con un 33% es en el que se presenta con mayor frecuencia ansiedad y/o depresión con un 55% -53% respectivamente.

La mayoría evidencia ansiedad leve y depresión menor, que con la exposición a factores de riesgo, estresores y la vulnerabilidad de cada paciente para afrontar la enfermedad pueden llegar a síntomas moderados y graves.

Los pacientes Diabéticos que asisten a tratamiento a la unidad de Diálisis están expuestos a padecer ansiedad y/o depresión, no solo por el hecho de que tengan que asistir tres veces a la semana y estar conectado a una máquina por 4 horas, sino también por dificultades en áreas familiares, laborales, escolares, socioeconómicas o por coexistir esta enfermedad médica-crónica con otras, todos estos factores y otros más intervienen para que el paciente desarrolle algún tipo de alteración emocional, además de que se exacerbe la sintomatología de la Diabetes ya que no cuentan con herramientas

necesarias que les ayuden a afrontar la situación, y aun mas dependerá del rasgo de personalidad que presente dicho paciente, ya que existen personalidades que cuentan con técnicas de afrontamiento para resistir situaciones que parezca amenazante a diferencia de otro grupo que no cuentan con ellas.

Por lo expuesto anteriormente se diseñó un Plan de Intervención Psicológico encaminado a la intervención individual, de pareja y familiar. Con todo ello se pretende dar las herramientas necesarias para reconocerse a sí mismo, aceptarse, valorarse y adherirse de la mejor manera al tratamiento.

Frente a los resultados la intervención se enfocara en brindar estrategias de afrontamiento mediante técnicas psicológicas adecuadas para estabilizar las diferentes alteraciones emocionales presentes en los pacientes.

9. RECOMENDACIONES

- Aplicar el Plan de Intervención Psicoterapéutica propuesto, el cual está encaminado a brindar un tratamiento integral a las pacientes que padecen enfermedad crónica como la diabetes para estabilizar sus estados emocionales y mejorar su calidad de vida asociado.
- Integrar un Programa de atención, en el que se incluya la creación de Unidades de Salud mental en los Sub-centros de salud, los cuales brinden atención integral e interactúen con un equipo multidisciplinario en: Psiquiatría, Neurología y Psicología Clínica, Trabajo social dirigido no solamente a las personas con enfermedad crónica como la diabetes si no a personas que padecen alguna alteración ya sea física o psicológica en general, a fin de lograr aliviar los síntomas y modificar las conductas que alteran su calidad de vida.
- Reevaluar periódicamente el Plan de Intervención Psicoterapéutico propuesto, en función de la evolución de los pacientes con enfermedad crónica, verificando sus estados emocionales y rasgos de personalidad, mismo que se lo realizará cada 6 meses, con la finalidad de verificar periódicamente su eficacia.
- Brindar psicoeducación de manera especializada a los profesionales que laboran en la Unidad de Hemodiálisis, en el ámbito de las enfermedades mentales, para atender adecuadamente, no sólo a quién sufre la patología, sino también, a sus familias.
- Realizar un despistaje continuo sobre La Salud Mental en todos los Centros de atención en salud del Ecuador con la finalidad de tener un conocimiento actualizado sobre la prevalencia de las patologías psiquiátricas y psicológicas de las personas ingresadas a tratamiento o inclusive aquellas que no mantienen el tratamiento por problemas económicos.

9.1. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO

PRESENTACIÓN

El objetivo de la Hemodiálisis es conseguir que los pacientes puedan sostener una calidad de vida adecuada, pero la enfermedad crónica y la rutina de pasar 3 veces a la semana sujeto a una máquina por 4 horas suele ocasionar una serie de crisis que no siempre se resuelven favorablemente. El sufrimiento crónico y las ansiedades generan un conjunto de defensas psicológicas que no siempre proporcionan alivio suficiente y que si son excesivas o poco adecuadas llevan a un buen número de complicaciones. La pareja, los familiares y allegados suelen manifestar impotencia, pena, ansiedad, culpa y a menudo cierto resentimiento si no se reconoce suficientemente su permanente ayuda y esfuerzo diario.

A más de ello situaciones de falta de empleo, vivir fuera de la ciudad, restricciones en cuanto a su alimentación, efectos físicos y emocionales del tratamiento, entre otras circunstancias, provocan una visión catastrófica del presente y futuro, victimización, sentimientos de inutilidad, pensamientos erróneos que además en alguna etapa de su tratamiento provocan estados de depresión y ansiedad.

Por ello la propuesta de intervención está encaminada a través de terapias individuales, de pareja, familiares y grupales. Se pretende trabajar con la terapia Cognitiva a la reestructuración de pensamientos disfuncionales, cambiar las ideas pesimistas, las expectativas irreales y la autoevaluación abiertamente crítica, que ocasionan la depresión, ansiedad y la mantienen. La terapia cognitiva ayuda además a reconocer a los pacientes qué problemas en sus vidas son críticos y cuáles son de menor envergadura. También ayuda a plantearse metas positivas en la vida y una mejor forma de auto-supervisión positiva.

Además se utilizara la Psicoeducación con el paciente, la pareja y familia para poder concienciar la enfermedad y potenciar la aceptación y adherencia al tratamiento. Se proponen conjuntamente otras técnicas alternativas para la ansiedad como técnicas de respiración y relajación.

Con ellos se pretende que las personas participantes adquirieran herramientas, habilidades y destrezas, por medio de la participación en un proceso terapéutico, que les permita reflexionar sobre su situación, empoderarse y progresivamente tomar control sobre sus vidas.

Los pacientes y la familia deberán aprender a manejar adecuadamente las crisis circunstanciales recurrentes producto de un problema de salud, a tal punto que someterse a un tratamiento de Hemodiálisis no se constituya en una limitación para redefinir el proyecto de vida personal y familiar.

Desarrollarán habilidades y destrezas que permitan la modificación del diálogo interno, el cual se reestructura para favorecer la autoestima y la autoaceptación; de tal forma que las personas asuman responsablemente su autocuidado. Asimismo se pretende que estén informados respecto al tratamiento y la importancia de asumir una participación activa en la terapia médica y psicológica.

Se espera alcanzar un tratamiento psicológico eficiente, efectivo y de calidad para los pacientes de Hemodiálisis, capaz de responder a las exigencias de compromiso interinstitucional entre la Unidad de Hemodiálisis y la intervención oportuna de Psicología Clínica.

OBJETIVOS

1. Desarrollar una experiencia terapéutica individual, de pareja, familiar y grupal de los pacientes Diabéticos o no diabéticos sometidos a tratamiento de Hemodiálisis,

utilizando la Psicoeducación y el enfoque cognitivo con el fin de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

2. Establecer un proceso de reestructuración cognitiva a fin de sustituir pensamientos disfuncionales por otros positivos, con la finalidad de disminuir los estados de depresión y ansiedad.
3. Identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que producen emociones y conductas contraproducentes.
4. Encaminar a que los pacientes y familia encuentren un sentido de vida a través de la aceptación de su problema y compromiso de cambio.
5. Permitir que los pacientes y familia adquieran habilidades y destrezas que los hagan sentir seres útiles e importantes.
6. Lograr que adquieran herramientas terapéuticas que las apliquen en sus vidas.

EXPLICACION TEÓRICA DE LA TERAPIA COGNITIVA DE A. BECK

La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología. Mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de ESQUEMA COGNITIVO y en el ámbito clínico el de SUPUESTOS PERSONALES (Beck, 1979).

Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990). Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan

a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

COGNICIÓN:

Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no. En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar (Beck, 1981):

- **UN SISTEMA COGNITIVO MADURO.** Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de constatación de hipótesis o verificación.
- **UN SISTEMA COGNITIVO PRIMITIVO.** Hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de Supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos.

DISTORSIÓN COGNITIVA Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva.

Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) mencionando los siguientes:

- **INFERENCIA ARBITRARIA:** Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
- **ABSTRACCIÓN SELECTIVA:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

- **SOBREGENERALIZACIÓN:** Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- **MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN:** Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
- **PERSONALIZACIÓN:** Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- **PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN:** Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay, 1981):

1. Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
2. Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
3. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
4. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
5. Suelen conllevar una **VISIÓN DE TÚNEL:** tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:
 - Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
 - Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
 - La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros, etc.

Conceptualización de los problemas

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

A. El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas. Estos datos se suelen obtener a partir de preguntas del siguiente estilo: "¿Cómo interpretarse la situación en que te sentiste mal?", "¿Qué significó para ti el que sucediera x?".

B. Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. Tipos comunes (p.ej., "creer que debe tener apoyo permanente para afrontar las situaciones", "aplicar el rechazo a situaciones personales", etc.); (2) En función del tipo de error cognitivo o distorsión cognitiva (p.ej., "sobregeneralización", "polarización", etc.); y (3) En función del grado de realidad y adaptación de las cogniciones.

C. Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica.

A p l i c a c i o n e s P r á c t i c a s

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la C.T "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto.

Los pasos anteriores tienen su puesta en práctica en los siguientes aspectos:

A . L A R E L A C I Ó N T E R A P E Ú T I C A :

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). (Beck, 1979).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y paciente es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Así los fenómenos de "Resistencia", "Transferencia" y "Contratransferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas y Supuestos personales y de otros factores (p.ej. falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento, etc.) (Beck, 1979).

B. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO :

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionado.

EJECUCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO

Cabe señalarse que es de gran importancia estudiar al paciente íntegramente por ello es necesario que se mantenga la comunicación con el médico tratante, enfermeras y el personal que asiste a los pacientes de este modo se los puede valorar de la mejor manera y tomar las medidas e intervenciones adecuadas y necesarias.

TERAPIA INDIVIDUAL, DE PAREJA Y FAMILIAR.

El trabajo psicoterapéutico cobra mayor efectividad cuando se lo desarrolla de una manera completa que atienda al paciente y al núcleo en el que se desenvuelve. Es conveniente por ello a que previo a una participación grupal, y según los requerimientos y necesidades los pacientes reciban terapia individual, de pareja y familiar, con la finalidad de que esta atención psicológica brindada cubra las necesidades del paciente y de su familia, ya que ella es el soporte de donde reciben el apoyo, a la vez se pretende disminuir las secuelas del impacto de la enfermedad, los pensamientos erróneos sobre la misma y mejorar la forma de manejo del paciente.

Con todo ello se pretende disminuir los síntomas de depresión y ansiedad así como también hacer más fácil el tratamiento de Hemodiálisis, ya que debemos tener en cuenta que la salud física está relacionada directamente con la salud psicológica y viceversa

por lo que se aportaran los elementos necesarios para una buena recuperación.

(Anónimo, 2008)

TERAPIA INDIVIDUAL

La terapia individual es una de las formas más comunes de intervención en pacientes con complicaciones psicosociales generados por una enfermedad crónica.

Tiempo de duración: El paciente deberá asistir una vez a la semana en donde cada sesión tendrá una duración de 35 a 45 minutos.

Forma de ejecución: Después de la tercera sesión y de acuerdo a la problemática de cada paciente se irá intercalando las sesiones con Terapia de Pareja y Terapias Familiares.

