

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Humanidades y Educación

Escuela de Psicología

Prevalencia de Depresión en Pacientes Diagnosticados con Diabetes tipo I y II que Asisten a la Fundación Integral de Diabetes (FID) en el Periodo Agosto – Diciembre 2018 y Enero 2019, Santo Domingo, República Dominicana.



Trabajo de grado presentado por:

Rosmery Lisette Lebrón Mateo 14-1672

Scarlett María Arias Núñez 14-2066

PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

ASESORADO POR:

Lic. Pat Olga Galán Laureano, M.A.

Santo Domingo, República Dominicana

Enero, 2019

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIAS	6
AGRADECIMIENTOS	8
RESUMEN	13
INTRODUCCIÓN	17
 CAPÍTULO I – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	21
1.2. Preguntas de investigación	24
1.3. Objetivos	24
1.3.1. Objetivo general	24
1.3.2. Objetivos específicos	25
1.4. Justificación	25
1.4.1 Justificación personal	26
1.4.2 Justificación desde la psicología clínica	26
1.4.3 Justificación científica	27
1.5. Alcances y limitaciones	27
 CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO	
2.1. Marco conceptual	28
2.2. Antecedentes	29
2.3. Enfermedad	32
2.3.1. Factores que influyen en la enfermedad	32
2.3.2. Diferencia entre síntomas y trastornos	34
2.4. Enfermedades psicosomáticas	35
2.5. Depresión	37
2.5.1. Antecedentes históricos de la depresión	38
2.5.2. Tristeza vs depresión	40
2.5.3. Etiología	41

2.5.4.	Diagnóstico	44
2.5.5.	Diferencias entre los manuales DSM-IV-TR y DSM-V	50
2.6.	Depresión en la República Dominicana	51
2.7.	Diabetes	52
2.7.1.	Antecedentes históricos de la diabetes	54
2.7.2.	Etiología	56
2.7.3.	Diabetes Tipo I	57
2.7.4.	Diabetes Tipo II	57
2.7.5.	Diagnóstico	58
2.7.6.	Diabetes en la CIE-10	59
2.8.	Estados de ánimo y diabetes	60
2.9.	Diabetes tipo I y II en la República Dominicana	60
2.10.	Prevención de la diabetes tipo I y II	62
2.10.1.	Factores de riesgo	63
2.10.2.	Factores de riesgo psicológicos que influyen en la diabetes.....	65
2.10.3.	Factores de riesgo dietéticos y nutricionales	66
2.11.	Intervención psicoterapéutica y psicoeducativa en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo I y II que evidencian signos y síntomas de depresión	69
2.12.	Marco contextual	73
2.12.	Idea a defender	73
2.14.	Operacionalización de variables	74

CAPÍTULO III – DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.	Tipo de investigación	75
3.2.	Metodología	75
3.3.	Técnicas de recolección de datos	75
3.4.	Descripción y validación de los instrumentos	75
3.4.1.	Descripción de los instrumentos	75
3.4.2.	Propiedades de los instrumentos	76
3.5.	Procedimientos	76
3.6.	Universo y muestra	77
3.6.1.	Criterios de inclusión	77
3.6.2.	Criterios de exclusión	77

3.7.	Plan de análisis de los datos	77
------	-------------------------------------	----

CAPÍTULO IV - PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.	Presentación cuantitativa y cualitativa de los resultados	79
------	---	----

4.2.	Análisis de los resultados	109
------	----------------------------------	-----

CONCLUSIONES	116
---------------------------	-----

RECOMENDACIONES	118
------------------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
---	-----

ANEXOS	132
---------------------	-----

Prevalencia de Depresión en Pacientes Diagnosticados con Diabetes tipo I y II que Asisten a la Fundación Integral de Diabetes (FID) en el Periodo Agosto – Diciembre 2018 y Enero 2019, Santo Domingo, República Dominicana.

Dedicatorias

A Papito Lebrón, donde sea que estés. No te olvido papi, todo por hacerte sentir orgulloso, todo.

A Mami, por enfocarte solo en mí, siempre, no planeo fallarte.

A Adriana Ramírez, me enseñaste tanto, me diste tanto, lo menos que puedo darte es felicidad y orgullo.

A Helen Fernández, me impulsaste a cambiar de mención y fue la mejor decisión que he tomado en la vida.

A Mady Terrero, tu amor se desborda en todo momento y siempre me conforta, Dios tiene planes, pa' largo.

A Scarlett Arias, los planes de Dios son tan perfectos que nos juntó para que no nos separáramos y que dicha que seamos compañeras, pude haberme imaginado trabajando con alguien más, pero quizás nadie me habría enseñado lo que me enseñaste tú.

Rosmery Lebrón

Dedicatorias

A Dios, porque sin Él no soy nada, por ser mi soporte en todo momento y por permitirme cumplir esta meta.

A mi mami, Nancy, gracias a ti soy quien soy, y para mí es un privilegio ser tu hija, te amo.

A mi familia, por brindarme todo su amor y su apoyo incondicional.

A las personas con diagnóstico de depresión y de diabetes, este trabajo es de ustedes.

A los profesionales de la salud mental, por dedicar su vida y su tiempo a ayudar a otros.

Scarlett Arias

Agradecimientos

A Dios, por permitirme llegar aquí, a pesar de todo, por su infinita misericordia y su constante compañía. Por permitir cada tropiezo, que me ayudó a crecer, cada mal rato, cada lágrima, cada enojo, cada frustración, así como cada momento de felicidad, cada carcajada, cada experiencia, cada buena nota. Por no dejar que tirara la toalla en los peores momentos y por dejar que viviera plenamente los mejores, por darme la voluntad para afrontar cada decisión buena o mala.

A mi mamá, Emeria Mateo, por siempre apostar a mí, por darse toda, apoyarme en todo momento y nunca soltarme. Mami, a pesar de cualquier cosa, eres el mayor ejemplo que tengo y estoy muy agradecida con Dios por haberme dado una madre como tú, tan abnegada, enfocada y llena de defectos, que solo me hacen crecer como ser humano, ojalá pudiera tenerte toda la vida.

A mi papá, Roberto Lebrón, quien desde el cielo celebra este paso. Papi, tú eres el mayor ejemplo de superación que conozco y de verdad que me llena de orgullo ser tu hija y haber aprendido tantas cosas de ti. Hoy no estás físicamente por razones ajenas a nuestra voluntad, pero siempre te siento conmigo, siempre estás en mis manos, esto es para honrarte a ti, tu ejemplo no fue en vano.

A mi hermano Roberto, por su disponibilidad y su apoyo en cada tarea, en cada proyecto, gracias por ser tan imperfecto y ayudarme a crecer.

Al Sr. Ramón Terrero, por siempre alentarme a buscar el éxito, a no conformarme si sé que puedo hacerlo mejor, por su confianza y disposición.

A la profesora Helen Fernández, por apostar todas sus cartas a mí, como estudiante y como ser humano. Por su amor de madre y su apoyo incondicional, por enseñarme el verdadero significado de la confianza y la responsabilidad, pero más que nada por velar que la formación del estudiante sea en base a la excelencia.

A mi compañera Scarlett Arias, por demostrar una vez más, que quien menos crees, puede hacer más que quien esperabas. Desde que llegaste a mi vida, fuiste luz y me enorgullece culminar esta etapa contigo. ¡Lo hicimos!

A nuestra asesora, Pat Olga Galán, quien es mi maestra favorita, no solo por su calidad como maestra y sus conocimientos, sino por su compromiso con el estudiante.

A Mady Terrero “mi gorda”, por ser esa hermana y amiga excepcional e incondicional, siempre dispuesta, por siempre ser luz en la oscuridad para mí. Tu amor se desborda en los peores momentos y eso me conforta de una manera que no imaginas.

A Carlos Alfredo Mateo “mi gordo”, hermano y mejor amigo, tu acompañamiento siempre ha sido indispensable, gracias, por tanto.

Al Team SOS, las hermanas que la vida me regaló, por siempre estar pendientes y presentes, su apoyo siempre ha sido y será esencial.

A Sara Freitas, por alentarme a lograr lo que quiero, su presencia incondicional.

A Milagros Uribe “la Chuchu”, por demostrarme que lo importante es la calidad de la persona, no el tiempo que tengas en su vida, llegaste en el momento menos esperado y has sido de gran bendición en todos los ámbitos de mi vida.

A Michelle Mieses, por su constante presencia, por su amistad, a pesar de cualquier inconveniente, siempre estuviste y siempre has estado.

A Marleny y Helen Peralta, por su cariño desmedido, pero sobre todo por su apoyo incondicional en todo el proceso del trabajo de grado. Sin ustedes no habría podido lograrlo.

A Melanie Hiciano, Paola Fernández, y Kenia Rivera, por demostrarme el verdadero significado de compañerismo y de persistencia.

A Estephany Lara, por siempre darme su soporte desde lejos.

A mis compañeros de universidad, el team Famulus, porque sin importar nuestras diferencias, nunca dejamos de vivir el día a día, juntos.

A Joaquín Ruiz, por siempre tenerme presente en sus oraciones.

A mi tío, Leandro Valdez, por su apoyo incondicional.

A Liliana Díaz, Jesús Peña, Eufrasia Torres y Mabelle Caamaño, por su calidad y excelencia como docentes.

A José Ignacio Sánchez, que siempre, a pesar de la distancia, me alentaste a ser mejor y aún continúas apoyándome con el fin de tener el mejor futuro que las oportunidades puedan brindarme.

A todas mis tías y primos, por mantener su fé en mí, a pesar de cualquier cosa.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por haberme brindado los mejores y los peores 4 años de mi vida, por los amigos que perdí, por los que gané, pero, sobre todo, por todo lo que aprendí.

A la Escuela de Psicología, por su servicio al estudiante, especialmente a Nidia Otáñez y Anatalia Guzmán.

Rosmery Lebrón

Agradecimientos

Gracias a Dios, por darme la vida, por nunca dejarme sola, y por permitirme llegar a este momento tan importante de mi vida profesional.

A mi madre, Nancy, por su amor, por ser mi sustento, mi amiga y consejera, por apoyarme en todo lo que me propongo y enseñarme que sí se puede. Gracias por todo lo que has hecho por mí, y por lo que sigues haciendo, eres la mejor.

A mi tía, Yanet, mi segunda madre, porque a pesar de nuestras altas y bajas sé que puedo contar contigo.

A mi prima, Ysandra, por siempre estar, por ser más que una prima, por ser mi amiga y mi hermana.

A mi padre, José, por inculcar en mí la fé e innumerables valores. A mi tío, Eduard; y mis abuelos, Dania y Rafael, por impulsarme siempre a ir más allá y ser la mejor versión de mí misma.

A mi compañera de tesis, Rosmery, porque el destino quiso que trabajáramos juntas en este proyecto, y entre risas, tristezas, retos y enojos, hemos logrado nuestro objetivo. Sin ti no lo hubiese logrado, eres tremenda, doy gracias a Dios por tenerte como amiga.

A mi novio, Ransés, por acompañarme durante este arduo camino, por su paciencia, por ser testigo del esfuerzo hecho, por escucharme, por ser mi confidente, mi apoyo, y por siempre sacarme una sonrisa.

A mi Famulus, Michelle, Daniela, Milagros, Diomarys, Paola, Melanie, María Fernanda, Iliana, Pamela y Rafael, por ser más que mis compañeros de carrera, por llenar mis años universitarios de momentos especiales e inolvidables.

A nuestra asesora, Pat Olga Galán, por el tiempo dedicado para que este trabajo tuviera la mejor calidad posible, por ser una gran maestra, y por todo el apoyo y el amor brindado.

A Jesús Peña, por su guía y asesoramiento en la realización de este trabajo.

A Helen Fernández, por enseñarme que un abrazo es capaz de formatear a una persona, por mostrarme un amor puro.

A mis profesores, destacando a Liliana Díaz y Amauris Ventura, por inculcar en mí la curiosidad, por ser excelentes maestros y sembrar en mí el deseo del saber.

A mis compañeros de trabajo, Katherine, Víctor, Rosendo y Leandro, por estar pendientes del proceso de este proyecto.

A mis mejores amigas, Lisbeth, Saskia, Nabila, Reyna, Anabelle, Darjennie e Hisnalda, gracias por existir.

A Lilian Santos y Henry Peña, por haber confiado en mi capacidad para convertirme en profesional.

A la Escuela de Psicología y a la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por ser la fuente del conocimiento adquirido durante estos años.

A la Dra. Jalenny Martínez, a Perla, y a la Fundación Integral de Diabetes, así como a los pacientes que formaron parte de esta investigación, por abrirnos sus puertas y estar siempre a nuestra disposición.

A todas las personas que no mencioné, pero que pusieron su granito de arena para que este momento llegara, ustedes saben quiénes son, gracias.

Scarlett Arias

Resumen

Esta investigación tiene como propósito inicial conocer la prevalencia de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II que asisten a la Fundación Integral de Diabetes (FID) en el periodo Agosto - Diciembre 2018 – Enero 2019. Se realizó una investigación descriptiva con el fin de obtener información que describa los signos y síntomas de depresión en la población seleccionada.

Para la misma se entrevistaron a 80 pacientes y se utilizó un cuestionario sociodemográfico con el cual se obtuvo información general de los pacientes y características sobre sus habilidades de afrontamiento, además del inventario de depresión de Aaron Beck (BDI -II).

Los resultados muestran que la prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II es baja. Entre los factores que precipitan la depresión se encuentra la predisposición genética y la falta de acompañamiento psicológico luego del diagnóstico.

Un alto porcentaje presenta habilidades de afrontamiento como reaccionar con calma ante el diagnóstico, concentrarse en enfrentar la enfermedad y elaborar un plan de acción para la misma, buscar algo positivo en el diagnóstico, y pensar en qué podrían hacer para manejar mejor la enfermedad. Otras estrategias que utilizan son expresar sus emociones, aceptar la realidad de su enfermedad y aprender a vivir con ella.

Un programa de evaluación y abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo debe ofrecerle al paciente estrategias de afrontamiento y utilizar técnicas de psicoeducación. La intervención psicoterapéutica consiste en brindar herramientas que permitan el control de las emociones, las cogniciones y el comportamiento.

Palabras claves: prevalencia, salud, diabetes, diabetes tipo I, diabetes tipo II, depresión, enfermedad, enfermedad psicosomática.

Abstract

The purpose of this research is to determine the prevalence of depression in patients diagnosed with type I and II diabetes who attend the Fundación Integral de Diabetes (Integral Diabetes Foundation) in the period August – December 2018 – January 2019. A descriptive investigation was carried out in order to obtain information that describes the signs and symptoms of depression in the selected population.

To reach this, 80 patients were interviewed, and a sociodemographic questionnaire was used to obtain general information about the patients and characteristics about their coping skills, in addition to Aaron Beck's depression inventory (BDI-II).

The results show that the prevalence of signs and symptoms of depression in patients diagnosed with type I and II diabetes is low. Among the factors that precipitate the depression is the genetic predisposition and the lack of psychological support after the diagnosis.

A high percentage shows coping skill such as how to react calmly to the diagnosis, concentrate on facing the disease and develop a plan of action for it, look for something positive in the diagnosis, and think about what they could do to manage the disease. Other strategies they use are to express their emotions, accept the reality of their illness and learn to live with it.

A program of evaluation and psychotherapeutic and psychoeducational approach should offer the patient coping strategies and use psychoeducation techniques. The psychotherapeutic intervention consists of providing tools that allow the control of emotions, cognitions and behavior.

Keywords: prevalence, health, diabetes, type I diabetes, type II diabetes, depression, illness, psychosomatic illness.

Introducción

La depresión es un trastorno en el que se visualiza un cambio del estado ánimo, caracterizado por tristeza, irritabilidad, acompañado de cambios psicofisiológicos, tales como: alteraciones del sueño, del deseo sexual, llanto, y pensamientos negativos. Es una de las enfermedades de más alto índice de prevalencia a nivel mundial dentro de las áreas psiquiátrica y psicológica (Coryell, 2018).

En el ámbito de la medicina, entre las enfermedades más prominentes se encuentra la diabetes mellitus, un trastorno crónico degenerativo de origen metabólico que se caracteriza por defectos en la secreción y acción de la insulina, lo que lleva a la hiperglucemia (Palma, 2007).

Por otro lado, en el 2001, en términos estadísticos, la OMS ubicaba a la depresión como la cuarta causa de discapacidad en el mundo, señalando que para el año 2020 estaría en segundo lugar, sin embargo, en la actualidad ocupa el primer lugar (OMS, 2001, citado por Poy, 2008).

Un estudio realizado en Europa arrojó que una de cada cuatro personas tiene el riesgo de padecer alteraciones mentales a lo largo de su vida, con base en una muestra de 21,425 sujetos mayores de edad de seis países europeos y de los cuales el 12,8% dijo haber padecido depresión alguna vez. Además, son más propensas a padecer este tipo de trastornos las mujeres y las personas jóvenes (Alonso, et al., 2004).

Existe evidencia de que los pacientes con diabetes tienen mayor riesgo de padecer depresión. Kovacs et al (1997), realizaron la primera investigación que evaluó la incidencia

de desórdenes psiquiátricos en pacientes con diabetes, esta dio como resultado que a los 20 años el 47.6% había padecido algún desorden psiquiátrico y el 26.1% tuvo un trastorno depresivo (Castillo-Quan, Barrera-Buenfil, Pérez-Osorio, & Álvarez-Cervera, 2010).

Por lo tanto, es necesario saber que las enfermedades psicosomáticas son aquellos procesos patológicos caracterizados por la aparición de síntomas físicos de causa múltiple, pero cuya aparición y desarrollo se ve influido generalmente por factores psicológicos (Baeza, Bulbena, Fénetrier, & Gély, 2011). Comprendiendo así, la relación bilateral que existe entre lo psíquico y lo somático, que trae consigo la presencia de conductas o enfermedad sin limitarse a lo psíquico o biológico, sino desde el punto de vista donde ambos interactúan (Roehr, 2007).

En otro orden, se ha observado la elevada prevalencia de los trastornos mentales en pacientes con enfermedad médica, donde podemos mencionar a la diabetes la cual tiene la particularidad de que quienes la padecen tienen una probabilidad mucho más alta de sufrir depresión en comparación a otras enfermedades (Lowe, Grafe, Kroenke, et al, 2003).

La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad de herencia multifactorial, es decir que ciertos factores ambientales pueden tener interacción con los genes del individuo. Sin embargo, en este tipo de enfermedades es imposible intervenir en la constitución de los genes, puesto que no se conoce cuáles son exactamente los que intervienen. Por otro lado, este es uno de los factores de riesgo principales por los que debuta la diabetes mellitus tipo II, puesto que la predisposición genética se centra en los familiares de primer y segundo grado (Cerdeira-Flores, Dávila-Rodríguez, et al, 2003).

Además, algunas investigaciones acerca del modelo personal de creencias y prácticas hacia la diabetes, cuyo fin fue identificar las similitudes que comparten algunos individuos diagnosticados con diabetes tipo I y II, estos atribuyeron ciertas causas emocionales de la enfermedad, tales como sustos, disgustos, tristeza y depresión, lo que quiere decir que pueden existir casos donde el debut de la diabetes ocurra de forma emocional aun cuando exista una predisposición hereditaria en el individuo (Elizondo, Dimas, Martínez, et al, 2003).

En relación a los síntomas físicos, se refieren a aquellos que siente el paciente, lo que está relacionado con factores psíquicos, pero que además estos síntomas pueden ser de carácter psicológico, como la depresión. El diagnóstico de depresión se realiza siguiendo los criterios del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) y el CIE-10 (Decima Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades, 1992), ambos incluyen síntomas físicos como cambios psicomotores, alteraciones en el apetito, el peso corporal y falta de energía. Estos criterios resultan poco favorables, cuando se emplean con adultos mayores puesto que existen algunas enfermedades médicas que también pueden enmascarse en síntomas similares a los de la depresión o viceversa, por tanto, no es fácil establecer la fuente causal de los síntomas ni un diagnóstico único. Esto se ha observado en ciertas enfermedades médicas tales como enfermedad de Parkinson, infarto, accidente cerebrovascular, trastornos endocrinos, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades infecciosas, etc. (Bastidas-Bilmao, 2014).

Este estudio inicia con el planteamiento del problema, en el cual se describe la situación y se presenta evidencia científica del mismo; se presentan las preguntas que busca responder la investigación, el objetivo general y los específicos; la justificación, así como los alcances y limitaciones al realizar el estudio.

En el marco teórico se presentan los antecedentes relacionados con el tema a investigar tanto a nivel nacional como internacional. Se explican y desarrollan los conceptos de salud, enfermedad, enfermedad psicosomática, prevalencia, depresión y diabetes.

Se detallan también los factores que influyen en la enfermedad y la importante diferencia entre síntomas y trastornos. Tanto en la depresión como en la diabetes se encuentran sus antecedentes históricos, su etiología y su diagnóstico, además de la descripción de la diabetes tipo I y tipo II.

Es importante resaltar la vigencia de diferentes manuales tales como DSM-IV-TR, DSM-V y CIE-10 que contienen la información pertinente para realizar un diagnóstico de depresión, y se detallan más adelante. También, se profundiza lo que es la diabetes en la República Dominicana en sus dos tipos, las características sociodemográficas de la enfermedad, y los factores dietéticos y nutricionales que sirven para prevenir el desarrollo de la enfermedad.

En el diseño metodológico se detalla el tipo de investigación realizada, la metodología y las técnicas para recolectar los datos, en esta parte aparece la descripción, validación y propiedades de las pruebas utilizadas y cómo fue el procedimiento empleado, cuál fue el universo y la muestra estudiada, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

Finalmente se presenta el plan de análisis de los datos y el cronograma con las actividades llevadas a cabo; para concluir con la presentación y el análisis de los resultados de la investigación cuantitativa y cualitativamente.

Capítulo I – Planteamiento del problema

1.1 Descripción del problema

Se ha observado que los pacientes con diabetes tienden a presentar síntomas de depresión en algún momento de sus vidas. La presencia de depresión asociada a diabetes mellitus (DM) se ha relacionado con pobre control metabólico, incremento de complicaciones e incluso aumento de mortalidad (Castillo-Quan, Barrera-Buenfil, Pérez-Osorio, & Álvarez-Cervera, 2010).

En la Fundación Integral de Diabetes, situada en la zona industrial del municipio de Haina en la provincia de San Cristóbal, República Dominicana, existe una gran población de pacientes con diabetes, y posiblemente a su vez, depresión.

Resulta necesario investigar la prevalencia de este trastorno en esta población ya que la misma enfermedad los hace vulnerables a padecer algún trastorno neuropsiquiátrico; y además, un estudio reciente realizado en California llegó a la conclusión de que existe un 22% de pacientes con diabetes que presentan síntomas depresivos y que estos síntomas a su vez se relacionan con altos niveles de hemoglobina glucosilada (Castillo-Quan, Barrera-Buenfil, Pérez-Osorio, & Álvarez-Cervera, 2010).

Durante mucho tiempo, se ha relacionado la DM con distintos trastornos psicosociales, con el fin de realizar innumerables investigaciones en lo concerniente a las alteraciones de los resultados en pruebas bioquímicas y la conexión que tiene la misma en los trastornos emocionales. Asimismo, se ha indagado si estos constan de algún dominio en la permanencia de los cambios del metabolismo de la DM (Castillo-Quan, 2009).

Por otro lado, algunos autores plantean que la propuesta de las alteraciones psicoemocionales en los pacientes con DM, más que en la respuesta de un estado perceptivo en consecuencia a la carga emocional que porta esta condición crónico-degenerativa, es una modificación del sistema neuroquímico y biológico. También, durante años, se ha notificado cierto progreso en el estudio de las consecuencias de la DM en el sistema nervioso central (SNC), el mismo propone la existencia de alteraciones en las células y moléculas, las cuales elevan el riesgo de padecer distintas enfermedades neuropsiquiátricas (Chiodini, Adda, Scillitani, A., Coletti, et al, 2007; Castillo-Quan, Barrera-Buenfil, y Pérez-Osorio 2008).

No resulta fácil la asunción de la enfermedad, y esto sirve de entrada a sentimientos y pensamientos negativos que con el tiempo se fortalecerían convirtiéndose en un trastorno del estado de ánimo como la depresión. Esto, a su vez, dificulta el tratamiento de la diabetes, de acuerdo con la manera en que la persona reaccione y maneje su condición. Es posible que la aparición de un trastorno depresivo ocurra en pacientes con diabetes a partir del proceso de duelo que conlleva el conocimiento del diagnóstico y de los cambios que implica el manejo adecuado de la enfermedad (Pineda, et al., 2004).

Es de suma importancia el estudio de esta problemática, pues así será posible plantearse soluciones que permitan la prevención de enfermedades psicosomáticas, también podría aportar algunas técnicas y dinámicas de intervención, en los casos existentes que resulten seleccionados en este estudio.

Además, del efecto que tiene en las distintas áreas de la vida del paciente, tales como la familiar, social y laboral, realizada la investigación, será posible brindarles la ayuda y las herramientas necesarias para su bienestar y a la vez psicoeducarlas para la prevención.

Tomando en cuenta investigaciones a nivel internacional, en Venezuela se realizó una investigación con el objetivo de determinar los niveles de depresión en 40 pacientes diagnosticados con diabetes dio como resultado que el 45% de los pacientes no estaban deprimidos, el 32,5% presentaba depresión leve, el 12,5% depresión moderada y el 10% depresión moderada-grave. Es decir que un 55% de los pacientes evaluados presentaron depresión, y los niveles más acentuados fueron detectados en mujeres (Pineda, et al., 2004).

Otro estudio en pacientes diagnosticados con diabetes en México concluyó que las mujeres presentan niveles de depresión en mayor cantidad que los hombres, pero estos últimos presentan ligeramente más ansiedad que las mujeres. Este estudio también mostró que estos pacientes presentan una actitud negativa ante la enfermedad, y más del 45% de la muestra presentó altos niveles de depresión y de ansiedad, sin embargo, esta población es más propensa a desarrollar cualquier síndrome psiquiátrico (Rivas-Acuña, et al., 2011).

Asimismo, han sido objeto de este estudio las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo I y II que asisten a la Fundación Integral de Diabetes ubicada en la zona industrial del municipio de Haina, San Cristóbal, durante el periodo agosto – diciembre del 2018 y enero del 2019. Se realizó un proceso de evaluación para detectar síntomas de depresión, y un cuestionario sociodemográfico.

1.2 Preguntas de investigación

En el siguiente acápite se desarrollan las preguntas bajo las cuales se realizó esta investigación. Además de los objetivos, tanto general como específicos, que se utilizaron con el fin de sustentar el trabajo.

1. ¿Cuál es la prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II?
2. ¿Cuáles factores precipitan la aparición de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II?
3. ¿Cuáles estrategias de afrontamiento presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II?
4. ¿Cuáles son las diferencias sociodemográficas según la prevalencia en los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II?
5. ¿Cuáles son las características de un programa de evaluación y abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo para pacientes con diabetes tipo I y II que han arrojado depresión como diagnóstico?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II que asisten a la Fundación Integral de Diabetes.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores que precipitan la aparición de la depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II.
- Precisar las estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II.
- Verificar las diferencias sociodemográficas según la prevalencia en los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II.
- Explicar las características que posee un programa de evaluación y abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo para pacientes con diabetes tipo I y II que han arrojado depresión como diagnóstico.

1.4 Justificación

Se realizó este estudio con el fin de determinar cuáles pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II que asisten a la Fundación Integral de Diabetes presentan signos y síntomas de depresión. Esta investigación ayuda a que la población diagnosticada sea consciente de que es más propensa a padecer depresión, con la posibilidad de que se convierta en un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, también beneficia a aquellas personas que no padecen la enfermedad, ya que les muestra una de las tantas implicaciones en términos emocionales que componen dicha condición. Se considera que el estudio es inédito, debido a que no se ha encontrado otra investigación que busque saber esta prevalencia en la República Dominicana. Este estudio brinda información nueva y toma una población que no ha sido objeto de estudio anteriormente.

1.4.1 Justificación personal

Desde hace tiempo, nos ha resultado interesante la relación que existe entre la diabetes y la depresión ya que dichas condiciones se hacen presente de manera constante en nuestro historial familiar, lo que implica que existe una predisposición a estas condiciones. Por tanto, nos interesa saber no solo la relación de las ya mencionadas patologías, sino también conocer datos sociodemográficos que proporcionen información valiosa para identificar la prevalencia, tales como la edad, sexo, nivel educativo, social, entre otros.

1.4.2 Justificación desde la psicología clínica

Esta investigación beneficia a la psicología clínica ya que aporta datos relevantes sobre la comorbilidad de trastornos psicológicos con otras enfermedades fuera del campo de la salud mental. Amplía la información existente acerca de la depresión, y ofrece información nueva sobre la presencia de este trastorno junto a la diabetes, fortaleciendo así el enfoque psicossomático, y así ofrecer alternativas de prevención y abordaje desde la psicología clínica.

Además, la investigación incluye dos problemáticas de dos áreas muy relacionadas: la depresión en el área de salud mental y la diabetes en el área de salud física. Ambas de las más prevalentes en el mundo pero que no han sido estudiadas juntas en nuestro país. Resulta útil profundizar en datos que expliquen cómo la mente influye en el cuerpo y viceversa, y que además esta información sea beneficiosa para una gran población.

1.4.3 Justificación científica

Este estudio revela información importante para las ciencias de la salud ya que estamos hablando de diabetes, una de las enfermedades más prevalentes en el mundo y constantemente estudiada. Informa a los practicantes de la medicina la importancia de contar con un equipo multidisciplinario que incluya la atención a la salud mental.