OBJETIVOS:

- Lograr que el paciente acepte su enfermedad.
- Desvictimizar al paciente.
- Disminuir la intensidad de los sentimientos de depresión y ansiedad.
- Acortar el tiempo que el paciente que está deprimido o ansioso.
- Aprender formas para prevenir la depresión o sentirse ansioso nuevamente.
- Lograr que los pacientes sientan el poder de controlar sus vidas.

PLANIFICACIÓN DE SESIONES

Es necesario trabajar en terapia individual una vez a la semana, alternando con sesiones de pareja y familiares.

En la primera sesión se trabaja en:

- Establecimiento del Rapport
- Confesión y desinhibición emocional.- En donde se facilita el relato libre para eliminar la tensión del paciente y buscar el alivio de la ansiedad inicial con que llega. Es importante estar ausentes de crítica y asombro ante el relato

- Estrategias de estimulación y de apoyo.- cuando ya se ha formado un criterio general sobre el sujeto y el problema, debe emplearse frases de apoyo, o reafirmaciones para conseguir confianza, optimismo y tranquilidad en los inicios del tratamiento, mediante intervenciones dirigidas a persuadir o sugerir al paciente sobre la factibilidad real del tratamiento.
- Explicación del manejo de las terapias. (Encuadre)
- Establecimiento de objetivos. En los cuales trabaja el paciente y terapeuta. Posteriormente se iniciara trabajando con la aceptación de la enfermedad y desvictimización del paciente, mediante la modificación de pensamientos disfuncionales.

Además se tomara en cuenta las crisis y aspectos intermitentes que requieren ayuda puesto que estos pueden aparecer en algunas ocasiones, además se tomara en cuenta la recurrencia o empeoramiento de las condiciones que afectan al paciente y que puede derivar en una crisis.

En las sesiones posteriores se utilizara diversas técnicas de acuerdo a las necesidades del paciente y se seguirán los procesos descritos más adelante en cuanto a terapia de pareja y familiar.

Técnicas a utilizarse:

- **Contrato personal.**

Yo, _____hago este siguiente contrato conmigo mismo(a):

Objetivo: Durante esta semana, haré la siguiente actividad agradable: (Lista de Actividades agradables)

Recompensa:

1. Si cumpla con mi objetivo me premiare con:
2. Me daré esta recompensa no más de dos días después de haber logrado mi objetivo.

Firma: _____ Fecha: _____

Fecha en que logre mi objetivo: _____

Fecha en que me di mi recompensa: _____

• **Aumentando pensamientos que producen un mejor estado de ánimo.**

Explicación: mediante Psicoeducación se explicara al paciente las formas de aumentar el número de pensamientos saludables:

1. Aumentando en su mente el número de buenos pensamientos.

Haga listas de los pensamientos buenos que usted tienen acerca de usted mismos y de la vida en general.

2. Felicítese mentalmente a usted mismo. La mayoría de las cosas que hace no las notan otras personas. Por lo tanto, es importante reconocerlas y darnos crédito por hacerlas.

3. Pare todo lo que está haciendo Podemos tomar un descanso de ponernos nerviosos a nosotros mismos al darnos mentalmente un tiempo.

4. Tómese una pausa. Permitan que su mente se relaje. Permítanle a su mente tomar un descanso. Pónganle atención a la habilidad natural de su cuerpo de sentirse en paz.

5. Proyección al futuro.

Imagínese a usted mismos en el futuro, en un tiempo en que las cosas serán mejores

6. Traten el ejercicio siguiente.

Cosas de usted mismo

1)

2)

Cosas de la vida en general

1)

2)

Lea la lista y ve cómo se siente después de leerla.

- **El método A-B-C-D**

Cuando se sienta emocionalmente mal, pregúntese a usted mismo en lo que está pensando. Entonces trate de hablarle al pensamiento que le está molestando e hiriendo.

A. es el evento activante; es decir lo que sucedió

B. es la creencia o el pensamiento que usted está teniendo; es decir lo que se dice usted mismo acerca de lo que está pasando.

C. es la consecuencia de su pensamiento; es decir el sentimiento que usted tiene como resultado de su pensamiento.

D. es la forma en que usted discute o le habla a su pensamiento.

- **Haga el termómetro del ánimo todos los días de la semana**

INSTRUCCIONES PARA USAR EL TERMÓMETRO DEL ÁNIMO DIARIO

- Justo antes de acostarse, saque el termómetro de ánimo diario.
- Piense sobre el día y cuál fue su estado de ánimo.
- Elija el número que representa como usted se sintió. “9” significa el mejor estado de ánimo (se usara este número solamente “los días más felices de su vida”), “5” significa un estado de ánimo mediocre (este es el estado de ánimo normal que tiene la gente la mayoría del tiempo. Es el estado de ánimo que usted normalmente tiene cuando no está deprimido/a), “1” significa el peor estado de ánimo que usted pueda imaginar (se usara este termómetro solamente en “los días más terribles de su vida”)

Al final del termómetro también hay un lugar donde debe anotar el número de pensamientos que tiene cada día.

TERMÓMETRO DEL DÍA							
Semana N .							
Nombre:							
Día							
ESTADO DE ANIMO							
El mejor	9	9	9	9	9	9	9
Bastante mejor	8	8	8	8	8	8	8
Mejor	7	7	7	7	7	7	7

Mejor que regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que regular	4	4	4	4	4	4	4
Peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante peor	2	2	2	2	2	2	2
El peor	1	1	1	1	1	1	1

NÚMERO DE PENSAMIENTOS

POSITIVOS:

Lunes (____) Martes (____) Miércoles (____) Jueves (____) Viernes (____)

NEGATIVOS:

Lunes (____) Martes (____) Miércoles (____) Jueves (____) Viernes (____)

ANOTACIONES: _____

• **Instrucciones para predecir cuándo disfrutará sus actividades agradables.**

1. Anote en una primera columna la actividad que planea hacer.

2. Anote en la segunda columna cuanto espera disfrutar esta actividad.

Use un porcentaje. Por ejemplo 0% significa que no disfrutará de esa actividad; un 50% significa que usted disfrutará esta actividad más o menos; un 100% significa que usted disfruta mucho esta actividad.

3. Haga la actividad. Esta es la parte más importante.

4. Después de hacer la actividad, piense en cuanto usted realmente disfruto la actividad. Use el porcentaje para anotarlo.

5. Repita este procedimiento con otras actividades para ver si hay una consistencia.

Nota: Las diferentes técnicas utilizadas, la observación, exploración y valoración psicológica nos ayudaran a evaluar el progreso de cada paciente.

Por ello se tomara en cuenta que si hasta una quinta sesión no existe ningún cambio o modificación en la sintomatología del paciente es necesario hacer una interconsulta

oportuna al médico psiquiatra para la utilización de antidepresivos o medicación necesaria para el paciente.

TERAPIA DE PAREJA

Dado que los pacientes con los que se trabaja están en un tratamiento farmacológico y de Hemodiálisis, se evaluará las particularidades de cada pareja, tomando en cuenta la forma en que la enfermedad del conyugue afecta la relación y las diferentes situaciones que influyen en la manera de convivencia diaria y que perturban la armonía.

Se pretende que la pareja adquiera los instrumentos necesarios para mejorar la convivencia, permitiéndose aprender, poner de parte y practicar lo aprendido. (Munoz, Aguilar, & Guzman, 2007)

Objetivos:

- Conseguir que la pareja reconozca sus zonas erróneas.
- Lograr mejorar la comunicación.
- Promover estrategias de cambio.
- Disminuir pensamientos disfuncionales.
- Generar perspectivas positivas del tratamiento de Hemodiálisis.
- Lograr mejorar la relación de pareja en general.

PRIMERA FASE:

Evaluación de los problemas y conceptualización de los mismos. Se recogen las siguientes áreas: problemas generales, expectativas terapéuticas, estilo comunicativo, estilo de expresión de afecto, medios de resolución de problemas, experiencias personales y perspectivas personales.

SEGUNDA FASE

Si solo colabora un cónyuge en la terapia:

- Cambio de perspectiva personal: intervención preferentemente cognitiva; modificación de pensamientos automáticos y significados disfuncionales.

- Cambio de conductas personales: estilo de comunicación, expresión de afecto y resolución de problemas; técnicas conductuales. Si colabora la pareja (si ambos se presentan en las sesiones, aunque alguno sea reticente a la terapia):

1. **Afrontar las resistencias al cambio detectadas:** Es frecuente que uno o ambos miembros mantengan creencias rígidas de cómo debe efectuarse el cambio, o expectativas negativas sobre el mismo (expectativas derrotistas, "auto-justificación": el comportamiento de uno es normal para la situación, argumentos de reciprocidad rígidos: "No haré nada a menos que comience mi cónyuge" y culpar al otro: "A mí no me pasa nada, el otro es el problema"). El terapeuta utiliza dos técnicas cognitivas generales para afrontar estos problemas: (1) El terapeuta da información de las posibles ganancias de modificar esas actitudes y (2)

Puede realizar un "balance" de las ventajas (pocas) frente a las desventajas (muchas) de mantener esas actitudes. Pide feedback a la pareja sobre ello.

2. **Trabajar los niveles de hostilidad elevados si aparecen:** Durante las sesiones o fuera de ellas la pareja puede mantener un intercambio extremadamente aversivo (voces, interrupciones continuas, insultos, etc.). Antes de abordar otros problemas, es necesario disminuir o eliminar esta hostilidad, pues con ella se hace improductivo otros focos terapéuticos. El terapeuta puede realizar sesiones por separado si la hostilidad es muy alta, también muestra a cada cónyuge la relación cognición-afecto-conducta en la ira, y el manejo de la ira personal (cambio de pensamientos automáticos, balance de ventajas/desventajas y alternativas asertivas a la petición de deseos) y la del cónyuge (enfoque asertivo, cortar y sugerir otras oportunidades más tranquilas para exponer diferencias, etc.). Igualmente se pueden trabajar "sesiones

de desahogo" con ambos cónyuges. Estas últimas consisten en seleccionar un lugar y horario para exponer diferencias, normas para no cortar al otro, y como cortar si sube "el tono".

T E R C E R A F A S E

M anejo de problemas generales y áreas afectadas.

1. Se suele comenzar por un seguimiento conjunto de conductas positivas percibidas en el otro cónyuge, de modo que aumente los puntos positivos de la relación (no se minimicen frente a la maximización de las dificultades).
2. Dependiendo de las áreas afectadas:
 - a) Comunicación: Se modelan modos de escuchar a la pareja de modo empático, como expresar desacuerdos y negociar soluciones. Se programan tareas al respecto con la pareja y (a veces) también individualmente.
 - b) Expresión afectiva: A cada miembro se le pide que recoja (p.e auto-registro) aspectos percibidos que le han sido gratificantes por parte de su cónyuge. El terapeuta con esta información, puede modelar alternativas de cómo expresar esas satisfacciones, y sugiere tareas para casa al respecto.
 - c) Otros problemas generales: Se establecen sesiones de conciliación (similares a la resolución de problemas) se ensayan y se practican como tareas para casa.