También, es posible aclarar las cuestionantes que podría tener alguna persona que sea diagnosticada con diabetes y factores de riesgo de depresión como consecuencia de ésta y viceversa. De la misma manera, aporta datos a las ramas experimentales de la neurociencia tales como la psicobiología y la neuropsicología, las cuales estudian las bases biológicas, es decir el sistema neuroendocrino y las bases neurales de la conducta, respectivamente.

1.5 Alcances y limitaciones

Alcances

Este trabajo de investigación está comprendido dentro del ámbito general de la Psicología de la Salud específicamente en el subcampo de estudio de la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes tipo I y II de la Fundación Integral de Diabetes (FID).

Limitaciones

La inasistencia de los pacientes cuando sean convocados para administrar los instrumentos de investigación.

Capítulo II – Marco teórico

2.1 Marco conceptual

Descrito el problema y luego de entender que el objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes, sea tipo I o tipo II, que asisten a la Fundación Integral de Diabetes, es importante tener claros los conceptos que serán utilizados a lo largo de esta tesis para mayor comprensión del lector. A continuación, se presenta una breve definición de estos:

Prevalencia: se refiere a la proporción de individuos de una población que presentan algo específico en un momento o periodo de tiempo específico (EUPATI, 2015).

Salud: se describe como el estado de sentirse bien física, mental y socialmente, y sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales (León Barua & Berenson Seminario, 1996).

Enfermedad: se caracteriza por valores anormales de las funciones de estado que afectan una parte o todo el sistema del ser humano (Peña & Paco, 2003).

Depresión: se puede definir como la sensación de tristeza, melancolía, infelicidad o abatimiento, que puede ser temporal o por periodos más extensos (MedlinePlus, 2018).

Diabetes: es una enfermedad crónica que se origina porque el páncreas no sintetiza la cantidad de insulina necesaria para el cuerpo funcionar correctamente, sino que produce menos cantidad y no es posible que el cuerpo la utilice adecuadamente (cuidateplus.marca.com, 2018).

Diabetes tipo I: es un trastorno que se caracteriza por un desperfecto en el metabolismo de los carbohidratos, a causa de la destrucción de la célula beta del páncreas a través de mecanismos autoinmunes, poniendo de manifiesto como ausencia total de insulina (Thorsby & Lie, 2005).

Diabetes tipo II: es un trastorno metabólico de patogenia multifactorial, compuesto por un factor hereditario sobre el que actúan diversos factores ambientales, dentro de los que se encuentran el sedentarismo, la alimentación y el tabaquismo. En este tipo el cuerpo produce insulina, pero no la utiliza adecuadamente (Mariño Soler, Miguel Soca, Ochoa Rodríguez, et al, 2012).

Enfermedades psicosomáticas: son aquellas alteraciones de la salud que son originadas por problemas en el área psicológica, es decir, que se ha descartado el origen médico (Cortejoso, 2014).

2.2 Antecedentes

La depresión y la diabetes han sido estudiadas debido a su importancia y su relación desde hace muchos años, tomando en cuenta diferentes variables y aspectos que repercuten en la enfermedad, y la frecuencia de ésta. En México, se realizó un estudio para identificar la frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II y aquellos factores que estuvieran asociados con su presencia. De 189 pacientes entrevistados, el 39% había presentado síntomas de depresión. Se acentuó como variable asociada a la presencia de depresión un alto nivel de glucemia, y porcentajes más altos en mujeres que en hombres (Garduño-Espinosa, Téllez-Zenteno, & Hernández-Ronquillo, 1998).

Existen otros aspectos que se presentan luego de un diagnóstico de diabetes, como los cambios que se dan en la calidad de vida del paciente. Una investigación realizada en

México en el 2004 en pacientes con diabetes mellitus tipo II, con edades entre 18 y 70 años, dio como resultado que el 43% de la muestra tuvo algún grado de deterioro en su calidad de vida provocado por aspectos psicológicos como la ansiedad, la depresión, los temores, las preocupaciones, resaltando el área psicosocial, de la cual se evaluaban aspectos emocionales, el auto concepto y la interacción social; asimismo, hubo un alto porcentaje registrado de síntomas somáticos (de los Ríos Castillo, Barrios Santiago, & Avila Rojas, 2004).

Luego en el 2005, una investigación realizada en Guadalajara, México, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de depresión y comparar indicadores sociodemográficos, metabólicos y clínicos en personas con diabetes tipo II deprimidas y no deprimidas. Esta concluyó que la prevalencia de depresión es alta en personas con diabetes, con un 63%, siendo las mujeres las más afectadas; además, la depresión se presentó más en personas con más antigüedad diagnóstica de diabetes y mayor índice de masa corporal (Colunga-Rodríguez, García de Alba, Salazar-Estrada, & Angel-González, 2008).

Cuando un paciente presenta depresión corre el riesgo de desarrollar síntomas somáticos o detonar una enfermedad como la diabetes. Un estudio de casos realizado en Yucatán, México, entre 2006 y 2007, incluyó 186 sujetos con diabetes tipo II, de 30 a 60 años de ambos sexos donde el 71.6% presentó descontrol metabólico, y se identificó trastorno depresivo en 51 pacientes, de los cuales 43 presentaban mal control de la glucemia y 8 depresión y adecuado control de la glucemia (Castro-Aké, Tovar-Espinosa, & Mendoza-Cruz, 2009).

Además de presentar síntomas físicos, los pacientes experimentan distintas de emociones y cambios. En el 2014, se llevó a cabo un estudio en España sobre el estrés emocional y la calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. En este participaron 502 personas con diabetes y 123 familiares implicados en su cuidado; en los resultados se encontró que solo el 12.2% de las personas con diabetes considera su calidad de vida como mala o muy mala, y el 13.9% presenta síntomas de una posible depresión. Sin embargo, un 50% refiere un alto nivel de estrés emocional asociado a la diabetes, y más del 60% reconoce preocuparse por el riesgo de sufrir una hipoglucemia.

Mientras que el 45.5% de los familiares muestran signos de sufrir altos niveles de estrés asociados también a la enfermedad, y un 76.4% se preocupa por el riesgo de que su familiar pueda sufrir episodios de hipoglucemia (Beléndez Vásquez, Lorente Armendáriz, & Maderuelo Labrador, 2015).

En República Dominicana se investigó la prevalencia de diabetes mellitus tipo II en niños y adolescentes del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, dando como resultado un 0.1% (Cabreja Vólquez, 2014); sin embargo, no se han realizado investigaciones que combinen la diabetes y la depresión en una población adulta. También se estudió la correlación entre diabetes mellitus tipo II y crisis hipertensivas en pacientes del hospital Salvador B. Gautier Marzo; este concluyó que la correlación entre ambas es en base a una función renal disminuida (López Baquero & Santos de Moya, 2017), sin embargo, este podría tener factores emocionales.

2.3 Enfermedad

El término enfermedad viene del latín *infirmitas*, que quiere decir falta de firmeza; por otro lado, el término salud viene del latín *salus*, que es literalmente salvación o saludo (Pérez Porto & Gardey, 2012). Es decir que cuando se habla de enfermedad sería suficiente con asociar algo que no sea el estado óptimo de salud, aunque innegablemente existen diferentes niveles de acuerdo con la enfermedad.

Las enfermedades son procesos biológicos, psicológicos y sociales. Biológicos porque implican alguna alteración estructural o cambios en el funcionamiento óptimo del organismo; y psicológicos y sociales porque a la vez implican dolor y cierta invalidez en la persona (López Ibor, 2007).

La Organización Mundial de la Salud define enfermedad como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (Tratamiento y enfermedades, 2018).

Es evidente que salud y enfermedad son conceptos que deben ser desarrollados juntos, no es posible hablar de uno sin hablar del otro. Tampoco es posible evitar la enfermedad, ya que esta es parte de la interacción de individuo con el ambiente, es parte de la vida. Según la OMS “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Concepto.de, 2017).

2.3.1 Factores que influyen en la enfermedad

Teniendo claro los conceptos de enfermedad y salud, es importante saber que esta última se ve afectada por diversos factores; aquellos que están relacionados con la enfermedad son

conocidos como factores de riesgo. Al momento de analizar e investigar cual es el origen de una enfermedad, es importante prestar atención a todos los aspectos de esta. Existen aspectos psicológicos y sociales que intervienen en la aparición de la enfermedad, la manera en la que esta se manifiesta y como se desarrolla, y su pronóstico. (López Ibor, 2007)

Los factores de riesgo son rasgos o condiciones que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad o de agravar una enfermedad ya presente (EUPATI, 2015) entre estos se encuentran:

1. Conductuales: están relacionados con las acciones que la persona haga, por lo que pueden eliminarse o reducirse.
2. Biomédicos: se relacionan con el organismo y puede verse influido por el estilo de vida y los genes.
3. Ambientales: abarcan factores sociales, económicos, culturales y políticos, físicos, químicos y biológicos.
4. Genéticos: se basan en los genes de la persona, ya sean por sí solos o por la interacción de estos con el ambiente.
5. Demográficos: están relacionados con la población en general.

De acuerdo con López Ibor (2007), la reacción que presente el paciente ante el diagnóstico dependerá tanto de sus características, así como de cómo perciba y procese la situación en todo momento, es decir, antes, durante y después de recibir el diagnóstico, como antes, durante y después de los pasos siguientes que deba dar y los procedimientos médicos que deba recibir.

Lo más común es que presente ansiedad, depresión o dificultades para adaptarse a su nueva realidad, además de que siente temor a no poder curarse y a la muerte. Una de las partes más importantes es la asunción de la enfermedad, sobre todo en enfermedades como la diabetes mellitus ya que la persona puede aceptar o negar tanto la enfermedad como el tratamiento. (López Ibor, 2007).

2.3.2 Diferencia entre síntomas y trastornos

Las enfermedades se manifiestan de formas diferentes, y por ello hablamos de síntomas y signos. Los síntomas son la referencia subjetiva que da el paciente sobre la propia percepción de las manifestaciones de la enfermedad que padece. Son muy variables y en ocasiones poco fiables, ya que son la declaración del sujeto. En contraste, los signos son las manifestaciones objetivas (Ezama Coto, Alonso, & Fontanil Gómez, 2010).

López Ibor (2007), refiere que se suelen confundir los síntomas con los diagnósticos. Sin embargo, un síntoma por sí solo no conforma un trastorno, por grave que sea el síntoma, uno solo no basta ni es específicamente necesario para llegar a un diagnóstico. La diferencia radica en el tiempo, el curso y la cronicidad; es decir, para llegar a un diagnóstico no solo es necesario que se presenten varios síntomas, sino que hace falta que estos se hayan presentado durante un tiempo determinado, y deben ser clínicamente significativos. Por ejemplo, si una persona se siente triste un día, esto es considerado como un síntoma depresivo, sin embargo, si la tristeza permanece durante más de un mes y afecta su entorno laboral, entonces podría hablarse un diagnóstico de depresión.

También es común utilizar los términos trastorno y enfermedad como sinónimos, lo cual es incorrecto. Los trastornos son alteraciones del estado de salud óptimo debido o no a una enfermedad; asimismo, un trastorno mental se refiere a un cambio desadaptativo que afecta a los procesos mentales (Torres, 2016).

2.4 Enfermedades psicosomáticas

Existe una relación innegable de la mente sobre el cuerpo, asimismo, las enfermedades físicas pueden influir en el estado de ánimo, y muchos problemas psicológicos provocan síntomas físicos. Los trastornos somáticos o psicosomáticos son aquellos en los que el paciente experimenta síntomas inexplicables desde el punto de vista de la medicina y que no se deben a una enfermedad física, además de que no cede ante los tratamientos médicos habituales (Montejano, 2018). Los más habituales son:

1. Trastornos cutáneos
2. Trastornos respiratorios
3. Sistema inmunitario
4. Trastornos cardiovasculares
5. Dolor crónico
6. Trastornos endocrinos
7. Trastornos osteomusculares
8. Trastornos genitourinarios

Las enfermedades psicosomáticas son muy frecuentes, aproximadamente un 12% de la población europea las sufre (Miguel, 2018). Es más probable que sufran de este tipo de trastornos las personas que tienen dificultad para expresar sentimientos o para afrontar situaciones estresantes.

La depresión está asociada a un incremento del riesgo de enfermedades somáticas como la diabetes, la obesidad y el accidente cerebrovascular. Esta asociación podría darse por la desregulación biológica presente en pacientes con depresión (Penninx B & Vogelzangs, 2013).

Día tras día se enfrentan situaciones estresantes, y el control de la diabetes es una tarea diaria. El estrés es una reacción física y mental a un peligro que se percibe, muy asociado también a la depresión. Cuando el estrés se hace presente en un paciente con diabetes representa un peligro para su salud ya que dificulta el control de la glucosa. En la mayoría de los casos esta aumenta, aunque existen cosas en que sucede lo contrario (Napora, 2014).

La duración del estrés mental dependerá mucho de las estrategias de afrontamiento que utilice el paciente, ya que estas definen como sobrellevará la situación y si será capaz de solucionar el malestar. Si la estrategia que adopta funciona, entonces se repetirá, de lo contrario deberá tomar otra que le permita liberar la tensión, cuando esto no sucede es entonces que el paciente se estresa y somatiza (Fernández-Abascal, Jiménez, & Martín, 2003).

Es frecuente que somaticen aquellos pacientes con rasgos de personalidad de tipo histérico o dependiente y aquellos con situaciones vitales no satisfactorias como estrés laboral, problemas matrimoniales o económicos. Por otro lado, también es frecuente encontrar pacientes con carencias afectivas de la infancia, historial de maltrato, abuso sexual, o hijos de padres muy enfermos (Pascual & Cerecedo Pérez, 2015).

A nivel biológico, en situaciones estresantes los niveles de insulina caen, los niveles de epinefrina y glucagón suben y se libera más glucosa, a la vez que se elevan los niveles de la

hormona de crecimiento y cortisol, provocando que los músculos y las grasas del cuerpo sean menos sensibles a la insulina, y finalmente deja más glucosa disponible en la sangre (Diabetes Education Online, 2018).

El estrés agudo y crónico puede provocar un desbalance en los circuitos neuronales que intervienen en la cognición, la toma de decisiones, y la ansiedad; y éste a su vez afecta los sistemas neuroendocrino, autónomo, inmune y metabólico, los cuales están relacionados a la diabetes (McEwen, 2017).

En los casos en los que no se encuentra una causa biológica para los síntomas, se suele medicar con ansiolíticos, sin embargo, los síntomas vuelven a aparecer ya que no se ha eliminado el problema desde donde proviene, e incluso puede aparecer un nuevo síntoma. Esta es la forma de la mente pedir ayuda, a través del cuerpo, ya que muchas personas tienden a no creer que las emociones influyan en el cuerpo y viceversa. (Miguel, 2018).

2.5 Depresión

La depresión se manifiesta de diversas formas, como síntoma, presentando bajas transitorias del estado de ánimo, o como trastorno o síndrome clínico, tratando con signos y síntomas asociados más graves. La depresión es una enfermedad tratable, al igual que otras como la diabetes (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar L., & Sánchez-Sosa, 2005).

Autores como Wells, Sturm, Sherbourne & Meredith (1996) afirman que la depresión es la condición crónica más común en la práctica médica después de la hipertensión. Según Carta, Carpiniello, Kovess, Porcedda, Zedda y Rudas (1995, citados por Pardo A, Sandoval D, Umbarila, 2004), la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía entre el 13.3 y

17.1% en la población general de Estados Unidos y Europa Occidental, y generalmente suele presentarse mayormente en mujeres.

Los altos índices de depresión pueden deberse a condiciones sociales, económicas y políticas, entre ellas la violencia, la pobreza, la escasez de empleos, la inseguridad y el alto consumo de alcohol; aunque también puede presentarse como un proceso hereditario, que se manifiesta de diferentes formas y niveles (Gómez & Rodríguez, 1997, Santacruz, Gómez, Posada & Viracachá, 1995, citados por Pardo A, Sandoval D, Umbarila, 2004).

Fédida (2003, citado por Bogaert García, 2012), diferencia la depresión y la depresividad o capacidad depresiva, la cual sale con la constitución del sí mismo. La vida psíquica se caracteriza por una capacidad depresiva que permita abrir o cerrar el contacto con los demás desde la primera infancia.

Los criterios en la clasificación diagnóstica del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. La intensidad de los síntomas y las consecuencias de estos es lo que los diferencia; por ejemplo, la irritabilidad y el aislamiento social son comunes en niños, mientras que la hipersomnia y las ideas delirantes son más comunes en la adolescencia (APA, 2000, citado por Pardo A, Sandoval D, Umbarila, 2004).

2.5.1 Antecedentes históricos de la depresión

En la Antigüedad, los seguidores de las ideas de Hipócrates de los siglos V y VI a.c., denominaban melancolía a lo que actualmente llamamos depresión. Esta tenía características como la aversión a la comida, desesperación, dificultad para dormir,

irritabilidad y falta de tranquilidad, además de ánimo triste. Existen varios textos hipocráticos en los que a ese ánimo triste le fue sumado el miedo, por lo que el concepto inicial de melancolía fue ligado a estas dos emociones: tristeza y miedo. Se consideraba crónico cuando esta melancolía asumida se veía prolongada (Jackson, 1986).

Más adelante en el siglo II d.c., esta descripción se fue estabilizando a nivel general. Los médicos islámicos y occidentales utilizaban este concepto del problema durante aproximadamente mil quinientos años. La descripción que utilizaban se basó en lo escrito por Rufo de Éfeso modificado por Galeno; los rasgos que mencionaban eran que la melancolía era una forma de locura crónica, no febril, en la que la persona sentía un miedo inusual, se mostraba triste, cansado de la vida, introvertido y frecuentemente se acompañaba de alguna idea delirante. Luego los hipocráticos añadieron también síntomas de perturbaciones gastrointestinales asociados señalando el estreñimiento; lo que actualmente podría encasillarse dentro de las enfermedades psicosomáticas por la relación que mantiene. Además, mencionaban las ideas suicidas y el riesgo de suicidio (Cobo Gómez, 2005).

Desde mediados del siglo XX el proceso de definición y clasificación de los trastornos afectivos está en constante desarrollo. Su clasificación es uno de los aspectos teóricos más importantes en la psicopatología, y es de los tópicos sobre los cuales más se ha investigado. Existen también aportaciones hacia la psicopatología cuantitativa que tienen que ver con los criterios de clasificación y de los marcadores biológicos (Luque & Berrios, 2011).

Kraepelin (1896) distinguió las clases de estados afectivos, los sintomáticos y los constitucionales. Koch, entre 1890 y 1893, describió lo que hoy conocemos como trastornos de personalidad, y habló de las “inferioridades psicopáticas”, que se trataba de anomalías

psicológicas y comportamientos permanentes patológicos que eran menos intensas que las enfermedades mentales.

Kraepelin también enriqueció el término de “estados psicopáticos” y “variedad depresiva”, denominado como “desarreglo constitucional del humor”, al que luego añadió el término de “agitación constitucional”, que era una especie de estado maniaco permanente.

En 1907, Kraepelin utiliza los términos “disposición a la depresión”, “disposición a la manía” y “disposición a la ciclotimia”, refiriéndose a cambios del humor entre los dos estados anteriores (Cobo Gómez, 2005).

2.5.2 Tristeza vs depresión

Ya que hablamos de depresión como síntoma y como trastorno, y se habló brevemente acerca de sus antecedentes, es importante diferenciarla de la tristeza. Las emociones primarias son la ira, el miedo, la alegría y la tristeza, esta última es considerada como una emoción negativa (Goleman, 1995; Villanueva, Clemente & Adrián, 2000; citados por Cuervo Martínez & Izzedin Bouquet, 2007).

Se piensa que la tristeza les sirve a las personas para expresar lo que sienten ante una situación de pérdida o decepción, y que a la vez les hace reflexionar y conduce al autoconocimiento. Es decir que, a pesar de ser una emoción negativa, la tristeza presenta una parte útil, que sirve para impulsar el desarrollo de las relaciones sociales y la expresión de los sentimientos, y preparar a las personas para afrontar situaciones estresantes (Cuervo Martínez & Izzedin Bouquet, 2007).

La tristeza es un estado mental pasajero; es un sentimiento relativamente habitual y que por sí mismo no es un indicador de ningún trastorno mental, mientras que la depresión sí lo es (Molina, 2016).

Además, la tristeza tiene una función adaptativa para responder a situaciones negativas y una función social para recibir soporte (Palmero, Fernández-Abascal, Martínez y Choliz, 2001, citado por Cuervo Martínez & Izzedin Bouquet, 2007).

En la depresión, las características esenciales son un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, la diferencia radica en que la tristeza tiene una causa conocida, pero en la depresión la causa puede ser una incógnita (Molina, 2016).

2.5.3 Etiología

Se puede decir que la depresión se da tanto por causas biológicas como ambientales, es decir, el ambiente se encarga de crear estresores con valor afectivo solo para el individuo afectado, y estos estresores a su vez provocan una reacción fisiológica y hormonal, que usualmente está relacionado con el estrés (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

Existe evidencia que apunta a que la depresión tiene causas biológicas, sin embargo, aunque hay mucha investigación para confirmar y descubrir sus bases orgánicas y del progreso alcanzado, aún hay muchas preguntas sin responder. Las primeras hipótesis biológicas de la depresión se desarrollaron entre 1960 y 1970, y las investigaciones realizadas a partir de esta época han integrado esas hipótesis iniciales en otras ideas más complejas (Silva, 2002).

Hay cuatro factores de riesgo que se asocian a la depresión:

1. Género: las mujeres están en mayor riesgo de sufrir depresión que los hombres.

2. Eventos vitales estresantes: de acuerdo con cada persona.
3. Experiencias infantiles adversas: como el abuso sexual y físico o relaciones conflictivas entre padres e hijos.
4. Rasgos de personalidad: principalmente las personas con predisposición al neuroticismo.

Investigaciones sugieren que los factores genéticos influyen el riesgo de enfermar e influyen sobre la sensibilidad de los individuos a los efectos del ambiente que podrían ser considerados como depresores y de los eventos estresantes de la vida diaria (Kendler, et al., 1995).

En trastornos complejos como la depresión mayor, puede que una gran cantidad de genes estén involucrados y que, además, estos interactúen con otros factores ambientales que potencien la enfermedad; e incluso algunos factores de riesgo genético solo pueden presentarse en momentos específicos de la vida. A pesar de la información disponible ésta no ha sido suficiente para establecer la asociación de genes y depresión (Silva, 2002).

Los estudios post mortem y los avances en la neuroimagen han hecho posible el desarrollo de investigaciones sobre las características de los circuitos cerebrales implicados en la depresión, sin embargo, no es posible identificar un circuito neuroanatómico específico, más bien se han estudiado regiones cerebrales encargadas de regular las funciones de emotividad, recompensa y ejecución: la corteza prefrontal, el hipocampo, la amígdala y el núcleo accumbens (Sequeira Cordero & Fornaguera Trías, 2009).

Las primeras investigaciones de neuroimagen se enfocaban en la actividad cerebral midiendo el flujo sanguíneo en el cerebro o el metabolismo de la glucosa. Estos presentan un incremento anormal en pacientes con depresión, al igual que la corteza prefrontal y la amígdala presentan incremento en su actividad. Por el contrario, áreas específicas de la corteza lateral temporal y parietal disminuyen su actividad. (Sequeira Cordero & Fornaguera Trías, 2009).

Además, el metabolismo de la glucosa en la región ventral y de línea media se correlaciona con los síntomas psíquicos de la depresión como las cogniciones negativas, el ánimo decaído y la ideación suicida (Díaz Villa & González González, 2012).

Otras causas de la depresión, aparte de los factores genéticos, incluyen factores químicos, que son alteraciones de los neurotransmisores, y factores psicosociales, que pueden ser experiencias, traumas, eventos inesperados u otros aspectos ambientales. (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2006).

Dentro de los factores químicos, se ha comprobado que niveles anormales de los siguientes neurotransmisores son importantes en la fisiopatología de la depresión:

1. Serotonina. Regula el humor y el temperamento. Es importante para ejecutar conductas, percibir el dolor, el apetito, la actividad sexual, el ciclo de sueño y vigilia y el movimiento.
2. Noradrenalina. Influye principalmente en patrones de conducta, función mental y mantenimiento del estado de vigilia.

3. Dopamina. Es un neurotransmisor inhibitorio que participa en el mantenimiento del estado de alerta, además de regular las funciones motoras, cognitivas y emocionales.

2.5.4 Diagnóstico

El diagnóstico de depresión va a variar de acuerdo con la edad del paciente y es completamente clínico ya que no existe algún marcador biológico o prueba que sea totalmente específica para diagnosticar por sí sola (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008).

Según Aguilar-Navarro & Ávila-Funes (2006), en adultos se presenta una gran variedad de síntomas continuos, desde tristeza y desánimo hasta la afectación del desempeño físico y social.

Para este mismo autor, a nivel general afecta las siguientes dimensiones:

- Dimensión afectiva: se ven afectadas las emociones, se manifiesta mediante síntomas como el llanto, la tristeza y la apatía.
- Dimensión cognoscitiva: se presentan cogniciones negativas como la desesperanza, la ideación suicida, el sentimiento de culpa y la negligencia.
- Dimensión somática: se manifiesta con síntomas físicos como la falta de energía, cambios en el apetito, disminución del deseo sexual, y cambios en el ciclo de sueño y vigilia.

Cuando haya sospecha de depresión en ancianos, es necesaria la historia clínica y el examen físico completos, que incluya evaluación cognoscitiva. Las manifestaciones de depresión en ancianos son indeterminadas y se suelen ignorar los síntomas más característicos de esta edad, que pueden llegar a presentarse junto a síntomas psicóticos y efectos negativos en la cognición. Los síntomas somáticos como la fatiga y el insomnio son predominantes, pero no específicos, ya que gran parte de la población puede presentarlos, pero no necesariamente se trata de depresión (Aguilar-Navarro & Avila-Funes, 2007).

Algo que es importante tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial de la depresión es la relación de los síntomas depresivos, las enfermedades médicas y el uso de fármacos. Puede darse el caso de que la enfermedad médica cause depresión, o que la depresión sea producto de los problemas que ha causado la enfermedad médica, o que ambas coexistan por azar, o incluso que la depresión cause la enfermedad médica (López Ibor, 2007).

Uno de los problemas que se presenta cuando se busca un diagnóstico es que los síntomas pueden confundirse con sentimientos y emociones pasajeros del diario vivir. La pérdida de interés en actividades cotidianas, la disminución de la espontaneidad, la apatía y la irritabilidad son síntomas que pueden pasar desapercibidos (Aguilar-Navarro & Avila-Funes, 2007).

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos:

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor del DSM-IV-TR

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los

síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso; o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, episodio único, del DSM-IV-TR

- A. Un solo episodio depresivo mayor
- B. El episodio depresivo mayor no es mejor explicado por trastorno esquizoafectivo, y no se sobre agrega a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.
- C. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maniaco, tipo mixto o tipo hipomaniaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según el DSM-V

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-V.

Crterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.

- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, adaptado de OMS, 2014.

2.5.5 Diferencias entre los manuales DSM-IV-TR y DSM-V

El DSM-V trajo consigo cambios significativos en la categoría de los trastornos del estado de ánimo, por ejemplo, el trastorno bipolar adquiere categoría propia separado de los trastornos del estado de ánimo en el DSM-V. En el trastorno depresivo mayor se incluyeron dos categorías que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida, ya que habla de desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida (Infocop, 2013).

Aparte, el DSM-V nombra la categoría “Trastornos depresivos”, en lugar de trastornos del estado de ánimo, y se describe un trastorno depresivo persistente (Muñoz & Jaramillo, 2015).

2.6 Depresión en la República Dominicana

La depresión ha sido estudiada desde hace muchos años a nivel mundial, incluyendo la República Dominicana. Durante los años 1977-1982 se realizó un estudio en el Hospital Psiquiátrico Padre Billini; en el cual para los investigadores la depresión constituía uno de los primeros motivos de consulta psiquiátrica. De todos los pacientes con trastornos depresivos, el 43% padecía de depresión neurótica, y en menor proporción la depresión psicótica (Mella Mejías, Martínez, Quiñonez, & Uribe, 1983).

Luego en el 1990, se publicó un estudio transversal descriptivo y observacional directo, con el objetivo de determinar la presencia de síntomas depresivos relacionados con variables socio demográficas y factores psicosociales en estudiantes de música del Conservatorio Nacional de Música de la República Dominicana. Los investigadores utilizaron la Escala de Valorización Psiquiátrica de Beck para la Depresión, y encontraron que el 38% mostraba síntomas depresivos, principalmente leves; y de manera interesante, el 63% consumía algún estupefaciente como narcótico, nicotina y cafeína (Boizart, Sánchez, & Fernández, 1990).

En Santiago de los Caballeros se llevó a cabo una investigación que buscaba identificar síntomas de depresión en niños de 9 a 12 años. Se trabajó con una población de 458 estudiantes, de los cuales 113 presentaron algún síntoma depresivo, y de estos, el 10.3% obtuvo un nivel leve y el 4.8% un nivel severo. También, los niños indicaron mayor presencia de síntomas depresivos que las niñas, 17.9% y 12.1%, respectivamente (Zouain, et al., 2009).

Recientemente se investigó la prevalencia de indicadores de depresión en estudiantes de arte dramático y de artes visuales, encontrando que un 43% de la muestra presentó algún nivel de depresión de acuerdo con los parámetros establecidos por el Inventario de Depresión de Beck BDI-II. Los indicadores que más se manifiestan son cambios en el sueño, pérdida de energía, cambios en el apetito, sentimiento de desvalorización y culpa e indecisión, todos dentro de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor en el DSM-V (Villar Genao, 2018).