C U A R T A F A S E

M O D I F I C A C I Ó N D E P E R S P E C T I V A S P E R S O N A L E S .

1. El terapeuta muestra la relación pensamiento-afecto-conducta y como registrar estos eventos. Va sugiriendo alternativas para su práctica, con cada cónyuge.
2. El terapeuta presenta hipótesis sobre los supuestos personales y sugiere a cada cónyuge "experimentos personales" para ponerlos a prueba.

3. Igualmente cualquier dificultad; resistencia, en las fases anteriores puede ser abordada cognitivamente (ver fase n°2).

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Nos basamos en el listado propuesto por Beck (1988):

Manejo de la hostilidad.

- Hostilidad personal: Detección de pensamientos automáticos; Ventajas y desventajas de mantener ese pensamiento automático y alternativas racionales a los mismos. Modelado de expresiones asertivas de malestar personal.
- Manejo de la hostilidad del cónyuge: (1) Aclarar el problema: No contestar a las ofensas e intentar aclarar los motivos. Escuchar; (2) Calmar a cónyuge (Decirle que se está enojando, que así no podemos entenderle e invitarle a sentarse y a expresarse más calmadamente; (3) Concentrarse en solucionar el problema: desviarse del contraataque y centrarse en generar soluciones; (4) Distraer la atención de la pareja: cambiar de tema y cuando esté más calmado, volver al tema; (5) Programar sesiones de desahogo (ver más adelante) y (6) Dejar el lugar y decir que solo se seguirá hablando en un momento de más calma (última opción, ira extrema o peligrosa). Se ensayan alternativas y se comprueban.

Sesiones de desahogo.

Se establece un lugar y horario preciso donde cada cónyuge expresa durante un tiempo limitado de antemano, y por turno, sin ser interrumpido, una serie de quejas de forma no ofensiva y expresando sus sentimientos respecto a una situación dada. Se pueden establecer pausas si aumenta la ira. Si se hacen más de dos pausas se aconseja suspender la sesión para otra ocasión.

Escucha empática.

Se establece un lugar y horario preciso donde cada cónyuge por turnos expone un problema durante un tiempo determinado; el otro debe de escucharle sin interrumpirle y devolverle al final de ese turno de modo resumido lo que ha captado del problema, el exponente le da feedback sobre el grado de entendimiento, se repite el proceso hasta un feedback satisfactorio, y comienza el turno del otro. El terapeuta puede modelar el proceso.

Normas de etiqueta coloquial.

El terapeuta presenta y modela pautas para establecer una conversación más agradable y eficaz. Son las siguientes: (1) sintonizar el canal del cónyuge (si el otro desea apoyo y comprensión emocional o soluciones/consejo práctico), (2) Dar señales de escuchar (verbales y no verbales), (3) no interrumpir (retenerse de expresar las opiniones personales hasta que no acabe el otro), (4) Formular preguntas con habilidad (p.e al iniciar una conversación pedir la opinión del cónyuge sobre un tema; evitar preguntas "¿por qué?), (5) emplear el tacto y diplomacia (no comenzar temas espinosos de manera imprevista sin pedirantes permiso al cónyuge). Todas estas normas se suelen utilizar ante conversaciones ocasionales; ya que son más inefectivas para el manejo de la hostilidad alta, donde es preferible el uso de las nueve opciones.

Resolución de Problemas

Se trata de modelar con la pareja la definición operacional y concreta de problemas, generar alternativas posibles y seleccionar una poniéndola en práctica, valorando sus resultados e iniciado el proceso nuevamente si no se considera satisfactorio.

Seguimiento de aspectos positivos

Cada cónyuge lleva un registro de actividades que ha realizado su pareja y le ha resultado agradable. Se establece un tiempo para intercambiar información de estos registros y se manifiestan peticiones o agradecimientos.

Sesiones de conciliación

Se establece un tiempo y lugar donde cada cónyuge habla de un problema a por turno, el que escucha asume un papel de investigador y hace preguntas tendentes a obtener información (p.ej. pedir ejemplos ante una queja vaga o general); y además hace un resumen de las quejas del otro, dándole primero feedback de entendimiento; después le toca al otro, para finalizar con un proceso de resolución de problemas. (Rios, 2004)

TERAPIA FAMILIAR

El apoyo familiar para el paciente con enfermedades crónicas es especialmente importante, no solo porque aumenta el funcionamiento físico y emocional del paciente, sino también porque promueve adherencia al tratamiento.

OBJETIVOS:

- Permitir que la familia exprese sus emociones y sentimientos acerca de la enfermedad.
- Lograr que los miembros de la familia superen las consecuencias psicológicas de la enfermedad.
- Disminuir los síntomas de depresión y ansiedad en la familia.
- Conseguir que los miembros de la familia se adhieran al tratamiento y colaboren en la recuperación del paciente.
- Mejorar la relación y comunicación dentro de los miembros de la familia.

Se trabajara con Psicoeducación, apoyo y consejería en lo cual se tomará en cuenta lo siguiente:

- a) Se trabajara aquellas secuelas psicológicas que ha dejado la enfermedad y los pensamientos erróneos de la misma.
- b) Es importante trabajar en el duelo de perder una parte de su salud física y de las consecuencias que trae consigo el tratamiento de Hemodiálisis, esto se lo realizara

con la facilitación del proceso catártico, con la modificación de pensamientos disfuncionales y el apoyo constante entre los miembros de la familia.

- c) Se hará conocer a la familia como es el funcionamiento del tratamiento físico y las medidas que debe tenerse con el paciente.
- d) Definir los roles y cuidado del paciente entre los miembros de la familia, con la finalidad de que no se cansen, ni culpabilicen al paciente por tener que ayudarlo en su recuperación. Esto se lo puede realizar mediante agenda de actividades con sus respectivos responsables.
- e) Se hará conocer además que el paciente no debe tratarse como un ente pasivo e inutilizado, se promoverá estrategias ocupacionales como ayudar en los quehaceres de la casa (ayudar a podar el jardín a ordenar).
- f) Se promoverá la realización de actividades recreativas como hacer un bingo con la familia, jugar monopolio, casino, salir de paseo, con la finalidad de que el paciente y la familia se sientan útiles.
- g) Se realizara psicoeducación sobre la importancia de mantener las restricciones dietéticas, toma de medicación, asistencia oportuna al tratamiento de Hemodiálisis, con la finalidad de concienciar la importancia de la adherencia al tratamiento.
- h) Se incentivara a que la familia busque ayuda mediante libros de superación, búsqueda de temas importantes para mejorar las relaciones y cuidado del paciente.
- i) Los miembros de la familia aportaran en la recuperación del paciente, así no solo recordaran al paciente las actividades que necesita realizar, también relacionaran el tratamiento con las actividades familiares ya existentes para que la adherencia sea aún mayor. Por ejemplo la familia puede realizar caminatas después de servirse el almuerzo, o servirse con menos sal todos los alimentos.

j) Es importante trabajar en el aislamiento social a causa de la enfermedad, ayudando a través de Psicoeducación y corrección de pensamientos disfuncionales a que la familia se dé cuenta que a causa de la enfermedad no debe aislarse de su grupo social, sino que deben adherirse a eventos sociales que ayuden a disipar al paciente y familia, como por ejemplo ir al cine, asistir a las terapias grupales, seguir un curso.

Conforme vayan avanzando las sesiones se trabajará en la claudicación familiar, entendida como la incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente.

La prevención la realizaremos teniendo en cuenta numerosas actuaciones encaminadas a mejorar el clima de relación y comunicación con el paciente y su familia. Con respecto al Paciente, además de instaurar el control de síntomas procuraremos una información y comunicación franca y honesta, con escucha atenta, en una relación de ayuda eficaz, dando seguridad y continuidad en los cuidados, manteniendo el rol familiar y social, apoyando psicoemocionalmente. Con respecto a la Familia haremos una escucha atenta de sus demandas y sugerencias, dar información puntual, adecuada, comprensible y continua sobre la evolución, se hará un entrenamiento de las tareas a realizar, implicando al mayor número posible de miembros, informando sobre todos los recursos formales e informales disponibles, dando soporte y apoyo emocional, corrección y respeto en el trato, afecto y disponibilidad en la relación. Es vital para prevenir la claudicación procurar el respiro del cuidador.

Una vez aparecida la claudicación debemos intervenir procurando de la mejor y más rápida forma la recuperación por parte de la familia. La primera actitud es la comprensión y la desculpabilización de la familia claudicante. Es conveniente revisar los últimos acontecimientos, explicar los cambios producidos, recordar los objetivos del

tratamiento, controlar eficazmente los síntomas del enfermo y manifestar la disponibilidad del equipo sanitario.

Trabajar en el duelo. Para la prevención del duelo patológico hemos de empezar a hablar de la muerte con la familia y en especial con el cuidador, mucho antes de que ésta se produzca. Preguntar aspectos como de qué forma prefieren recibir la noticia si no están presentes, si han pensado a quién avisar, cómo organizará los trámites y quién se ocupará de cada cosa.

Una vez producido el fallecimiento el apoyo psicológico se orientará a trabajar con el doliente favoreciendo la realización de las *tareas del duelo* que son aquellos procesos que ha de realizar el doliente a fin de concluir un duelo satisfactorio: Aceptar la realidad de la pérdida: es la premisa más evidente para iniciar el duelo pero también es el paso más difícil. Suelen aparecer resistencias tanto a corto como a largo plazo a la hora de aceptar la irreversibilidad de la pérdida, la aceptación es reconciliarse con la propia mortalidad y con la realidad de que el ser querido ya no existe.

Experimentar el dolor de la pérdida y liberar emociones. La pérdida en un principio es abstracta y poco a poco se materializa en pérdidas parciales más concretas. Solo cuando se experimenta dolor se avanza en la resolución del duelo. En relación al punto anterior es conveniente restringir el empleo de psicofármacos de forma inoportuna o exagerada. Pueden ser útiles parcialmente en algunas situaciones pero en absoluto deben impedir las manifestaciones emocionales de rabia y tristeza del doliente.

Ajuste del ambiente en el que desapareció el fallecido: el doliente se tiene que adaptar a la nueva situación que supone una redefinición de sí mismo. El no intentar resolver estos conflictos por sí mismo y dejar que lo solucionen otros es una forma de paralizar el proceso del duelo.

Resituarse emocionalmente al fallecido y seguir con la vida: el ser capaz de volver a vivir es la conclusión del proceso del duelo y posiblemente una de las tareas más difíciles.

Esta ayuda se traduce en los llamados *Principios de Asesoramiento en el Duelo*.