2.7 Diabetes

Para la American Diabetes Association (2014), la diabetes mellitus, no es más que un conjunto de alteraciones al metabolismo, las cuales tienen como principal característica la hiperglucemia crónica, causada por una deficiencia en el proceso de secreción de la insulina, asimismo como un desperfecto de la acción de esta.

Hay que mencionar que además de la hiperglucemia, contiene alteraciones en el metabolismo de las grasas y proteínas. Además, la hiperglucemia que es perdurable en el tiempo es relacionada con daño, perturbación y defecto de distintos órganos y sistemas, generalmente el sistema renal, ocular, nervioso, cardíaco y vascular (American Diabetes Association, 2014).

Otra afección que pone en riesgo la vida de los pacientes con diabetes es la cetoacidosis, que ocurre cuando el cuerpo empieza a descomponer la grasa demasiado rápido. El hígado empieza a convertir la grasa en un impulsor denominado cetona, que es el responsable de que la sangre se vuelva ácida (MedlinePlus, 2018).

Según la American Diabetes Association (2014); Pizzolante, (2003); Retnakaran, Connelly, Sermer, et al. (2010); International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel (2010), existen varios tipos de diabetes:

Diabetes mellitus tipo I (DM1): su característica principal, es la destrucción autoinmune de la célula beta. La misma ocasiona un desperfecto absoluto de insulina y predisposición a la cetoacidosis. Dicho evento en un porcentaje elevado es moderado por el sistema inmunitario, lo cual puede ser comprobado mediante los señalamientos de distintos anticuerpos.

Diabetes mellitus tipo II (DM2): es el tipo de diabetes más común y generalmente es relacionada con obesidad o aumento de grasa visceral. Difícilmente ocurre cetoacidosis espontánea. El desperfecto se explica desde la resistencia predominante a la insulina, de la mano con una imperfección relativa de la hormona o incluso un avanzado defecto de su secreción.

Diabetes mellitus gestacional (DMG): asocia la intolerancia a la glucosa descubierta por primera vez en el proceso de embarazo. La hiperglucemia anticipada a las veinticuatro semanas de gestación es considerada como diabetes previa no diagnosticada.

La diabetes mellitus, es catalogada como una de las principales dificultades de salud en el mundo. Sobre todo, por su elevada prevalencia, coste económico y número de mortalidad prematura. En el caso del punto de vista clínico, se trata de un grupo heterogéneo de procesos, donde su característica común es la hiperglucemia. Como consecuencia de imperfecciones en la secreción de la insulina, usualmente por destrucción de las células beta pancreáticas, cuya fuente proviene del sistema inmunitario en la DM1 o una desarrollada

resistencia a la acción periférica de la insulina, teniendo o no un déficit asociado en la secreción en el caso de la DM2 (American Diabetes Association, 2014).

La susceptibilidad genética de la DM1 se ha relacionado con distintos genes del sistema antígeno leucocitario humano. Al mismo tiempo, existe entre gemelos idénticos se acerca al 50%, además de que la probabilidad del desarrollo de DM1 en hijos con padres con DM1 se encuentra entre el 15 y 30% veces mayor que en la población ordinaria sin diabetes mellitus. De igual manera en la DM2 los factores genéticos constan de mayor importancia que en la DM1, la relación en gemelos idénticos va desde un 80 al 100%; en la gran parte de los casos de DM2 la herencia es poligénica, es decir que los rasgos fenotípicos, como las enfermedades y algunas formas de comportamiento, no siguen patrones clásicos de la herencia (Ruiz-Ramos, Escolar-Pujolar, Mayoral-Sánchez, et al 2006).

De manera semejante en los distintos tipos, el desarrollo de la enfermedad se atribuye a una mezcla de factores genéticos predisponentes, así como de un conjunto de factores ambientales, los cuales actuarían como detonante (American Diabetes Association, 2014).

2.7.1 Antecedentes históricos de la diabetes

Se reconoce la diabetes desde hace aproximadamente 3,500 años. Iniciando con los antiguos egipcios, 1,500 años más tarde, Aretaeus (130-200CE) inició a implementar el termino diabetes y describió con precisión los signos y síntomas de la diabetes (Nwaneri, 2015).

Los antiguos médicos griegos y romanos, al utilizar el término diabetes se referían a las circunstancias en las que el hallazgo esencial fue un aumento en el volumen de orina. Los médicos de la antigua india identificaron, clasificaron y examinaron los que padecían

diabetes, observando si las hormigas sentían atracción por su orina y así denominaron a la enfermedad “enfermedad de la orina dulce”. Asimismo, los indios se percataron de la correlación entre la diabetes y la herencia, así como la obesidad, el sedentarismo y la dieta (Pathak, Sinha & Sharma, 2013).

Tanto la DM1 y DM2, fueron clasificadas como condiciones independientes por los médicos indios Shushruta y Charaka en 500-600.AC. Siendo relacionado la juventud con el tipo I y la obesidad con el tipo II (Ramaiya, Kodali & Alberti, 1990).

Asimismo, en la era moderna, la diabetes se redescubrió, en manos de Thomas Willis, en 1675 basado en la dulzura de la orina en los pacientes diabéticos. Por otro lado, Willis no consiguió evidencia suficiente para adjudicar la responsabilidad del dulzor de la orina a la azúcar. Años más tarde se desglosó la enfermedad en base a la presencia de un componente similar a la azúcar en la diabetes insulsa (Hernando & Fernando, 2011).

En 1775, Dobson describió la diabetes y demostró la presencia de azúcar en la orina (Lakhtakia, 2013). Se debe agregar el significativo hallazgo de Von Mering y Minkowski en 1889, donde se reconoce por primera vez la función del páncreas dentro de la diabetes, en base a un experimento donde se remueve el páncreas de un canino y el mismo de manera automática se vuelve diabético, además de desarrollar otras patologías concernientes el sistema digestivo (Ahmed, 2002).

Durante los últimos 200 años, los avances en cuanto a la comprensión de la regulación del metabolismo idóneo de la glucosa han llamado mucho la atención, iniciando en la mitad del siglo XIX, donde Claude Bernard dio a conocer que los niveles de glucosa en sangre,

además de estar regulados por la absorción de hidratos de carbono, también el hígado tiene un papel fundamental en la producción de glucosa (Robin, 1979).

Por otro lado, Sharpey-Schafer, asumió que el origen de la diabetes se debía a la carencia de una sola sustancia secretada por el páncreas; bautizó este quimismo como insulina, la cual viene del latín *ínsula*, cuyo significado es isla y la misma se refiere a las células de islotes pancreáticos descubiertas por Langerhans, en 1921 (Banting, Best, Collip, Campbell, & Fletcher, 1962).

Mientras tanto, Banting y Charles dieron punto de partida al descubrimiento de la insulina, mediante su estudio de diabetes inducida en perros, donde extraían células de islotes pancreáticos a perros sanos (Joshi, Parikh & Das, 2007).

James y Mcleid, fueron los primeros en tratar un paciente con diabetes, usando insulina, utilizando la hormona insulina de un páncreas bovino. Así se esparció rápidamente el uso terapéutico de la insulina en el mundo (Geyelin, 1922).

2.7.2 Etiología

Se conoce la diabetes como un conjunto de anomalías metabólicas cuya reacción principal es la hiperglucemia crónica, como consecuencia del déficit de insulina. Además de la hiperglucemia, consta de cambios en el metabolismo, asimismo, se debe resaltar la perdurabilidad de la hiperglucemia en el tiempo relacionada a su vez con daños, perturbación de distintos órganos y sistemas. (American Diabetes Association, 2014; Retnakaran, Connelly, Sermer, et al 2010).

Mientras que la DM2 consta de varios factores, dentro de los que se encuentran los factores genéticos, así como los factores ambientales como la presencia de síndrome metabólico y obesidad. Además de la resistencia a la insulina, obesidad central, hipertensión entre otros. Son signos que aumentan el riesgo del desarrollo de esta (Hiriart, 2014).

2.7.3 Diabetes Tipo I

La diabetes mellitus tipo I (DM1) es conocida como una de las enfermedades autoinmune más estudiadas actualmente, debido no únicamente a su complejidad genética, sino también por su sensibilidad a factores ambientales. Teniendo características similares a contraparte tipo II, la DM1 es caracterizada por un desperfecto en el metabolismo de los carbohidratos, a causa de la destrucción de la célula beta del páncreas a través de mecanismos autoinmunes, poniendo de manifiesto como ausencia total de insulina. Genéticamente hablando, la enfermedad es compleja es caracterizada por un índice elevado de desequilibrio de ligamento (Thorsby & Lie, 2005).

2.7.4 Diabetes Tipo II

La diabetes mellitus tipo II (DM2), es un trastorno metabólico de patogenia multifactorial, compuesto por un factor hereditario sobre el que actúan diversos factores ambientales, dentro de los que se encuentran el sedentarismo, la alimentación y el tabaquismo. Los pacientes son más propensos a padecer de displasias, hipertensión y síndrome metabólico por lo que es recomendable un diagnóstico temprano y así reducir las posibles complicaciones (Mariño Soler, Miguel Soca, Ochoa Rodríguez, et al, 2012).

La resistencia a la insulina es un componente de la DM2, la cual se produce por una deficiente respuesta celular de la insulina (Bouza, Valdés & Rode, 2007). Inicialmente el desperfecto en la acción hormonal se repara con una elevada secreción insulínica por las células beta del páncreas, lo cual trae consigo una hiperinsulinemia que sostiene las concentraciones de glucosa en sangre en límites equilibrados.

Se ha relacionado la DM con distintos trastornos psicosociales, con el fin de realizar innumerables investigaciones en lo concerniente a las alteraciones de los resultados en pruebas bioquímicas y la conexión que tiene la misma en los trastornos emocionales. Asimismo, se ha indagado si estos constan de algún dominio en la permanencia de los cambios del metabolismo de la DM (Biessels, Deary & Ryan, 2008; Castillo-Quan, 2009). Distintos autores plantean que la propuesta de las alteraciones psicoemocionales en los pacientes con DM, más que en la respuesta de un estado perceptivo en consecuencia a la carga emocional que porta esta condición crónico-degenerativa, es una modificación del sistema neuroquímico y biológico. Por otro lado, durante años, se han notificado cierto progreso en el estudio de las consecuencias de la DM en el sistema nervioso central (SNC), el mismo propone la existencia de alteraciones en las células y moléculas, las cuales elevan el riesgo de padecer distintas enfermedades neuropsiquiátricas (Chiodini, Adda, Scillitani, A., Coletti, et al, 2007; Castillo-Quan, 2008; Castillo-Quan, Barrera-Buenfil, y Pérez-Osorio 2008).

2.7.5 Diagnóstico

La Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes plantea los siguientes criterios para la diabetes (World Health Organization, 2006):

1. La glucemia en ayunas o igual que 7,0 mmol/l o de 11,1 mmol/l luego de dos horas con un compuesto oral de glucosa. Aun con sus limitantes, estos criterios diferencian a un grupo de pacientes con un aumento significativo de la mortalidad prematura y del riesgo de distorsiones micro y cardiovasculares.
2. En el caso de la prediabetes, la glucosa basal elevada en un rango de 6,1-6,9mmol/l en ayunas y glucemia dos horas más tarde de una carga oral menor de 7,8 mmol/l.

Se denomina prediabetes a dicho estado intermedio en el que las concentraciones equilibradas de glucemia se pierden ya que se presenta glucosa de ayuno anormal e intolerancia a la glucosa (Pendergrass, 2007).

2.7.6 Diabetes en el CIE-10

La OMS (1992) plantea que la diabetes mellitus (DM) es un déficit del metabolismo de la glucosa causado por un desperfecto en la producción de insulina o una disminución en el efecto biológico del sistema. La misma es diagnosticada de manera clínica, luego de haber agotado ciertos procesos analíticos donde se detectan las cifras elevadas de glucemia en circunstancias determinadas.

En el caso de la diabetes mellitus tipo I, se conoce como una condición metabólica cuya característica principal es una distorsión en la producción de insulina por el páncreas. Los que la poseen, suelen desarrollarla previo o durante la pubertad, siendo así usual la cetoacidosis, que no es más que la producción exacerbada de glucosa en sangre, lo que provoca que la misma se vuelva más ácida por el exceso de cetonas Organización Mundial de la salud (OMS, 1992).

En particular, la diabetes mellitus tipo II (DM2) se caracteriza por la producción de insulina, aunque tiene la particularidad de que tiende a ser insuficiente o sencillamente el organismo no consta con lo necesario para utilizarla de manera eficaz. Esta debuta generalmente en adultos de mediana edad, así como también en jóvenes sobre todo en aquellos que están ligados a la obesidad. Generalmente no exige un tratamiento con insulina, también puede tratarse con un estilo de vida saludable, antidiabéticos orales y ejercicio. En el caso de que estas medidas no sean competentes, se deberá acudir a la insulina Organización Mundial de la salud (OMS, 1992).

2.8 Estados de ánimo y diabetes

El hecho de tener un diagnóstico de diabetes, además de tener repercusiones a nivel físico como los cambios en los niveles de glucosa en la sangre, también se manifiesta con cambios en el estado de ánimo (Campuzano, 2018).

Cuando los niveles de azúcar están bajos puede aparecer un estado de confusión, ansiedad y aturdimiento; cuando están altos se puede presentar falta de claridad en la toma de decisiones, nerviosismo, cansancio y fatiga (Campuzano, 2018).

Estos estados de ánimo y estas emociones pueden agravarse y convertirse en trastornos. Los trastornos del estado de ánimo más comunes relacionados a la diabetes son los cuadros de depresión y ansiedad, pero también suelen desarrollarse trastornos de conducta y trastornos de la conducta alimentaria. Estudios han demostrado que las personas con diabetes en los Estados Unidos tienen una probabilidad de dos a tres veces mayor de presentar algún trastorno psicológico serio que las personas sin diabetes (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002; Lustman & Gavard, 1997; citados por Jiménez & Dávila, 2007).

2.9 Diabetes tipo I y II en República Dominicana

La diabetes en República Dominicana ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad, luego del infarto al miocardio y los accidentes de tránsito. A pesar de su importancia, los datos trascendentales que se poseen sobre la diabetes en RD, como su prevalencia y costo, es insuficiente e incoherente. Según distintas encuestas realizadas a nivel nacional en República Dominicana, la prevalencia de diabetes se encuentra entre un 2.0% y un 5.3%. La inversión hecha en salud, con relación a la enfermedad desde el inicio ha sido baja. Por tanto, la mayoría de los proyectos a favor de la diabetes han sido responsabilidad de entidades privadas (Brito & Rivas, 2008).

Por otro lado, la elevada tasa de obesidad y el negligente servicio de salud, han traído consigo gastos ya sea de manera directa o indirecta a la sociedad, lo que presenta a la diabetes como un problema de salud pública de suma importancia a largo plazo. Las fuentes que encabezan la administración de información disponible acerca de la prevalencia de la diabetes en RD, a causa de su desigualdad metodológica, es decir el proceso de selección de población, muestreo y los criterios utilizados para diagnosticar, además de su aspecto aislado, por lo cual resulta difícil llevar a cabo un estudio comparativo. (Brito & Rivas, 2008).

Con respecto a la investigación de Rondón, Susaña & Peña (2013) sobre la diabetes asociada a la hipertensión, en la cual se concretizó que el 33.15% de la población de Cotuí padece de esta condición, donde además el sexo predominante fue el femenino con un 55.06% y el rango de edad se encuentra entre los 45-60 años con un 45% plantean, que si hay diabetes la probabilidad de hipertensión es dos veces más elevada que en la población libre de diabetes.

El mismo autor afirma que en el caso de la diabetes tipo I, la hipertensión ocupa un segundo lugar, siendo la nefropatía la que ocupa el primer lugar, sin embargo, en la diabetes tipo II, es la hipertensión que antecede a la nefropatía e incluso a la diabetes en algunos casos. Por otra parte, en los hipertensos la probabilidad de desarrollar diabetes es de dos a cuatro veces más elevada que en los normotensos.

Asimismo, la Encuesta Nacional de Diabetes y Ceguera (ENDC), realizada en 1995 por el Club de Leones de Santo Domingo, mostró un 5% en la prevalencia en todo el territorio nacional, donde además un 4% es insulino dependiente. La mayor cantidad de personas se encontraban en Santo Domingo (Brito & Rivas, 2008).

Llegados a este punto, es necesario resaltar la sensibilidad que poseen los pacientes diabéticos a la vasoconstrictora de la angiotensina II, cuya finalidad es actuar sobre la corteza suprarrenal, causando así la liberación de la hormona aldosterona, que se encarga de la retención de sodio y la pérdida de potasio en los riñones. Por otro lado, la hipertensión arterial ligada a la diabetes tipo II, forma parte del síndrome cardio metabólico, el cual comprende la resistencia a la insulina, triglicéridos elevados y obesidad central (Zavala, 2005).

2.10 Prevención de la diabetes tipo I y II

La prevención es fundamental para la reducción de la alta tasa de casos de diabetes, en base a las medidas pertinentes para llevar a cabo un cambio de estilo de vida, donde se incluye una reestructuración alimenticia y programas de ejercicios, con el fin de elevar la actividad física y mantener un peso acorde con los criterios trazados por su médico (Definición, W. H. O. 1999; Cameron, Shaw, & Zimmet, 2004).

La Organización Mundial de la Salud, plantea que el número de personas con diabetes ha aumentado de 30 millones en 1995 a 347 millones en la actualidad, también se presume que, en 2030, habrá un aumento a 366 millones, por los datos ya mencionados, la diabetes es considerada un problema de salud pública, donde tiene un impacto en el ámbito económico, social y en la calidad de vida. (Barceló, Aedo, Rajpathak & Robles, 2003; Arredondo, 2013).

2.10.1. Factores de riesgo

Los individuos con alto riesgo en desarrollar diabetes tipo I se pueden identificar a través de la tipificación del HLA, la investigación del auto anticuerpos y otras pruebas. No obstante, no se han reconocido intervenciones preventivas con éxito. Ni la administración de nicotinamida (estudio ENDIT, European Nicotinamide Diabetes Intervention Trial), ni el uso de dosis de insulina en pacientes de riesgo (estudio DPT, National Institute of Health Diabetes Prevention Trials) han logrado prevenir o retrasar el surgimiento de diabetes. Por consiguiente, fuera del contexto de los ensayos clínicos carece de sentido él (American Diabetes Association, 2003).

Según Abuissa, (2005), Rydén et al, (2007), y Alberti, Zimmet & Shaw, (2007), los factores de riesgo para desarrollar DM2, se dividen en clínicos y metabólicos:

1. Clínicos

Elevada ingesta de grasas, en especial las saturadas.

Alta ingesta de alcohol

Sedentarismo.

Afroamericanos, latinos y afroasiáticos, son los grupos étnicos más propensos a desarrollarla.

Edad mayor de 45 años o 30 años con un IMC mayor de 25 kg/m².

Antecedentes familiares de DM2 en familiares de primer grado.

Obesidad visceral.

Hipertensión arterial.

Síndrome de ovario poliquísticos (SOP).

Diabetes gestacional.

Madres de hijo con peso mayor de 4 kg al nacer.

Hipogonadismo masculino.

2. Metabólicos

Glucemia alterada en ayunas (GAA).

Intolerancia en el test a la glucosa (ITG).

Dislipidemia, particularmente triglicéridos mayor de 150 mg/dL y HDL-C menor de 35 mg/dL.

Prueba de tolerancia anormal a las grasas (lipemia postprandial).

Niveles elevados de insulina basal.

HOMA mayor de 2,5.

Hiperuricemia.

Microalbuminuria.

Hiperfibrinogenemia

2.10.2 Factores de riesgo psicológicos que influyen en la diabetes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción personal que tiene el individuo de su vida, en el contexto cultural y los valores con los que vive, sus objetivos, expectativas, intereses y valores. (García & Calvancece, 2008). Mientras que en lo que concierne a la salud, la calidad de vida incluye la evaluación personal respecto a la salud y el nivel de funcionamiento en lo que tiene que ver con la realización de las actividades diarias en específico los factores físicos, psicológicos, sociales, funcionalidad y bienestar emocional. (Contreras, et al, 2007).

Se ha demostrado que el estado emocional de un paciente influye en su calidad de vida. (García & Calvancece, 2008; López, Sanz, Jofré & Valderrábano, 1999; Khechane & Mwaba, 2004). Por otro lado, las estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución activa y positiva del problema han sido vinculadas con mejor adaptación al tratamiento dialítico (Khechane, Mwaba, 2004; Lindqvist & Sjöden, 1998).

En otro orden, las estrategias evasivas o pasivas se han vinculado con una menor capacidad de adaptativa y malos resultados en las intervenciones terapéuticas (Carroble, Remor, Rodríguez-Alzamora, 2003; Arraras, Wright, Josue, Tejedor et al 2002; Brown, Nicassio & Woolston, 1989).

Según Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, (2007), el afrontamiento religioso es una de las estrategias más utilizadas por los pacientes bajo tratamiento de diálisis.

Para Pargament, Smith, Koenig & Pérez, (1998), el afrontamiento religioso es percibido por los pacientes como una estrategia donde se busca ayuda de un ser sobrenatural y superior, según estos autores, está diseñado para ayudar a los individuos a encontrar el propósito y el significado de su vida, control personal, confort emocional, intimidad con otros, salud física o espiritualidad, a través de métodos como el perdón, la confesión, la purificación y el apoyo espiritual.

La psicología de la salud ha incursionado en diversos aspectos relacionados con esta enfermedad, lo cual nos indica que la psicología tiene mucho que hacer en este terreno. Peyrot & Rubin (2007) realizaron varias revisiones de las intervenciones conductuales y psicosociales relacionadas con la diabetes, estos llegaron a dividir las en dos dominios principales:

1. Intervenciones de auto cuidado, incluyen temas como la aceptación del régimen y la adherencia a este.
2. Intervenciones emocionales, se aborda la relación entre diabetes y estrés; de igual forma la diabetes y la depresión.

2.10.3 Factores de riesgo dietéticos y nutricionales

En lo que concierne a la obesidad, se han llevado a cabo varias investigaciones, donde se ha comparado la efectividad de algunas técnicas conductuales contra la de la

psicoterapia tradicional. (Penick, Fillion, Fox & Stunkard, 1971). Sin embargo, en relación con el modelo de creencias de salud se ha evaluado la relación que tiene las creencias de algunos participantes diabéticos sobre su estado de salud y el grado de acogida al tratamiento (Cerkoney & Hart, 1980).

Se han implementado programas cognitivos conductuales para modificar los hábitos alimenticios y comportamientos tales como ansiedad, autoestima, pensamientos distorsionados. Los resultados de estos no han sido homogéneos y no se han completado los resultados esperados, aunque se han conseguido algunos beneficios, en especial, de los programas cognitivos conductuales. (Torrecillas & García, 1994; Casado, Camuñas, Navlet, et al 1997; Riveros, Cortázar, Alcázar & Sánchez, 2005).

Componentes de la dieta y síndrome metabólico: evidencia científica

Hidratos de carbono

Las dietas en bajo contenido de carbohidrato son capaces de optimizar la sensibilidad a la insulina, moderar el peso, la presión arterial y reducir el riesgo cardiovascular (Hussain, Claussen, Ramachandran & Williams, 2007; Feinman & Volek, 2008).

Existe una controversia mayor cuando se hace una comparación de las dietas bajas en carbohidratos, con dietas bajas en grasa, en cuanto al control metabólico. Ambas dietas tienen gran comparación en lo que tiene que ver con la reducción de la resistencia de insulina, riesgos cardiovasculares y pérdida de peso (Bradley, Spence, Courtney, McKinley, et al, 2009; Brinkworth, Noakes, Buckley, Keogh & Clifton, 2009).

Las dietas suelen encontrarse dentro de los factores ambientales que parecen afectar a las marcas epigenéticas. Tener una mala nutrición implica un incremento del riesgo a padecer enfermedades metabólicas (Milagro, Mansego, De Miguel, Martínez, 2013).

Sin embargo, se ha planteado que la obesidad y la DM2 son el resultado de las interacciones entre la nutrición y la genética, hasta ahora se ha avanzado muy poco en el conocimiento de los genes que contribuyen a ambas enfermedades (Fermín & Martínez, 2013).

La alimentación y la nutrición son consideradas pilares importantes en la prevención y en el tratamiento de la DM. En el DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) y en el UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), donde se concluyó que los beneficios del control glucémico y se demostró que existe un efecto positivo del tratamiento nutricional en la reducción de la glucosa plasmática en ayunas (Bloomgarden, 2002).

La American Diabetes Association (2012), sostiene que en relación con la prevención primaria de la diabetes existen varios lineamientos: pérdida de peso moderada, 7 % de peso corporal; ejercicio regular, 150 min/semana; reducción de la ingesta calórica y de la grasa total; ingesta de fibra de 14g/ 1000 calorías, principalmente a partir de granos enteros y disminución en el consumo de bebidas con azúcar.

El aporte de proteína puede oscilar entre el 15 y el 20% del total de calorías, en los individuos con DM que presenten función renal normal (American Diabetes Association, 2007 y American Diabetes Association, 2011). Se recomienda reducir la ingesta de grasa saturada a menos del 7%, colesterol a menos de 200 mg/día y disminuir el aporte de ácidos grasos, teniendo pendiente la asociación con marcadores de inflamación y con el riesgo de enfermedad coronaria (Franz, Blante, Beebe, et al, 2002; Lemaitre, et al 2006).

2.11. Intervención psicoterapéutica y psicoeducativa en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo I y II que evidencian signos y síntomas de depresión

Aparte de las variables asociadas al compromiso con el tratamiento, durante el proceso de la enfermedad, los pacientes desarrollan estrategias de afrontamiento como el automanejo y la autorregulación (Knittle, De-Gucht, & Maes, 2012). Estas les dan la facilidad de mantener cierto control sobre los síntomas, así como de los tratamientos y las posibles consecuencias físicas y psicosociales; de esta misma manera, ajustar su estilo de vida de tal modo que logren llevar una calidad de vida eficaz (Francis, Feyer, & Smith, 2007).

La resolución de problemas, recopilación de información y la regulación de las emociones, son estrategias de afrontamiento activas, las mismas colaboran con el manejo del dolor, de los estados depresivos y del aumento de capacidad funcional (Garnefski, Grol, Kraaij, & Hamming, 2009).

Las situaciones anteriormente mencionadas, tales como las intervenciones psicológicas se encuentran orientadas a brindar estrategias para el manejo de situaciones psicoemocionales, cognoscitivas y comportamentales. En las técnicas de intervención podemos destacar la entrevista motivacional, cuyo objetivo principal es facilitar la adquisición de compromiso de parte del paciente para lograr un cambio comportamental, a través el empoderamiento y el reconocimiento de las situaciones presentes y potenciales (Pruchno et al., 2009).

Según el mismo autor, la entrevista se centra en la verbalización y actitudes que tenga el paciente y estas permiten la identificación de la coexistencia de varios sentimientos opuestos a la vez, así como también de hábitos o conductas tóxicas, las cuales deben trabajarse con el fin de fomentar cambios hacia estilos de vida más saludables.

Existen otras estrategias, como es la psicoeducación, la cual involucra al paciente de manera constante y activa. Esta estrategia consiste en brindar información clara, comprensiva, pertinente y eficaz, de esta manera logra la aparición de cambios en la creencias y mitos sobre la enfermedad, además brinda sugerencias para el afrontamiento de situaciones del diario vivir y para el manejo de impacto de la enfermedad en la vida del paciente, asimismo da la facilidad de aceptar el diagnóstico y la comprensión de los cambios a causa de la enfermedad (Cudney & Weinert, 2012).

Chan & Chan (2011), propusieron un programa psicoeducativo, el cual cuenta con las características necesarias para hacerse llamar “eficaz”. Recibe el nombre de programa de autocuidado en enfermedades crónicas, en donde los autores enfocan las teorías de la autoeficacia de Bandura y la psicoeducación, estos sugieren realizar sesiones de dos horas y media, en las cuales los pacientes son participes de actividades que elevan la capacidad de realizar cambios con relación a la salud, como son el auto cuidado de la salud, las relaciones entre los factores personales como es la cognición y el afecto, además de los factores ambientales como la influencia social.

La depresión y la ansiedad se encuentran dentro de las patologías mentales, donde se incluyen el registro de cogniciones disfuncionales, entrenamiento en detección de cambios en el estado de ánimo durante la sesión, un interrogatorio directo, asimismo como la modificación de conceptos o creencias distorsionadas, la programación y entrenamiento de

actividades instrumentales, además de asignación y seguimiento de tareas (Riveros et al., 2005).

Las distintas técnicas terapéuticas se encuentran puntualmente dirigidas a la cognición y al comportamiento, además de su efectividad, la cual se deja ver en la reducción de los estados de depresión y de las expresiones negativas sobre el estado de salud. El referente, de un nivel de calidad de vida incrementa el ajuste a la condición, el referente del nivel de calidad de vida incrementado además de la adaptación y ajuste a la condición médica (Warmerdam, Van-Straten, Jongasma, et al 2010).

Es necesario resaltar que aparte de las demás intervenciones individuales o grupales, se propone la importancia el apoyo de distintos individuos durante el proceso de la enfermedad, según sean las necesidades del paciente, debido a que esta eleva la calidad de vida y la sintomatología de los pacientes (Kojima, 2011).

Por otro lado, los recursos psicosociales, tienen un rol importante en el manejo y aplazamiento del progreso de las distintas enfermedades crónicas degenerativas (Dinicola, Julian, Gregorich, Blanc, & Katz, 2013).