- Ayudar al doliente a aceptar la realidad de su pérdida hablando acerca del difunto, aconsejando a visitar los restos, escuchándole hablar de su pérdida.
- Ayudar a identificar y expresar sentimientos y emociones. Los sentimientos más problemáticos son el enfado, la culpa, la ansiedad, la impotencia y la tristeza. No solamente hay que expresar las emociones sino que deben ser enfocadas correctamente, o sea, dirigir correctamente el enfado, redimensionar la culpa, manejar la ansiedad y dar significado a la tristeza.
- Ayudar a vivir sin el fallecido llenando el vacío funcional que deja por la pérdida de los roles que desempeñaba.
- Dar tiempo para dolerse: el duelo requiere tiempo, es un proceso largo y cada persona tiene su propio ritmo.
- Normalizar las respuestas, tranquilizando y asegurando que las reacciones que siente son las habituales.
- Dar soporte continuado por lo menos durante el primer año.
- Seguir estando disponible e investigar defensas y estilos de afrontamiento.

Identificar posible patología y derivar en caso necesario. (Munoz & Espinoza, 2009)

TERAPIA GRUPAL

METODOLOGÍA

Diseño del proceso de terapia grupal

Para la elaboración del diseño de terapia grupal se seguirán las siguientes fases:

1. Encuadre.
2. Diagnóstico.

3. Planificación de sesiones.

4. Intervención.

5. Seguimiento.

Fase 1: Encuadre.

En las primeras sesiones se trabaja en el **rappor**t el sentido de “garantizar una relación con el paciente dentro de los marcos de una confiabilidad; dar muestras de honestidad y que el paciente así lo sienta; tratarlo como un ser humano al cual debe respetarse; darle la importancia que el paciente le confiere a los hechos por el consultados” a su vez el rapport implica una cualidad, un entendimiento mutuo, un respeto y un interés sostenido que deberá comunicarse desde el primer contacto hasta el último. El rapport se forma en base al interés demostrado por el terapeuta, a la capacidad de respuesta emocional que poseen paciente y terapeuta.

La actitud del terapeuta debe ser permisiva, comprensiva, respetuosa, cordial y de aceptación, cuidándose en detalles en la gesticulación, posturas, atención brindada, signos de intranquilidad.

En el encuadre básicamente el terapeuta hace un convenio con el paciente, en cuanto al tipo de terapia, la duración de la misma, así como también se habla sobre los límites de terapeuta-paciente, los logros que se pretende alcanzar, el sentido de la confidencialidad además de establecerse los objetivos de las terapias y compromisos por parte del terapeuta como el paciente.

Fase 2. Diagnostico

A través de una búsqueda selectiva que exija una trabajo analítico-sintético del terapeuta y que atienda a los síntomas principales, a la estructura del grupo familiar, a las formas adaptativas del sujeto, su modo de vida y luego de la aplicación de reactivos, de la observación e historia clínica nos encaminamos a dar un diagnostico. De esta manera se

puede planificar un proceso terapéutico de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

(Balarezo, 2011)

Diagnóstico, conformación y organización del grupo:

Para reducir las tasas de abandono, es necesario seleccionar adecuadamente a los candidatos.

a) Diagnóstico: No olvidemos que el grupo a trabajar son pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Dado que ya se ha aplicado el Cuestionario de Depresión de Beck y la Escala de Ansiedad de Hamilton participaran en las terapias todos aquellos que presentan tanto niveles de depresión como de ansiedad.

b) Composición: El grupo será homogéneo en cuanto al diagnóstico del Eje I y a la dinámica del paciente. Heterogéneo en cuanto a edad sexo, orientación sexual, estado civil, clase social y nivel académico.

c) Criterios de inclusión: se explora las motivaciones del paciente tomando en cuenta su disposición y su capacidad para llevar a cabo la tarea de grupo; es decir para dar y recibir retroalimentación y ser empáticos. Se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

Diagnóstico: pacientes con depresión y ansiedad
Edad: pacientes de 18 a 89 años
Divididos en grupos de:
18 a 29 años
30 a 59 años
60 o más años
Sexo: hombres y mujeres
Nivel de instrucción: se incluye todos los pacientes así no tengan niveles de estudio.
Prescripción farmacológica: pacientes con o sin prescripción farmacológica.

d) Criterios de exclusión: Se tomarán en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

Diagnóstico. Pacientes en etapas críticas, que no puedan asistir a las terapias.

Estado físico. Pacientes con estado de conciencia alterado. Bajo efecto de sustancias o con enfermedades físicas graves, que no le permitan participar.

A continuación se especifican los aspectos que se tomarán en cuenta en la organización del grupo.

1. Tipo de grupo

Homógeno en cuanto al diagnóstico (Eje I). Cerrado, con miembros fijos.

2. Inclusión de nuevos miembros.

No se admitirán inclusiones de miembros nuevos que asistan a tratamiento de Hemodiálisis, dado que alteran el proceso y se pierden las primeras terapias.

Si existen pacientes que quiera acceder a un proceso terapéutico psicológico se formara nuevamente otro grupo con nuevos integrantes.

3. Tiempo

Al ser un grupo cerrado con miembros fijos tendrá una limitación de tiempo que será de 13 semanas, una sesión por semana con duración de 40 a 60 minutos, en el horario que el Hospital y los pacientes disponga al iniciar el proceso en el encuadre. Posteriormente se tomara en cuenta las necesidades del área de Hemodiálisis para continuar con un proceso terapéutico.

4. Tamaño

Se trabajara con un total de 30 pacientes divididos en tres grupos de edades de 18 a 29 años, de 30 a 59 años y de 60 a más años.

5. Entorno físico

Los Directivos correspondientes del Hospital facilitaran un salón que disponga de espacio suficiente, buena iluminación y comodidad para realizar las sesiones.

6. Registro

Se llevará un registro escrito de las asistencias de los participantes, así como un resumen de cada sesión, de la evolución e interacciones individuales significativas de cada paciente.

7. Terapia paralela

Los pacientes opcionalmente podrán asistir a tratamiento psiquiátrico o psicológico individual.

Preparación del contexto

Los primeros encuentros preparatorios son, a la vez, sesiones terapéuticas, durante las cuales se establece la interacción entre paciente y terapeuta.

1. Preparación del paciente

Se prepararán a los pacientes seleccionados durante algunas sesiones individuales antes del inicio de la terapia grupal. El terapeuta asegurará a los pacientes que el grupo les será beneficioso. Se describirá el curso probable del tratamiento, los trabajos generales de la terapia y las razones para la elección de este tipo de terapia y la de un grupo en particular.

Se abordará con el grupo de pacientes los siguientes puntos:

- a. Llegar a un acuerdo respecto a los objetivos terapéuticos.
- b. Definir el rol del paciente: compromiso con el concepto de cambio, apertura al feedback del grupo y hablar abiertamente.
- c. Definir el rol del terapeuta: reconocer la evolución de los pacientes, ayudar a los miembros del grupo a centrarse en el grupo, brindar el entorno adecuado para que el paciente desarrolle sus potencialidades

d. Tratar el lugar, hora y duración de las sesiones. Despejar cualquier expectativa irreal de soluciones inmediatas.

e. Señalar los temas administrativos y de organización, incluyendo normas y acuerdos.

f. Examinar parámetros de terminación y comienzo.

2. Comienzo y mantenimiento del proceso terapéutico

Una vez que se ha seleccionado los miembros del grupo y acordado la fecha de la primera sesión se realizarán las siguientes actividades de inicio:

1. Presentación del terapeuta.

2. Presentación de los miembros o participantes

3. Explicar los objetivos del grupo

4. A través de un consenso plantear acuerdos para el funcionamiento del grupo.

5. Explicar en qué consiste la Terapia Cognitiva y otras técnicas alternativas.

3. Evaluación Inicial

Aplicación de reactivo psicológico a pacientes que deseen integrarse y/o reintegrarse al grupo. Con el fin de evaluar el nivel de depresión inicial se abrirá una Historia Clínica Psicológica y se usará inventario de depresión de Beck y la escala de Hamilton para la ansiedad.

Fase 3. Planificación de sesiones.

Tipo de Terapia: Cognitiva. Además se emplearán técnicas alternativas para la ansiedad.

En cada una de las sesiones los pacientes deberán realizar tareas, con la finalidad de ir evaluando sus cogniciones. Posteriormente antes de iniciar la próxima sesión se evaluarán las tareas con la finalidad de que el paciente se dé cuenta de sus pensamientos erróneos y además descubra la utilidad de cada sesión terapéutica.

SESIÓN N° 1

TEMA: Establecer la relación terapéutica

OBJETIVOS:

- a. Establecer rapport para generar ambiente de confianza.
- b. Motivar a los integrantes del grupo para la participación y compromiso de asistencia.
- c. Exponer propuesta metodológica y pautas de funcionamiento terapéutico.

PROCEDIMIENTO

- Presentación de la terapeuta.
- Presentación de los y las participantes.
- Incentivar a los pacientes a la participación a través de una charla educativa sobre la importancia de la intervención psicológica.
- Aclarar a los pacientes que pueden tener sesiones individuales si así lo requieren o lo necesitan dentro del proceso.
- Fijar límites.
- Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento.
- Establecimiento de acuerdos compromisos y normas.

NOTA En todas las terapias los pacientes deben expresar sus opiniones, participar activamente y buscar soluciones junto con la terapeuta.

SESION N° 2 Pensamientos automáticos.

Explicación: El registro de pensamientos automáticos Puede hacerse de diferentes maneras:

1. A partir de la experiencia de cada uno de los pacientes se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.
2. Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis los pacientes predicen los resultados y los comprueban.
3. Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las de los pacientes.
4. Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones de los paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

SESIÓN N° 2**TEMA:** Pensamientos automáticos.**OBJETIVOS:**

- Lograr que el paciente detecte sus pensamientos automáticos.

PROCEDIMIENTO

Los pacientes deberán registrar sus pensamientos automáticos en las diferentes situaciones de sus vidas.

ACCION TERAPEUTICA

- Ayudar a los pacientes a identificar los pensamientos automáticos.
- Determinar el significado que le atribuye a un suceso.
- Destacar la tendencia que tiene el paciente a negar o quitar importancia indiscriminadamente a las experiencias positivas.
- Preguntándole ¿No es cierto que...?. ¿Por qué dices eso?

TAREA PARA CASA: El registro de pensamientos automáticos debe ser diario en los periodos y lugares más difíciles. Esto lo realizarán además de tener otras tareas.

Modelo de hoja de registro de pensamientos automáticos.

SITUACION	PENSAMIENTO	PENSAMIENTO ALTERNATIVO

SESIÓN N° 3 Aceptación de la enfermedad

Explicación: Los pacientes pueden hacerse responsables de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

EVALUACIÓN DE LA TAREA

Revisar los pensamientos automáticos que han tenido. Buscar argumentos y creencias que puedan refutar dichos pensamientos erróneos. Posteriormente se los coloca como pensamientos alternativos en la hoja de registro.