La guía global de diabetes tipo II, plantea que el ofrecimiento de educación estructurada por profesionales conste de una preparación eficaz, con la cual puedan suministrar la información a los demás de manera satisfactoria, no obstante, se recomienda que brindar atención psicológica con el fin de indagar sobre las situaciones a nivel social, creencias, y actitudes o comportamientos, además de dudas relacionadas a la diabetes, el estado psicológico y el nivel de bienestar. Por otro lado, proporcionar estrategias con las que puedan generar un control del estilo de vida, en base a las pautas alimenticias y de actividad

física, dando así, seguimiento al progreso y adaptación, el acompañamiento en las necesidades, preferencias y cultura de los pacientes (Gómez & Jiménez, 2017).

Los conflictos familiares, mala calidad de vida en cuanto a salud y la baja autoeficacia, son algunas de las comorbilidades psicosociales. En la psicopatología infanto-juvenil, se han hecho presente y por tanto se han visto vinculadas con depresión y ansiedad (Whittemore, et al., 2012).

Además de esto, Lloyd, Pambianco, & Orchard (2010), plantearon la relación existente entre síntomas depresivos y la atención de la diabetes, lo cual interviene de igual forma en la adaptación, puesto que mientras más síntomas de depresión presenta el paciente, suele haber menos cuidado de la enfermedad.

En los pacientes con diabetes, al recibir su diagnóstico, quedan impactados de manera psicológica, la mayor parte del tiempo, esto ocasiona una esperada reacción emocional, puesto que esto trae consigo un cambio en su estilo de vida habitual, debido a la presencia de esta enfermedad, que es para toda la vida, se dice que la depresión afecta al 20% de los pacientes diabéticos en el momento de la detección de la enfermedad (Roncali, 1999).

El apoyo psicológico en este momento es fundamental, incluso, es necesario realizar un acompañamiento en el inicio de la enfermedad, con el fin de contrarrestar la inestabilidad emocional que trae consigo esa condición. Si los pacientes tienen una adaptación poco eficaz o negativa, se puede ver afectado su bienestar personal, social, familiar y escolar, lo que posiblemente traiga ansiedad, depresión y estrés a la persona en cuestión (Villoria, 2003).

Tur (2013), plantea la importancia de la intervención psicoeducativa en los adultos mayores, sobre todo si se encuentran dentro de un proceso degenerativo crónico, con esto se pueden elevar el bienestar y la confianza en ellos mismos, y el estereotipo social de personas excluidas de la posibilidad aprender y abandonar la postura deficitaria de la vejez, perspectiva que promueve la psico gerontología.

Por otro lado, el hecho de padecer una enfermedad crónica y degenerativa como lo es la diabetes mellitus influye de manera importante en la discapacidad y dependencia física (Cerrato, 2007).

2.12. Marco Contextual

La presente investigación se realizó con el objetivo de conocer la prevalencia de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II que asistieron a la Fundación Integral de Diabetes (FID) durante el periodo agosto 2018 – enero 2019. Esta fundación es una entidad sin fines de lucro creada el 21 de abril de 2015, bajo la dirección de la Dra. Jalenny Martínez, dedicada a ayudar a personas adultas y jóvenes diagnosticados con diabetes mellitus, proporcionándoles consultas especializadas en el área de medicamentos, orientación y educación respecto al manejo y las complicaciones de esta enfermedad. Además de apoyo emocional y psicológico tanto a los pacientes como a los familiares. Asimismo, facilita la adquisición de aparatos para la medición de los niveles de glucosa en sangre y a su vez imparten charlas de concientización, prevención donde también se fomenta el hábito de un estilo de vida saludable, de la mano de operativos médicos en la comunidad.

2.13. Idea a defender

Si la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes tipo I y II que asisten a la Fundación Integral de Diabetes es baja, es probable que hayan afrontado el diagnóstico con las herramientas adecuadas para tener una buena calidad de vida.

2.14 Operacionalización de las variables

Objetivo	Variable	Fuente
Determinar la prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II	Depresión	Inventario de depresión de Aaron Beck (BDI-II)
Identificar los factores que precipitan la aparición de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II	Detonantes internos Detonantes externos	Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento
Precisar las estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II	Estrategias de afrontamiento	Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento
Verificar las diferencias sociodemográficas que prevalecen en los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II	Características sociodemográficas	Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento
Explicar las características que posee un programa de evaluación y abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo para	Técnicas de abordaje Técnicas de	Revisión bibliográfica

pacientes con diabetes tipo I y II que han arrojado depresión como diagnóstico.	afrentamiento Técnicas de psicoeducación	
---	--	--

Capítulo III- Diseño metodológico

3.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación llevado a cabo es descriptivo, el cual permite detallar los signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II.

3.2 Metodología

Se entrevistó de manera individual a los pacientes que tenían citas previas en las instalaciones de la Fundación Integral de Diabetes. En dicha entrevista se le administró un consentimiento informado, con el fin de aclarar las pautas de la investigación y obtener su permiso, se aplicó un cuestionario sociodemográfico, con el objetivo de recolectar datos generales, además del inventario de depresión de Aaron Beck (BDI-II). Más tarde se procedió a analizar los datos para llegar a una conclusión.

3.3 Técnicas de recolección de datos

- Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.
- Inventario de depresión de Aaron Beck (BDI-II)

3.4 Descripción y validación de los instrumentos

3.4.1 Descripción de los instrumentos

El inventario de depresión de Aaron Beck (BDI-II) es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, como la fatiga y el sueño.

3.4.2 Propiedades de la prueba

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es uno de los instrumentos de medida más utilizados para evaluar síntomas de depresión y su gravedad en adolescentes y adultos (Sanz, 2011). Según Steer, Ball, Ranieri y Beck (1999), es una medida de autoinforme, compuesto por 21 ítems que abarca los síntomas de depresión mayor, a partir de los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2002). Los artículos se suman para formar una puntuación total, las altas, describen los niveles más altos de depresión, se debe resaltar que el BDI-II se aplica tanto para fines de investigación, así como en la práctica clínica, ocupando así el tercer lugar dentro de las pruebas más utilizadas en España (Aranda, Álvarez, Hernández & Ramírez, 2015).

Fue creado originalmente por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en 1996, editado por NCS, Pearson. Desde su publicación, ha recibido varias revisiones, la última se realizó en 2011, en su versión española, realizada por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez con la edición de Pearson educación, además de esto se han llevado a cabo un sinnúmero de estudios donde se han examinado su validez y confiabilidad en distintas poblaciones y países (Wang & Gorenstein, 2013). Los resultados obtenidos muestran una excelente consistencia y fiabilidad dentro de la prueba (Gomes-Oliveira, Gorenstein & Lotufo Neto, 2012). La validez está basada en criterios y se ha mostrado sensibilidad y especificidad para

la detección de depresión, lo que contribuye con su utilidad clínica como medida de ayuda para fines de un diagnóstico (Osman, Barrios & Gutiérrez, 2008).

3.5 Procedimientos

Entrevistas individuales en las cuales se administraron el cuestionario y el inventario.

3.6 Universo y muestra

El universo consiste en 452 pacientes; adoptando un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 10%, el tamaño de la muestra es de 80 pacientes.

Para seleccionar la muestra se llevó a cabo un muestreo no probabilístico: se revisaron los expedientes de los pacientes de la Fundación Integral de Diabetes (FID) con el fin de depurar y obtener aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión. El universo cumplía con dichos criterios, por lo que nos vimos en la necesidad de seleccionar la muestra de manera aleatoria y realizar la investigación en base a estos. La muestra consistió en aquellos pacientes que acudieron a sus citas de seguimiento ya previamente agendadas en el periodo establecido para el estudio.

3.6.1 Criterios de inclusión

- Tener un diagnóstico de diabetes tipo I o II.
- Ser paciente de la Fundación Integral de Diabetes (FID).

3.6.2. Criterios de exclusión

- No tener diagnóstico de diabetes.
- No ser parte de la Fundación Integral de Diabetes (FID).

3.7 Plan de análisis de los datos

Para analizar los datos se utilizó la revisión bibliográfica, un cuestionario sociodemográfico y de habilidades de afrontamiento, el inventario de depresión de Aaron Beck, los expedientes de los pacientes y el juicio clínico.

Fase 1: Se sustrajo la información mediante la tabulación de los datos sociodemográficos y de las puntuaciones obtenidas a través de la corrección e interpretación del inventario de depresión de Aaron Beck (BDI-II).

Fase 2: Con el fin de dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas, se organizaron los datos de acuerdo con el nivel de depresión en el que se encuentran los pacientes evaluados según el BDI-II. Luego, se correlacionó dicho nivel con los datos sociodemográficos y el tipo de diabetes de los pacientes.

Fase 3: se organizaron las preguntas del cuestionario sociodemográfico y de habilidades de afrontamiento de acuerdo con la variable que mide cada pregunta y el orden de los objetivos y las preguntas de investigación. Estos elementos, en conjunto con la revisión bibliográfica y el juicio clínico, permitieron un análisis de datos objetivo y completo, tomando en cuenta tanto la información existente como la encontrada en este estudio.

Capítulo IV – Presentación y análisis de los resultados

4.1 Presentación cuantitativa y cualitativa de los resultados

Cuadro 1. Prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Niveles.

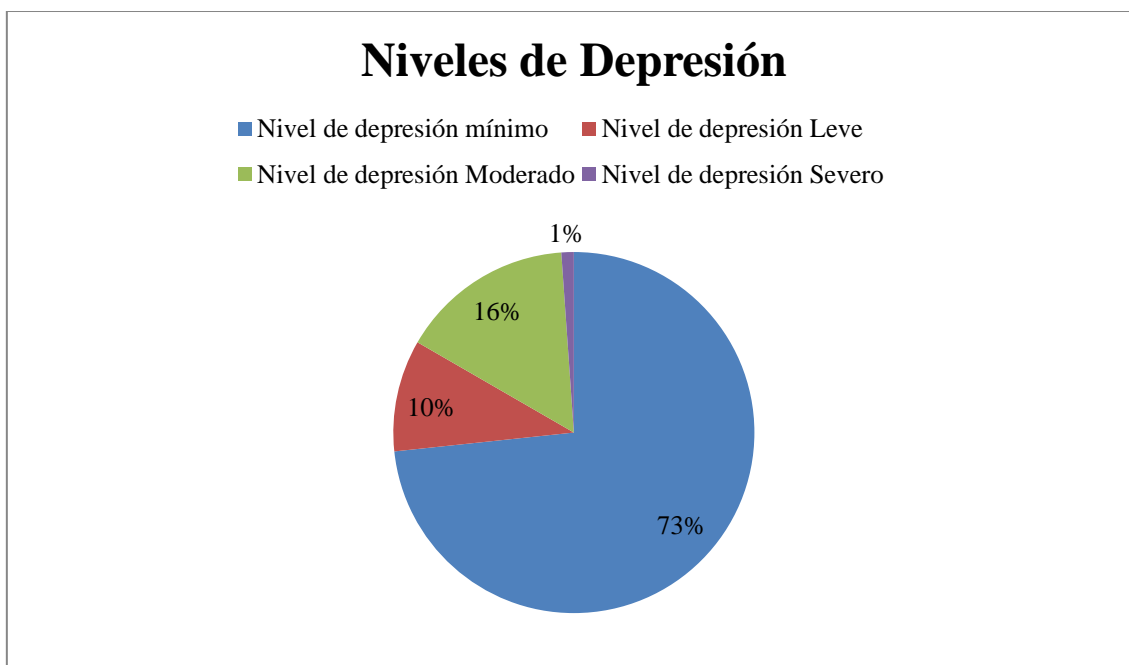
Tabla 1

Niveles	N-80	%
Mínimo	66	73%
Leve	9	10%
Moderado	14	16%
Severo	1	1%
Total	80	100%

Fuente: Inventario de depresión de Aaron Beck (BDI-II)

En esta tabla se refleja que el 73% de los pacientes evaluados se encuentra en un nivel mínimo de depresión; el 10% en un nivel leve; el 16% en un nivel moderado y solo un 1% se encuentra en un nivel severo.

Gráfico 1



Fuente: tabla 1.

Cuadro 2. Prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Nivel de depresión mínimo.

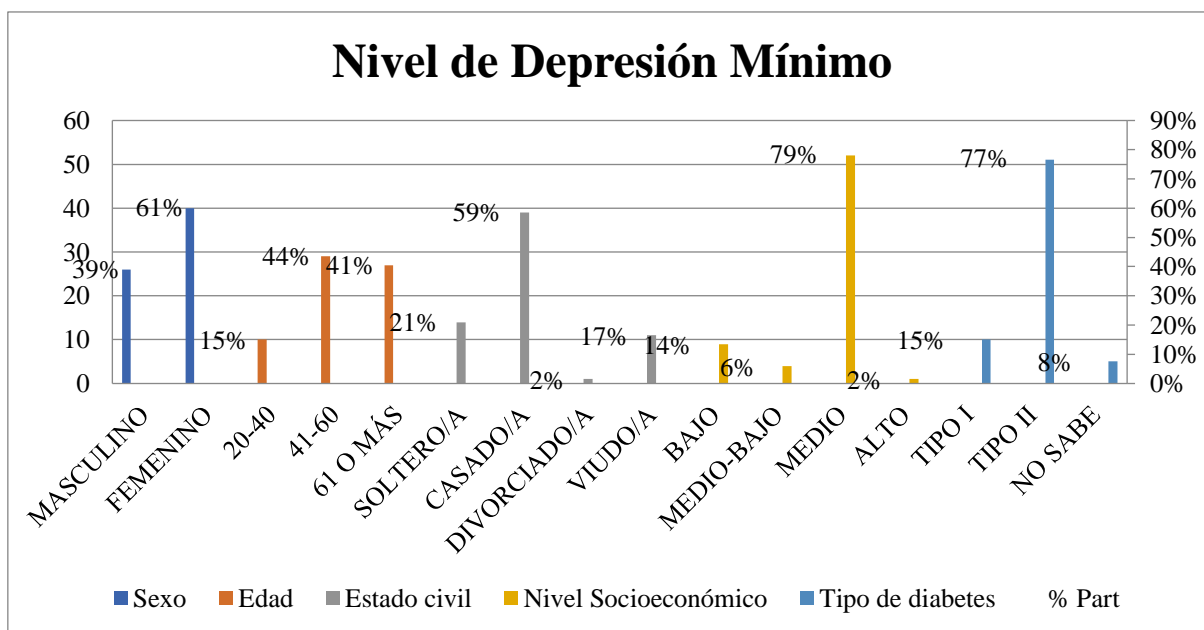
Tabla 2

Variable	Respuestas	N – 66	%
Sexo	Masculino	26	39%
	Femenino	40	61%
Total		66	100%
Edad	20 – 40	10	15%
	41 – 60	29	44%
	61 o más	27	41%
Total		66	100%
Estado civil	Soltero/a	14	21%
	Casado/a	39	59%
	Divorciado/a	1	2%
	Viudo/a	12	18%
Total		66	100%
Nivel socioeconómico	Bajo	9	14%
	Medio – bajo	4	6%
	Medio	52	79%
	Alto	1	1%
Total		66	100%
Tipo de diabetes	Tipo I	10	15%
	Tipo II	51	77%
	No sabe	5	8%
Total		66	100%

Fuente: Inventario de depresión de Aaron Beck (BDI-II)

En esta tabla se presenta que de los pacientes que presentan un nivel de depresión mínimo, el 39% son hombres y el 61% son mujeres; en cuanto a la edad, el 15% tiene entre 20 y 40 años, el 44% tiene entre 41 y 60 años, y el 41% tiene 61 años o más; en cuanto al estado civil, el 21% es soltero, el 59% es casado, un 2% es divorciado y el 18% es viudo; en cuanto al nivel socioeconómico, el 14% refiere que pertenece a un nivel bajo, el 6% a un nivel medio – bajo, el 79% a un nivel medio y solo un 1% pertenece a un nivel alto; y en cuanto al tipo de diabetes, el 15% padece tipo I, el 77% es tipo II y un 8% no sabe qué tipo de diabetes tiene.