SESIÓN N° 3	
TEMA: Aceptación de su enfermedad	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Permitir que los pacientes se dé cuenta que los pensamientos erróneos de su enfermedad lo llevan a estados de depresión y/o ansiedad. • Lograr que los pacientes acepten su enfermedad como una forma de vida y no como una desgracia 	
PROCEDIMIENTO <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el proceso catártico que permita saber los pensamientos negativos acerca de la enfermedad. • Se solicita al paciente que exprese abiertamente las causas por las que cree tener que realizarse el Tratamiento de Hemodiálisis. 	ACCION DEL TERAPEUTA Hacerle dar cuenta sus pensamientos erróneos, a través de ejemplos destacando sus capacidades cualidades y virtudes.
TAREA PARA CASA: Lista de pensamientos acerca de su enfermedad y que ellos mismos busquen una solución alternativa.	

Modelo de registro de pensamientos acerca de su enfermedad.

Situación o fase de la enfermedad.	Pensamiento.	Solución alternativa.

SESIÓN N° 4 Desvictimización.

Explicación: Los pacientes puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad y/o depresión. Además creen que por su enfermedad esta inutilizados y que ya no puede hacer nada. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

EVALUACION DE LA TAREA.
Revisar los obstáculos que los pacientes se ponen ante la enfermedad. “los no puedo”, “los debería”, “la negación de lo que tengo y de lo que puedo hacer”.

SESIÓN N° 3	
TEMA: Desvictimización.	
OBJETIVOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que los pacientes reconozca que sus problemas no giran solo en torno a su enfermedad. • Conseguir que los pacientes reconozca que su enfermedad no limita sus capacidades 	
PROCEDIMIENTO	ACCION DEL TERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Expresar como cree que el tratamiento lo/a imposibilita. • Hacer una lista de todos los fracasos personales, familiares, laborales y sociales que son producto de su enfermedad y tratamiento 	<p>Desvictimizar a los pacientes haciéndoles dar cuenta que todos los problemas que tiene no son producto de su enfermedad. Se puede hacer reflexionar en la pregunta:</p> <p>¿Antes de tener la enfermedad no tenía problemas? Hacer que cada uno de los pacientes establezca un convenio de coexistencia pacífica con el tratamiento.</p>
TAREA PARA CASA: Seguir Trabajando en este convenio pacifico de coexistencia con el tratamiento. Buscando argumentos lógicos para poder vivir con una enfermedad sin culparse por ella.	

SESIÓN N°5 Comprender las quejas de los pacientes y transformarlas en síntomas - objetivo (evaluación)

Explicación: Se debe escuchar empáticamente a los pacientes para comprender su paradigma personal, su visión de sí mismo, del mundo y del futuro, solo así se sentirán comprendidos y motivados para poner a prueba sus pensamientos.

Al principio los pacientes pueden manifestar sus quejas de forma confusa por lo que se les debe ayudar a clarificar y demostrarles como se relacionan con su depresión y/o ansiedad. Ejemplos que se les debe dar a los pacientes.

Una mujer quiere divorciarse de su esposo y su pensamiento le lleva a ver a su esposo peor de lo que es.

Un paciente puede creer que está desarrollando una demencia cuando lo que realmente tiene es dificultades para concentrarse a causa de su depresión.

EVALUACIÓN DE LA TAREA

Revisar los argumentos lógicos, refutarlos si no están correctos. Demostrarle que el tratamiento no la incapacita.

SESIÓN N° 5

TEMA: Comprender las quejas de los pacientes y transformarlas en síntomas - objetivo (evaluación)

OBJETIVOS:

- Ayudarles a clarificar sus quejas y demostrarle como se relacionan con los síntomas de la depresión.

PROCEDIMIENTO

- Pedirle a los pacientes que explique su visión de sí mismo, del mundo y del futuro

ACCION DEL TERAPEUTA

Explicar que estos pensamientos son síntomas propios de la depresión, haciéndoles un repaso de los síntomas afectivos, fisiológicos, motivacionales, conductuales y cognitivos de este trastorno.

Hay que asegurarse que los pacientes hayan comprendido.

TAREA PARA CASA: Hacer una comparación de sus pensamientos y los síntomas de la depresión y luego buscar pensamientos alternativos.

Modelo de registro de sus pensamientos y los síntomas de la depresión.

Pensamientos	Síntomas de la depresión	Pensamientos alternativos

SESIÓN N° 6 Explicación de la relación entre sentimientos y emociones.

Explicación. En base a la información que dan los pacientes les explicamos los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva. Y se describen los ejemplos descritos abajo. Se debe explicar bien y hacer preguntas concretas para que el paciente pueda experimentar la sesión como un éxito ya que podremos reforzarle por haber comprendido y respondido a la terapia. Esto mejorara su estado de ánimo y le predispondrá favorablemente a la terapia.

EVALUACION DE LA TAREA

Revisar como tiene relación sus pensamientos con su depresión a fin de que cada paciente se dé cuenta que si cambia sus pensamientos disminuye sus síntomas.

SESIÓN N° 6

TEMA: Explicación de la relación entre sentimientos y emociones.

OBJETIVOS:

- Lograr que los pacientes comprenda como la distorsión de los pensamientos afecta sus emociones.

PROCEDIMIENTO

- En base a las sesiones anteriores tomamos los ejemplos concretos experimentados por los pacientes en cuanto a su visión acerca de su enfermedad.
- Posterior a los ejemplos citados por el terapeuta los pacientes deberán realizar ejemplos similares aplicados a sus formas de pensamiento.

ACCION DEL TERAPEUTA

- El terapeuta puede tomar otros ejemplos como los propuestos por Beck:
Un cliente decía que mientras esperaba para entrar a consulta se ponía peor ya que si el terapeuta la atendía enseguida era porque su problema era muy grave y no podía esperar y si se tardaba en atenderle era porque la consideraba un caso perdido.

TAREA PARA CASA: Leer un folleto de autoayuda sobre la depresión y hacer anotaciones sobre lo leído.

SESIÓN N° 7 Aplicación de técnicas conductuales para cambiar cogniciones.

Cabe recalcar que esta técnica se la trabajara en tres sesiones, él paciente deberá siempre practicarlas no solo durante las sesiones terapéuticas sino en las diferentes situaciones que se le presenten.

1. **PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES INCOMPATIBLES:** Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (p.e actividad gimnástica en lugar de rumiar).
2. **ESCALA DE DOMINIO/PLACER:** El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que

tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (p.ej., utilizando escalas de 0-5).

Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

3. **ASIGNACIÓN DE TAREAS GRADUADAS:** Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

4. **ENTRENAMIENTO ASERTIVO:** Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.

5. **ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN:** Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.

6. **ENSAYO CONDUCTUAL Y ROL PLAYING:** Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

7. **EXPOSICIÓN EN VIVO:** El paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que desconfirma sus expectativas aterrorizantes y termina por habituarse a ellas.

EVALUACIÓN DE LA TAREA
Analizar cómo cada paciente puede salir de la depresión a través de lo leído. Buscando las estrategias que el paciente las pueda realizar y aplicarlas a sus vidas.

SESIÓN N° 7	
TEMA: Aplicación de técnicas conductuales para cambiar cogniciones.	
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Conseguir que los pacientes fijen su atención en las sensaciones agradables que experimente superando el pensamiento dicotómico (todo nada).	
PROCEDIMIENTO <ul style="list-style-type: none">• Lista de actividades de dominio: cosas que les gustaría hacer pero que actualmente no	ACCIÓN DEL TERAPEUTA <ul style="list-style-type: none">• Pedirle a los pacientes que imaginen sucesivamente cada uno de los pasos que

<p>puede hacer por encontrarse deprimido.</p> <ul style="list-style-type: none"> En la imaginación los pacientes pueden encontrar diferentes obstáculos (conductuales, cognitivos o ambientales) que pueden impedir la ejecución de la tarea 	<p>componen la ejecución de una tarea.</p> <ul style="list-style-type: none"> El terapeuta identificará y desarrollará soluciones para estos problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no deseada.
<p>TAREA PARA CASA: cada paciente deberá tratar de realizar una actividad de su lista, posteriormente registrara los pensamientos y emociones que sintió. Y deberá poner una escala del 0 al 10 como califica su acción.</p>	

<p>EVALUACIÓN DE LAS TAREAS</p> <p>Analizar los registros buscando pruebas a favor y en contra de sus creencias depresivas.</p> <p>Elicitar sus pensamientos contraproducentes mediante preguntas. Por ejemplo si un paciente se autoevaluó con una destreza igual a cero, el terapeuta deberá ayudarlo a ver lo que hizo bien (visión de conjunto) preguntándole: ¿hizo algo bien?, ¿Cómo lo vieron las otras personas?, ¿Cómo lo vería si ese trabajo lo hubiese hecho otra persona?</p>

<p>SESIÓN N° 8</p>	
<p>TEMA: los debería o “reglas de vida”; Los contratos personales; las profecías auto cumplidas.</p>	
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conseguir que los pacientes se den cuenta que mantiene supuestos disfuncionales que alteran su estado emocional, con la finalidad de que acepte cambiarlos 	
<p>PROCEDIMIENTO</p> <p>Cada paciente deberá determinar cuáles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sus reglas de vida: p.ej.: “debo sentirme triste siempre porque soy un inútil” Contratos personales: “si hago... , entonces ocurrirá...”. P.ej.: “si soy humilde y sumiso todos me querrán”. Profecías auto cumplidas: p.ej.: “no voy a ser feliz si no tengo...” 	<p>ACCION DEL TERAPEUTA</p> <ul style="list-style-type: none"> Explicarle que si creen algo hacen y actúan como si fuera cierto. Neutralizar los supuestos relacionados con la autoestima. Hacerles ver que puede y que le conviene habituarse a aceptarse independientemente de la aceptación de los demás. Señalar y discutir la arbitrariedad de los supuestos desadaptativos: discutir la diferencia entre creencias y hechos en supuestos como: “para ser feliz necesito...”
<p>TAREA PARA CASA: listar las ventajas de cambiar estos esquemas disfuncionales.</p>	

SESIÓN N° 9	
TEMA: Ventajas de cambiar los esquemas disfuncionales. (se trabajara en la tarea anterior)	
OBJETIVOS:	
<ul style="list-style-type: none"> Lograr que los pacientes apliquen a sus vidas la corrección de sus pensamientos a fin de afrontar e mejor manera las situaciones que se le presente. 	
PROCEDIMIENTO	ACCION DEL TERAPEUTA
Cada paciente hablara sobre sus razones para cambiar y como estas le ayudaran en su vida. Deberán comprometerse a aplicar las técnicas terapéuticas con el fin de sentirse mejor.	El terapeuta dará aun más razones que beneficiaran a los pacientes. Se hará ejemplos de casos en donde el paciente deberá buscar una solución al problema mediante pensamientos alternativos.
EVALUACION: se aplica un re-test (Inventario de Depresión de Beck)	

SITUACIONES (ejemplos de casos)	SOLUCIÓN
Si una persona que duerme sola se despierta sobresaltada por un ruido si piensa que es un ladrón se sentirá muy ansiosa, en cambio si piensa que deajo la ventana abierta y que el viento la golpeo, las emociones serán diferentes y se quedará más tranquila.	
Soy incapaz de hacer algo bien	
¿Qué puedes hacer para no pensar que tu enfermedad te imposibilita?	

(Beck, 2008)

Luego de este proceso y dado que los pacientes muestran niveles de depresión y ansiedad algunos compartiendo los dos tipos de sintomatología al mismo tiempo se realizara algunas técnicas terapéuticas alternativas trabajadas después de la novena sesión.

SESIÓN N° 10	
TEMA: enseñar a los pacientes a hacer respiración profunda.	
OBJETIVOS:	
<ul style="list-style-type: none"> Lograr que los pacientes practiquen los tipos de respiración con la finalidad de disminuir la ansiedad en las situaciones emocionalmente intensas. 	
PROCEDIMIENTO	ACCION DEL TERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> Inspira profundamente mientras cuentas mentalmente hasta 4 Mantén la respiración mientras cuentas mentalmente hasta 4 Suelta el aire mientras cuentas mentalmente hasta 8 	De lo que se trata es de hacer las distintas fases de la respiración de forma lenta y un poco más intensa de lo normal, pero sin llegar a tener que forzarla en ningún momento. Para comprobar que haces la respiración correctamente puedes poner una mano en el

<ul style="list-style-type: none"> • Repite el proceso anterior 	<p>pecho y otra en el abdomen.</p> <p>Estarás haciendo correctamente la respiración cuando sólo se te mueva la mano del abdomen al respirar (algunos le llaman también respiración abdominal).</p>
<p>TAREA PARA CASA: Practicar este tipo de respiración y ponerla en práctica en situaciones de tensión.</p>	

<p>SESIÓN N° 11</p>	
<p>TEMA: Detención del pensamiento.</p>	
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr que los pacientes puedan controlar sus pensamientos. 	
<p>PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando empiecen a encontrarse incómodos, nerviosos o alterados, préstele atención al tipo de pensamientos que están teniendo, e identifiquen todos aquellos con connotaciones negativas (centrados en el fracaso, el odio hacia otras personas, la culpabilización, etc.) • Poner un hasta aquí para usted mismos. • Sustituyan esos pensamientos por otros más positivos 	<p>ACCION DEL TERAPEUTA</p> <p>Explicar que esta técnica necesita cierta práctica para identificar los pensamientos negativos, así como para darles la vuelta y convertirlos en positivos.</p>
<p>TAREA PARA CASA: practicar la detección del pensamiento en diferentes situaciones de sus vidas pueden hacerlo diariamente.</p>	

En el siguiente cuadro hay algunos ejemplos:

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS
“Soy un desastre”	“Soy capaz de superar esta situación”
“No puedo soportarlo”	“Si me esfuerzo tendré éxito”
“Me siento desbordado”	“Preocuparse no facilita las cosas”
“Todo va a salir mal”	“Esto no va a ser tan terrible”
“No puedo controlar esta situación”	“Seguro que lo lograré”
“Lo hace a propósito”	“Posiblemente no se haya dado cuenta que lo que hace me molesta”

(Caballo, 2004)

<p>SESIÓN N° 12</p>	
<p>TEMA: Aceptación de sensaciones.</p>	
<p>OBJETIVOS:</p> <p>Alcanzar que los pacientes sean pasivos aun en las situaciones que les produzcan ansiedad.</p>	

PROCEDIMIENTO

Posición, tumbado con las rodillas dobladas y con los pies apoyados en el suelo. Las rodillas pueden ponerse juntas si se está más cómodo o separado si se prefiere.

Se trata de centrarse en la sensación más desagradable que tengamos y entrar en contacto con ella. Permanece en contacto como si fueras un foco de luz que no empuja ni fuerza nada y que tampoco deja nada como está. Se trata de hacernos amigos de nuestras sensaciones de ver como son y cómo evolucionan por si solas sin intervenir nosotros. Dejando que la sensación evolucione como quiera, si algo nos duele dejamos que el dolor se desarrolle, crezca o disminuya sin intervenir. Al ser una sensación desagradable tendemos de manera automática a intentar que disminuya y desaparezca, ahora hay que dejarla que crezca, si esa es su evolución natural. Contactar ligeramente, que sean las sensaciones las que guíen nuestra conciencia no intentemos sentir lo que queremos sino lo que el cuerpo nos dice. Vamos a observar la sensación, ver sus características, que parte del cuerpo está involucrada, si es aguda, sorda, si siempre es igual o va cambiando con el tiempo, etc. Lo más importante es observar sin intervenir. Si alguna otra sensación se hace más fuerte que la que hemos contactado nos vamos a ella. Vamos a dejar que todas las sensaciones desagradables lleguen a nuestra conciencia.

Evitar los movimientos conscientes puesto que generalmente intentan hacer desaparecer las sensaciones desagradables. Vamos a trabajar desde la pasividad. Si algún movimiento involuntario surge dejarlo que ocurra también pasivamente.

La pareja ha de estar muy atenta a su propio cuerpo relajando las tensiones que aparezcan y atenta también a lo que le pasa al compañero, debe estar presente pero sin intervenir en el proceso. De vez en cuando el que está trabajando le informará de lo que siente, de cómo va y lo que está pasando con la sensación con la que está. El que ayuda debe de animarle a seguir con las sensaciones a mantenerlas sin intentar eliminarlas.

Si alguno no encuentra ninguna sensación desagradable, que empiece a sentir las sensaciones que tiene en la cabeza y luego en el cuello y recorra todo el cuerpo dejando que las sensaciones llenen su conciencia sin intervenir."

SESIÓN N° 13

TEMA: Cierre Terapéutico

OBJETIVOS:

- Incentivar a los pacientes a aplicar las diferentes herramientas terapéuticas.

MATERIALES:

Cartulinas, revistas, periódico para recortar, tijeras, gomas, pinturas, marcadores.

PROCEDIMIENTO

Los pacientes deberán hacer grupos y mediante un collage representaran lo positivo y negativo de las terapias.

Lo aprendido y como lo van a poner en práctica lo pueden hacer mediante ejemplos.

ACCION DEL TERAPEUTA

El terapeuta escucha y contradice los pensamientos erróneos o estimula las intervenciones buenas.

Se incentiva a todos a continuar practicando lo aprendido.

Se agradece y se estimula su participación durante el proceso.

VALORACIÓN: Finalmente se realiza un re-test (escala de ansiedad de Hamilton) con la finalidad de medir los resultados luego de un proceso Terapéutico.

Nota: En caso de que algún miembro del grupo se encuentre en un periodo en el que no logra continuar con el proceso terapéutico y dificulta la terapia de sus compañeros, deberá nuevamente recibir terapia individual a fin de que supere las situaciones problema que le impidan continuar y trabajar de la mejor manera.

LISTADO DE PREGUNTAS Y HERRAMIENTAS ÚTILES DURANTE LAS SESIONES

A continuación se presentan algunos ejemplos del método de las preguntas, en algunas de las técnicas cognitivas:

1. COMPRENSIÓN DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LOS

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

- "¿Qué quiere decir con...?"
- "¿Por qué razón piensa o cree eso?"
- "¿Por qué es tan importante eso que piensa para usted?"

2. CUESTIONAMIENTO DE EVIDENCIAS

- "¿Qué pruebas tiene para creer eso?"

3. REATRIBUCIÓN

- "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?"
- "¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera...?"

4. EXAMEN DE OPCIONES ALTERNATIVAS DE INTERPRETACIÓN

- "¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?"
- "¿Son posibles otras interpretaciones?"
- "¿Qué otras cosas pensó ante ese suceso? Veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias."

5. EXAMEN DE CONSECUENCIAS ANTICIPADAS

- "¿A qué le lleva pensar eso?"

- "¿Le es de alguna utilidad?"

6. COMPROBAR LOS EFECTOS

- "Si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible?"

- "¿Se podría hacer algo si ocurriese?"

7. EXAMEN DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS

- "¿Qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?"

8. ESCALAR UN PROBLEMA

- "¿Podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?"

- Hacer jerarquías

9. CAMBIO DE IMÁGENES

- "¿Podríamos afrontar esa situación preparándose con la imaginación como paso previo al real?"

10. ETIQUETAR LA DISTORSIÓN COGNITIVA:

- "De los errores cognitivos vistos, ¿qué tipo de error sería este?"

- "¿Qué alternativas podríamos encontrar a ese error?"

11. ASOCIACIÓN GUIADA PARA ENCONTRAR SIGNIFICADOS

ASOCIADOS ENTRE SI

- "¿Y si eso fuera así, entonces que significaría para usted?"

12. DISTRACCIÓN COGNITIVA

- "¿Podríamos probar algún método para desviar su atención?"

- Uso de relajación, imágenes incompatibles, recuerdos positivos, etc.

13. VALORAR LAS PROBABILIDADES DE OCURRENCIA DE UN

EVENTO TEMIDO

- "¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso?"

- "Otras veces lo pensó, ¿y qué ocurrió en realidad?"

14. PREVENCIÓN COGNITIVA

- "¿Podríamos comprobar qué sucede en realidad si usted no actúa como piensa que debería, y ver así, si eso es tan grave como cree?"

15. ROL PLAYING

- "¿Podemos representar esa escena y ver qué pasos podría seguir, a modo de guía mental?"

16. USO DE EXPERIMENTOS PERSONALES

- ¿Podríamos comprobar esa idea, ideando una prueba a modo de experimento?
- Uso de técnicas conductuales

17. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- "Podríamos pensar en varias alternativas a ese problema, valorar cual podría ser más ventajosa, ponerla en práctica y comprobar sus resultados?" (BECK & ELLIS., 2000)

Fase 4. Intervención.

Luego de haber desarrollado la planificación de sesiones en la terapia individual, de pareja, familiar y grupal, se pretende la ejecución del presente

Plan de Intervención Psicológico propuesto, dado que es necesario que los pacientes sometidos a Tratamiento de Hemodiálisis reciban tratamiento psicológico oportuno que atienda a sus necesidades, disminuya los síntomas de ansiedad y depresión y mejore su calidad de vida en general.

Fase 5. Seguimiento

Otra fase a seguir es el seguimiento de los pacientes después de haber tenido un proceso terapéutico, con la finalidad de evitar las recaídas y mantener en el individuo una buena salud mental.

Por ello de acuerdo a los resultados obtenidos en cada uno de los pacientes se los incentiva a seguir asistiendo a terapias individuales ya sean semanales o mensuales con la finalidad de continuar con un buen proceso de tratamiento.

10. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Psiquiatría AAP, (2014). *GUIA DE CONSULTA DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5*. ESTADOS UNIDOS: American Psychiatric Publishing.

Anónimo. (04 de 06 de 2008). *COP*. Recuperado el 15 de 02 de 2014, de FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK: [www.cop.es/colegiados/Fundamentos teóricos de la Terapia Cognitiva de A. Beck](http://www.cop.es/colegiados/Fundamentos%20te%C3%B3ricos%20de%20la%20Terapia%20Cognitiva%20de%20A.%20Beck)

Balarezo, Lucio. (2011). *Psicoterapia*. QUITO: Segunda Edición.

Barrera, L., & Cols. (2010). La enfermedad crónica. En *Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica* (págs. 15-17). COLOMBIA: UNIBIBLOS.

Beck, A. (2008). *Terapia Cognitiva para la depresión de A. Beck*. España.

Caballo, V. (2004). *Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades*. España.

Choliz, M. (1994). EMOCIÓN, ACTIVACIÓN Y TRASTORNOS DEL SUEÑO. *Anales de Psicología*, 217-229.

Cornelio, P. (2012). *Evaluación de los rasgos de personalidad y factores de riesgo de Diabetes Mellitus tipo I y II*. Bilbao: Tesis.

De Jaro, P. (15 de 06 de 2010). *PSICOMED.NET*. Recuperado el 14 de 12 de 2014, de http://www.psicomed.net/a_trast_pers.html

Eaglestom, J.; Chesney, M.; & Roseman, R. (1988). FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EN LAS ENFERMEDADES CORONARIAS: EL PATRON DE COMPORTAMIENTO TIPO A COMO EJEMPLO. *REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA*, vol. 20 (001), 81-89.

Ecuador, M. d. (2011). *Normas y protocolos para la atención de las* (Diciembre 2011 ed., Vol. 1). ECUADOR.

Fernández, C., Amigo, I., & Pérez, M. (2003). *MANUAL DE PSICOLOGIA DE LA SALUD*. MADRID: Ediciones Pirámide.

Fierro, A. (1996). *MANUAL DE PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD* (Paidós Ibérica S.A. ed.). Barcelona: Paidós.

Gimeno, M. (2011). *LA ENFERMEDAD CRONICA Y LA FAMILIA*. Recuperado el 10 de DICIEMBRE de 2014, de CENTRELONDRES94. http://www.centrelondres94.com/files/La_enfermedad_cronica_y_la_familia.pdf

Gómez, J. (23 de 05 de 2014). *Biopsicologia.net*. Recuperado el 14 de 12 de 2014, de <http://www.biopsicologia.net/el-proyecto/nivel-4-patologias/990-trastornos-de-la-personalidad>

Harrison. (2006). *Principios de Medicina Interna* (16 ed.). ESPAÑA: MACK CLAU N.

Kaplan, B., & Sadock, H. (1996). *MANUAL DE PSIQUIATRÍA DE URGENCIAS*. New York: LEXUS.

Kinder, L.; Kam arck, T.; Baum, A.; & Orchard, T. (2002). *SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESION Y ENFERMEDAD CORONARIA EN TIPO DE DIABETES I*. EE.UU: Health Psychology.

Kusuya, M. T. (1997). *CLASIFICACION DE LA DIABETES EN LAS BASES ETIOLOGIAS Y LA INSUFICIENCIA DE INSULINA*. ESTADOS UNIDOS: DIABETES CARE.

Larsen, R. J., & Buss, D. (2005). *PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD*. MEXICO: M cGraw -Hill.

López, I. (1999). *Enfermería en cuidados paliativos*. ESPAÑA: PANAMERICANA.

Lutsm an. (2000). *DEPRESION Y CONTROL DE GLUCEMIA*. Washington: Diabetes Care.

Lutsm an, P., & Clouse, R. E. (2007). *DEPRESION Y DIABETES*. EE.UU: Psychosomatic Medicine.

M .S.P., M. D. (2004). Guías para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de las Principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *SALUD*, 30.

Macías, Y. (2006). *ANSIEDAD, IRA Y TRISTEZA-DEPRESIÓN EN LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES*. Madrid: Paidós.

- Merck. (2011). *ENDOCRINOLOGIA Y DESORDEN METABOLICO*. EE.UU: Merck.
- Mousoño, M. (20 de 03 de 2014). *PERSONALIDAD*. México.
- MSP, M. d. (2010). *GUIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2*. Chile: Gobierno de Chile.
- Muñoz, C. F., & Espinoza, A. J. (10 de 06 de 2009). La Familia en la Enfermedad Terminal. *La hora*, pág. B5.
- Muñoz, R. F., Aguilar, P. D., & Guzmán, J. P. (2007). *Manual de Terapia Individual para el Tratamiento Cognitivo- Conductual de la Depresión*. ARGENTINA: PAIDOS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2003). *Clasificación DE LOS TRASTORNOS MENTALES CIE-10* (10 ed., Vol. 2). WASHINGTON.
- Orozco, M., Palacio, X., Corredor, D., & Cuartas, G. (2007). ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y PATRONES DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO DESCRIPTIVO CORRELACIONAL. *CUADERNOS HISPANOAMERICANOS DE PSICOLOGIA*, 111-125.
- Peralta, P. G. (2007). Depresión y Diabetes. *AVANCES EN DIABETOLOGÍA*, 105-108.
- Pervin, L. A. (1997). *LA CIENCIA DE LA PERSONALIDAD*. MADRID: McGraw-Hill.
- Piedrola, G., Rey, C. J., & Domínguez, C. (1994). *Medicina Preventiva y Salud Pública* (19 ed.). ESPAÑA: MASSON.
- Piqueras, J., Ramos, A., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). *EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FISICA*. Buenos aires: Paidos.
- Porcelli, P. (2004). *MEDICINA PSICOSOMATICA Y EL TEST DE TORSCHACH*. Madrid: Ediciones Psimática.
- Remor, E. (25 de 07 de 2006). PSICOSOMATICA PSICOANALITICA, una visión Holística del sujeto. *Recre@rte*, 30.
- Reyes, A. G., Garrido, A., Torres V., L., & Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 111-117.

Ríos, S. J. (2004). *Manual de Psicoterapia Cognitiva, Aplicaciones Clínicas, Elementos Básicos*. España: Paidós.

Spagnuolo, A. M. (2010). MEDICINA PSICOSOMÁTICA. REVISTA DE PSIQUIATRÍA DINÁMICA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA, 6.

Ugalde, O. (2010). *Guía Clínica para el Tratamiento de los trastornos psicogeriatricos*. México: Patricia Fuentes de Iturbe.

Vega, O. M., & González, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. (16), 1-16.

W ho. (2003). *Definición, Diagnostico y Clasificación de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones*. EE.UU: W HO: Report of a W ordl Consultation.

W ild, S. R. (2004). *PREVALENCIA DE DIABETES. Proyección para el 2030*. EE.UU: Diabetes Care.

11. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:.....

YO.....

....., con CI..... certifico que he sido informado con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que la Srta., de psicología clínica, me ha invitado a participar: que actúo consecuentemente, libre y voluntariamente como colaborador/a, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de lucro.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

.....
Psicología Clínica
CI.....

.....
Paciente
CI.....

12 SINTOMAS GENITO URINARIOS Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia.	0	1	2	3	4
13 SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO Sequedad de la boca. Exceso de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación.	0	1	2	3	4
14 COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA (GENERAL) Tenso, incomodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad: postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular. Respiración jadeante. Palidez facial. (FISIOLOGICO) Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20/min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmia. Sudor. Micologías palpebrales.	0	1	2	3	4

OBSERVACIONES:

CALIFICACIÓN:

0 - Ausencia de Ansiedad
01 - 14 - Ansiedad Leve
15 - 28 - Ansiedad Moderada
29 - 42 - Ansiedad Severa
43 - 56 - Ansiedad muy Grave

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLÓN (MCM I-III)

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas incluso por la mañana.
2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cual empezar.
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado
5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacerlo que ellos quieren.
8. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hablo o parezco.
9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente
13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
15. Las cosas que hoy van bien no duraran mucho tiempo.
16. Soy una persona muy agradable y sumisa.
17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
18. Tengo miedo acercarme mucho a otra persona por que podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.

19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal
20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
21. Me gusta coquetear con personas del otro sexo.
22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos muy continuamente.
23. Beber alcohol nunca me ha ocasionado verdaderos problemas en mi trabajo.
24. Hace algunos años comencé a sentirme un fracasado.
25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
26. Los demás envidian mis capacidades.
27. Cuando puedo elegir prefiero hacer las cosas solo.
28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
30. Últimamente he comenzado a tener deseos de destruir cosas.
31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
34. Últimamente he perdido los nervios.
35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo o hacerlas bien.
36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira, y luego me siento terriblemente culpable por ello.

37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.
39. Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
40. Creo que soy una persona miedosa he inhibida.
41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
42. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
45. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
46. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de gente.
47. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
50. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
51. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
52. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.

54. Muchas veces me siento muy alegre y animo sin ninguna razón.
55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
56. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
57. Pienso que son una persona muy sociable y extrovertida.
58. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
59. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
60. Simplemente no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
61. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
62. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
63. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
64. No sé porque pero, a veces, digo cosas crueles solo para hacer sufrir a los demás.
65. En el último año he cruzado en el atlántico en avión treinta veces.
66. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
67. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
68. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
71. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.

72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no se a donde voy en la vida.
73. A menudo dejo que los demás tomen por mis decisiones importantes.
74. No puedo dormirme y me levanto tan cansado como al acostarme.
75. Últimamente sudo mucho me siento muy tenso.
76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
78. Aunque este despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
79. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
82. Siempre me aseguro de que mi trabajo este bien planeado y organizado.
83. Mis estados de ánimo cambia mucho de un día para otro.
84. Me falta confianza en mí mismo, para arriesgarme a probar algo nuevo.
85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
88. Cuando estoy en una fiesta nunca me aíso de los demás.
89. Observo a mi familia de cerca para saber en quien se puede confiar y en quién no.
90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
91. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.

92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que solo pienso en mí mismo.
94. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ha habia tomado una decisión.
95. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
97. Estoy de acuerdo con el refrán: "al que madruga Dios le ayuda".
98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
100. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
101. Creo que no me tomo mucho de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
104. No puedo experimentar mucho placer, porque no creo merecerlo.
105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
106. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.

108. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.
109. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
110. El año pasado aparecí en las portadas de varias revistas.
111. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
113. Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
114. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para evitar las cosas.
115. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
116. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
117. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
118. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
119. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
120. Haría algo desesperado para impedir que me abandonasen una persona que quiero.
121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
122. Parece que he hecho a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
123. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
125. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado de prisa para ellos.

126. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. No me involucro con otras personas a no ser que estoy seguro de que les voy a gustar.
129. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
131. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
132. Odio pensar en alguna de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
133. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
135. Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
136. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
137. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
138. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
139. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
140. Creo que hay una conspiración contra mí.
141. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
142. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío o hueco.
143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.

144. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.
145. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
146. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
147. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
148. Pocas cosas en la vida me dan placer.
149. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
150. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
152. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
153. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
154. He intentado suicidarme.
155. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aun más delgado de lo que estoy.
156. No entiendo porque algunas personas me sonrían.
157. No he visto un coche en los últimos diez años.
158. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
159. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
160. Mi vida actual se ve todavía afectada por "imágenes mentales" de algo terrible que me paso.

161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
162. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mí alrededor.
163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
164. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
166. Casi siempre actuó rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
167. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
168. Como mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad y me molesta.
169. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
170. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
172. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
173. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
175. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUBA
COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN
CONTESTAR ALGUNA FRASE. GRACIAS POR
SU COLABORACIÓN

H O J A D E R E S P U E S T A S

1	V	F
2	V	F
3	V	F
4	V	F
5	V	F

26	V	F
27	V	F
28	V	F
29	V	F
30	V	F

51	V	F
52	V	F
53	V	F
54	V	F
55	V	F

76	V	F
77	V	F
78	V	F
79	V	F
80	V	F

101	V	F
102	V	F
103	V	F
104	V	F
105	V	F

126	V	F
127	V	F
128	V	F
129	V	F
130	V	F

151	V	F
152	V	F
153	V	F
154	V	F
155	V	F

6	V	F
7	V	F
8	V	F
9	V	F
10	V	F

31	V	F
32	V	F
33	V	F
34	V	F
35	V	F

56	V	F
57	V	F
58	V	F
59	V	F
60	V	F

81	V	F
82	V	F
83	V	F
84	V	F
85	V	F

106	V	F
107	V	F
108	V	F
109	V	F
110	V	F

131	V	F
132	V	F
133	V	F
134	V	F
135	V	F

156	V	F
157	V	F
158	V	F
159	V	F
160	V	F

11	V	F
12	V	F
13	V	F
14	V	F
15	V	F

36	V	F
37	V	F
38	V	F
39	V	F
40	V	F

61	V	F
62	V	F
63	V	F
64	V	F
65	V	F

86	V	F
87	V	F
88	V	F
89	V	F
90	V	F

111	V	F
112	V	F
113	V	F
114	V	F
115	V	F

136	V	F
137	V	F
138	V	F
139	V	F
140	V	F

161	V	F
162	V	F
163	V	F
164	V	F
165	V	F

16	V	F
17	V	F
18	V	F
19	V	F
20	V	F

41	V	F
42	V	F
43	V	F
44	V	F
45	V	F

66	V	F
67	V	F
68	V	F
69	V	F
70	V	F

91	V	F
92	V	F
93	V	F
94	V	F
95	V	F

116	V	F
117	V	F
118	V	F
119	V	F
120	V	F

141	V	F
142	V	F
143	V	F
144	V	F
145	V	F

166	V	F
167	V	F
168	V	F
169	V	F
170	V	F

21	V	F
22	V	F
23	V	F
24	V	F
25	V	F

46	V	F
47	V	F
48	V	F
49	V	F
50	V	F

71	V	F
72	V	F
73	V	F
74	V	F
75	V	F

96	V	F
97	V	F
98	V	F
99	V	F
100	V	F

121	V	F
122	V	F
123	V	F
124	V	F
125	V	F

146	V	F
147	V	F
148	V	F
149	V	F
150	V	F

171	V	F
172	V	F
173	V	F
174	V	F
175	V	F

FOTOS



Elaborado por: Jessika Cecivel Cabrera Castillo

Fuente: Pacientes de la Unidad de Tratamiento de Diálisis.



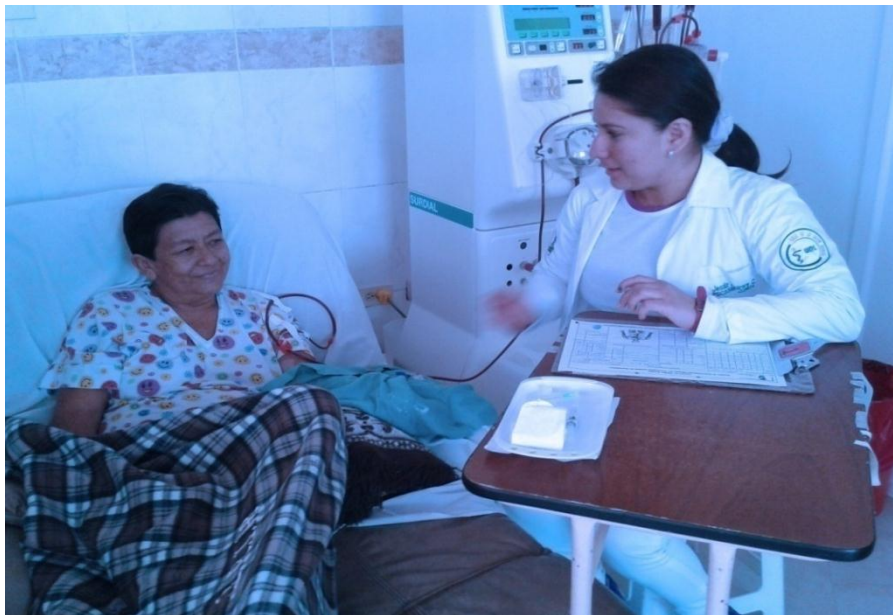
Elaborado por: Jessika Cecivel Cabrera Castillo

Fuente: Pacientes de la Unidad de Tratamiento de Diálisis.



Elaborado por: Jessika Cecivel Cabrera Castillo

Fuente: Pacientes de la Unidad de Tratamiento de Diálisis.



Elaborado por: Jessika Cecivel Cabrera Castillo

Fuente: Pacientes de la Unidad de Tratamiento de Diálisis.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA



Oficio N°. 645- CPSCL-ASH-UNL
Loja, 28 de noviembre de 2014

Señorita
Jessika Cecivel Cabrera Castillo.,
EGRESADA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
Ciudad

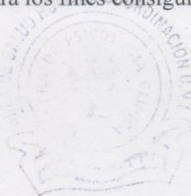
De mi consideración:

En atención a lo solicitado mediante petición de 28 de noviembre de 2014, me permito hacer de su conocimiento que se ha revisado el tema titulado: **“INCIDENCIA DE ALTERACIONES EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES DE 50 A 70 AÑOS DE EDAD QUE PADECEN ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVA, QUE ASISTEN A TRATAMIENTO AL HOSPITAL REGIONAL “ISIDRO AYORA”, LOJA PERIODO DICIEMBRE 2014-ABRIL 2015”.**

Esta Coordinación, en uso a las atribuciones que le confiere el Reglamento de Régimen Académico, aprueba lo solicitado, debiendo de acuerdo al Art. 134 denunciar el proyecto de Tesis en mención.

Particular que hago de su conocimiento para los fines consiguientes.

Muy atentamente,



Dr. Fernando Patricio Aguirre A.,
**COORDINADOR DE LA CARRERA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA (E)**

C/c **CARPETA ESTUDIANTE Y ARCHIVO**

Elaborado por:	Mariudka Terán P.
Revisado por:	Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA



Oficio N°. 079- CPSCL-ASH-UNL
Loja, 23 de enero de 2015

4. Implementar una guía de intervención.
Particular que haga de su conocimiento para los fines consiguientes.

Dra. Mg. Sc.
Ana Puertas Azanza.,
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
Ciudad

De mi consideración:

En atención a su comunicación de fecha 20 de los cursantes, en la que solicita autorizar los cambios, con respecto a la modificación del Tema, periodo y objetivos del proyecto de tesis titulado: "INCIDENCIA DE ALTERACIONES EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES DE 50 A 70 AÑOS DE EDAD QUE PADECEN ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS, QUE ASISTEN A TRATAMIENTO AL HOSPITAL REGIONAL "ISIDRO AYORA", LOJA PERIODO DICIEMBRE 2014-ABRIL 2015, de la autoría de la señorita Jessika Cecivel Cabrera Castillo.

Esta Coordinación acepta su pedido y autoriza los cambios, quedando el tema de la siguiente manera: : **"ALTERACIONES EMOCIONALES (DEPRESIÓN Y ANSIEDAD) Y SU RELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE DIALISIS DEL HOSPITAL REGIONAL "ISIDRO AYORA", LOJA PERIODO DICIEMBRE 2014-ABRIL 2015**, asimismo el objetivo general y específico, que son los siguientes:

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las alteraciones emocionales (depresión y ansiedad) y su relación con rasgos de personalidad en pacientes con diagnóstico de diabetes que asisten a la unidad de diálisis del Hospital Isidro Ayora.

ESPECIFICO:

1. Determinar la presencia de ansiedad y/o depresión en pacientes con diabetes.
2. Identificar los rasgos de personalidad que presentan los pacientes con diabetes.

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros, tras el Hospital Isidro Ayora.
Teléfonos: 2571379 – Ext.110



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA



3. Relacionar en que rasgos de personalidad se presenta ansiedad y/o depresión en los pacientes con diabetes.
4. Implementar una guía de intervención.

Particular que hago de su conocimiento para los fines consiguientes.

Muy atentamente

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.
**COORDINADOR DE LA CARRERA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA (E)**

C/c **SECRETARIA GENERAL, SRTA. JESSIKA CECIVEL CABRERA CASTILLO,**
CARPETA ESTUDIANTE Y ARCHIVO

Elaborado por:	Mariudka Terán P.
Revisado por:	Dra. Ana Puertas A.

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros, tras el Hospital Isidro Ayora.
Teléfonos: 2571379 – Ext.110

Loja, 22 de Enero del 2015

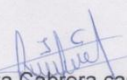
Sr. Ing.
Byron Guerrero
GERENTE DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA
Ciudad

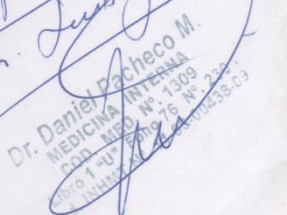
De mi consideración

Me es grato dirigirme a usted con la finalidad de hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez solicitarle muy comedidamente, se digne autorizar a quien corresponda se de todas las facilidades para que Yo, Jessika Cecivel Cabrera Castillo, egresada de la Carrera de Psicología Clínica, con el fin de aplicar los test psicológicos para la investigación del Proyecto titulado: **"ALTERACIONES EMOCIONALES (DEPRESIÓN Y ANSIEDAD) Y SU RELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES, QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA."**

Por la atención que se digne dar a la presente, le expreso mis más sinceros agradecimientos.

Muy atentamente


Jessika Cabrera castillo
CI: 1104980295
Solicitante

Autorizado
22/01/2015
Chupux DI: 2015-00A11
Dr. Luis Guerrero

Dr. Daniel Pacheco M.
MEDICINA INTERNA
Cod. Med. N° 1308
C.O.P. N° 19976 N° 229
C.O.P. N° 19976 N° 229

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: ANSIEDAD	42
TABLA 2: NIVELES DE ANSIEDAD	43
TABLA 3: DEPRESIÓN	44
TABLA 4: NIVELES DE DEPRESION	45
TABLA 5: RASGOS DE PERSONALIDAD	46
TABLA 6: ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN Y RASGOS DE PERSONALIDAD	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: ANSIEDAD	42
GRÁFICO 2: NIVELES DE ANSIEDAD	43
GRÁFICO 3 DEPRESIÓN	44
GRÁFICO 4: NIVELES DE DEPRESION	45
GRÁFICO 5: RASGOS DE PERSONALIDAD	46
GRÁFICO 6: ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN Y RASGOS DE PERSONALIDAD	48