Gráfico 2



Fuente: tabla 2

Cuadro 3. Prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Nivel de depresión leve.

Tabla 3

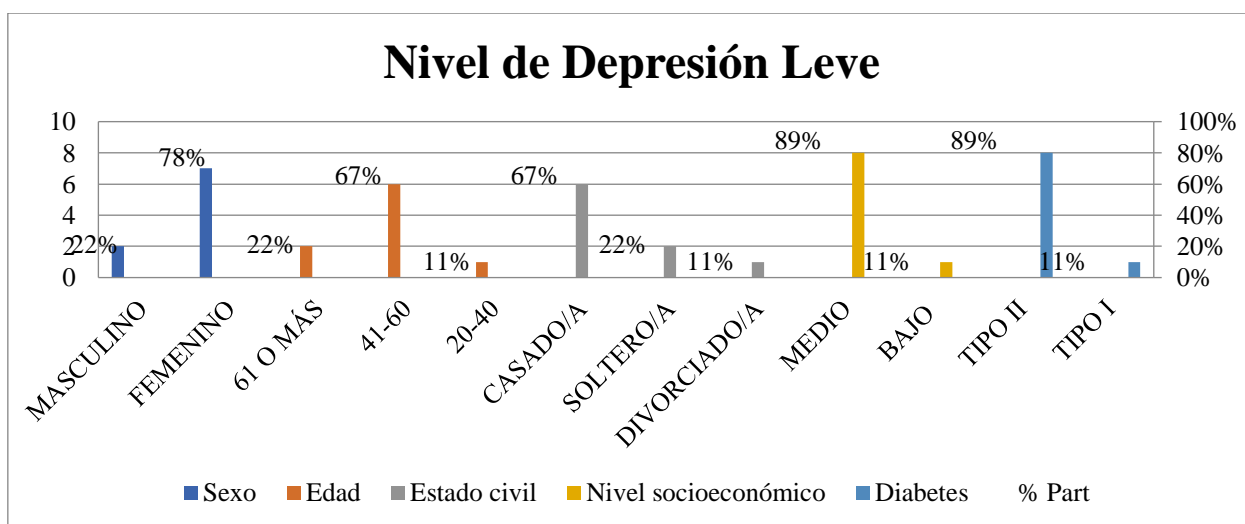
Variable	Respuestas	N – 9	%
Sexo	Masculino	2	22%
	Femenino	7	78%
Total		9	100%
Edad	20 – 40	1	11%
	41 – 60	6	67%
	61 o más	2	22%
Total		9	100%
Estado civil	Soltero/a	2	22%
	Casado/a	6	67%
	Divorciado/a	1	11%
	Viudo/a	0	0%
Total		9	100%

Nivel socioeconómico	Bajo	1	11%
	Medio – bajo	0	0%
	Medio	8	89%
	Alto	0	0%
Total		9	100%
Tipo de diabetes	Tipo I	1	11%
	Tipo II	8	89%
	No sabe	0	0%
Total		9	100%

Fuente: Inventario de depresión de Aaron Beck (BDI-II)

En esta tabla se visualiza que de los pacientes que presentan un nivel de depresión leve, el 22% son hombres y el 78% son mujeres; en cuanto a la edad, el 11% tiene entre 20 y 40 años, el 67% tiene entre 41 y 60 años, y el 22% tiene 61 años o más; en cuanto al estado civil, el 22% es soltero, el 67% es casado y un 11% es divorciado; en cuanto al nivel socioeconómico, el 11% refiere que pertenece a un nivel bajo y el 89% a un nivel medio; y en cuanto al tipo de diabetes, el 11% padece tipo I y el 89% es tipo II.

Gráfico 3



Fuente: tabla 3.

Cuadro 4. Prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Nivel de depresión moderado.

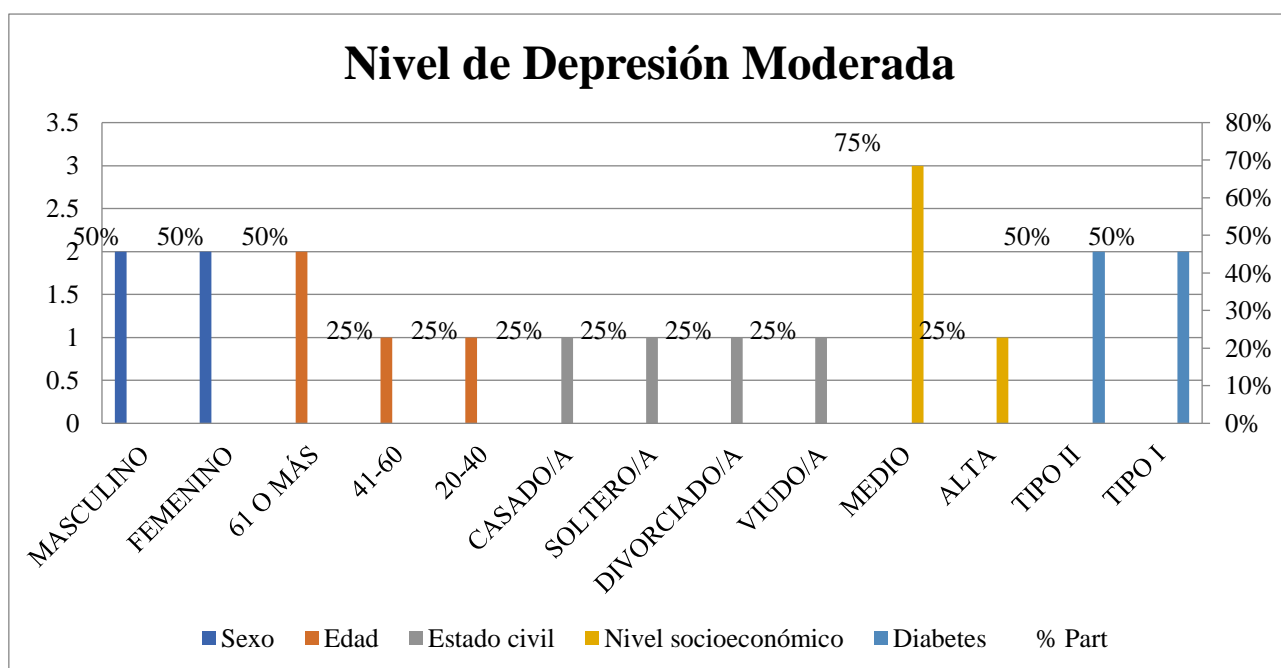
Tabla 4

Variable	Respuestas	N – 4	%
Sexo	Masculino	2	50%
	Femenino	2	50%
Total		4	100%
Edad	20 – 40	1	25%
	41 – 60	1	25%
	61 o más	2	50%
Total		4	100%
Estado civil	Soltero/a	1	25%
	Casado/a	1	25%
	Divorciado/a	1	25%
	Viudo/a	1	25%
Total		4	100%
Nivel socioeconómico	Bajo	0	0%
	Medio – bajo	0	0%
	Medio	3	75%
	Alto	1	25%
Total		4	100%
Tipo de diabetes	Tipo I	2	50%
	Tipo II	2	50%
	No sabe	0	0%
Total		4	100%

Fuente: Inventario de depresión de Aaron Beck (BDI-II)

En esta tabla se exhibe que de los pacientes que presentan un nivel de depresión moderado, un 50% son hombres y un 50% son mujeres; en cuanto a la edad, un 25% tiene entre 20 y 40 años, un 25% tiene entre 41 y 60 años, y el 50% tiene 61 años o más; en cuanto al estado civil, un 25% es soltero, un 25% es casado, un 25% es divorciado y un 25% es viudo; en cuanto al nivel socioeconómico, el 75% refiere que pertenece a un nivel medio y el 25% a un nivel alto; y en cuanto al tipo de diabetes, un 50% padece tipo I y un 50% es tipo II.

Gráfico 4



Fuente: tabla 4.

Cuadro 5. Prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Nivel de depresión severo.

Tabla 5

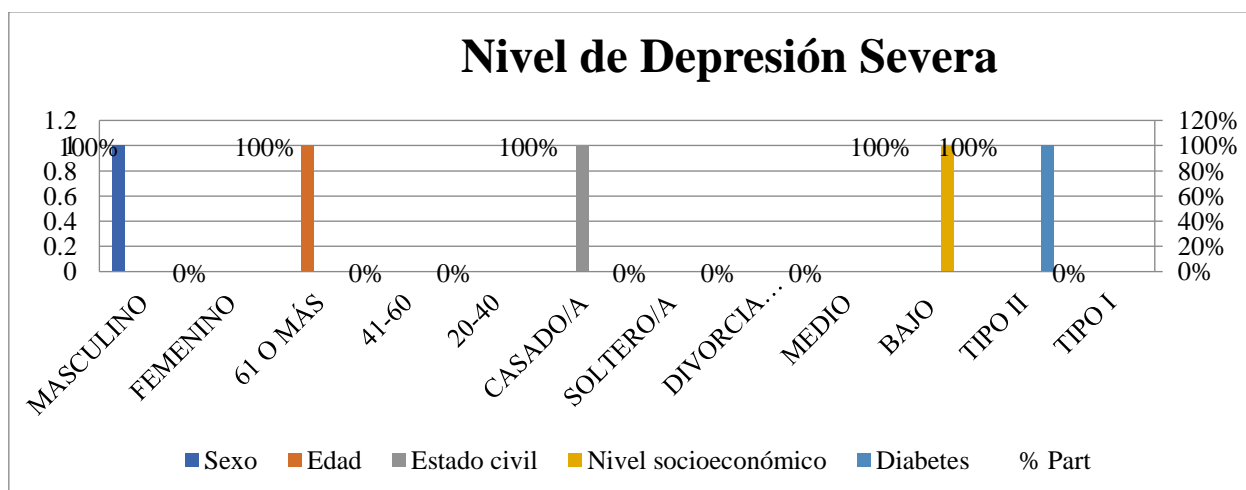
Variable	Respuestas	N – 1	%
Sexo	Masculino	1	100%
	Femenino	0	0%
Total		1	100%
Edad	20 – 40	0	0%
	41 – 60	0	0%
	61 o más	1	100%
Total		1	100%
Estado civil	Soltero/a	0	0%
	Casado/a	1	100%
	Divorciado/a	0	0%
	Viudo/a	0	0%
Total		1	100%
Nivel	Bajo	1	100%

socioeconómico			
	Medio – bajo	0	0%
	Medio	0	0%
	Alto	0	0%
Total		1	100%
Tipo de diabetes	Tipo I	0	0%
	Tipo II	1	100%
	No sabe	0	0%
Total		1	100%

Fuente: Inventario de depresión de Aaron Beck (BDI-II)

En esta tabla se muestra que de los pacientes que presentan un nivel de depresión severo, el 100% son hombres; en cuanto a la edad, el 100% tiene 61 años o más; en cuanto al estado civil, el 100% es casado; en cuanto al nivel socioeconómico, el 100% refiere que pertenece a un nivel bajo; y en cuanto al tipo de diabetes, el 100% padece tipo II.

Gráfico 5



Fuente: tabla 5.

Cuadro 6. Factores que precipitan la aparición de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Historial familiar de diabetes.

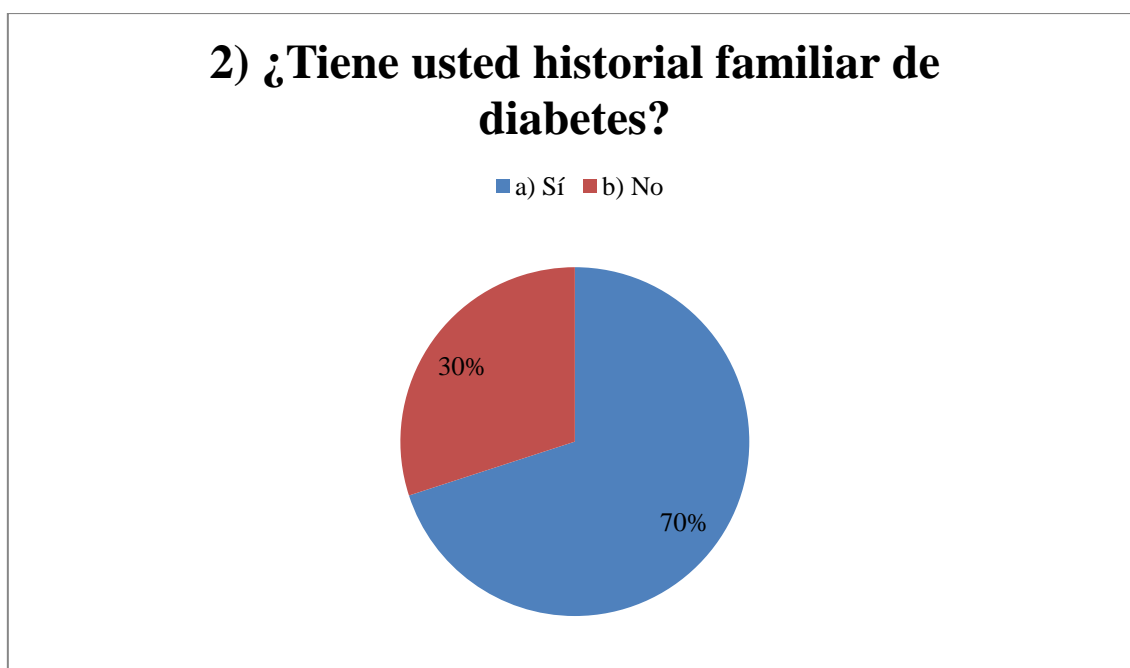
Tabla 6

Respuestas	N-80	%
Sí	56	70%
No	24	30%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento

En esta tabla se visualiza que el 70% de los pacientes evaluados tiene historial familiar de diabetes y el 30% no lo presenta.

Gráfico 6



Fuente: tabla 6.

Cuadro 7. Factores que precipitan la aparición de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Edad de recibimiento del diagnóstico de diabetes.

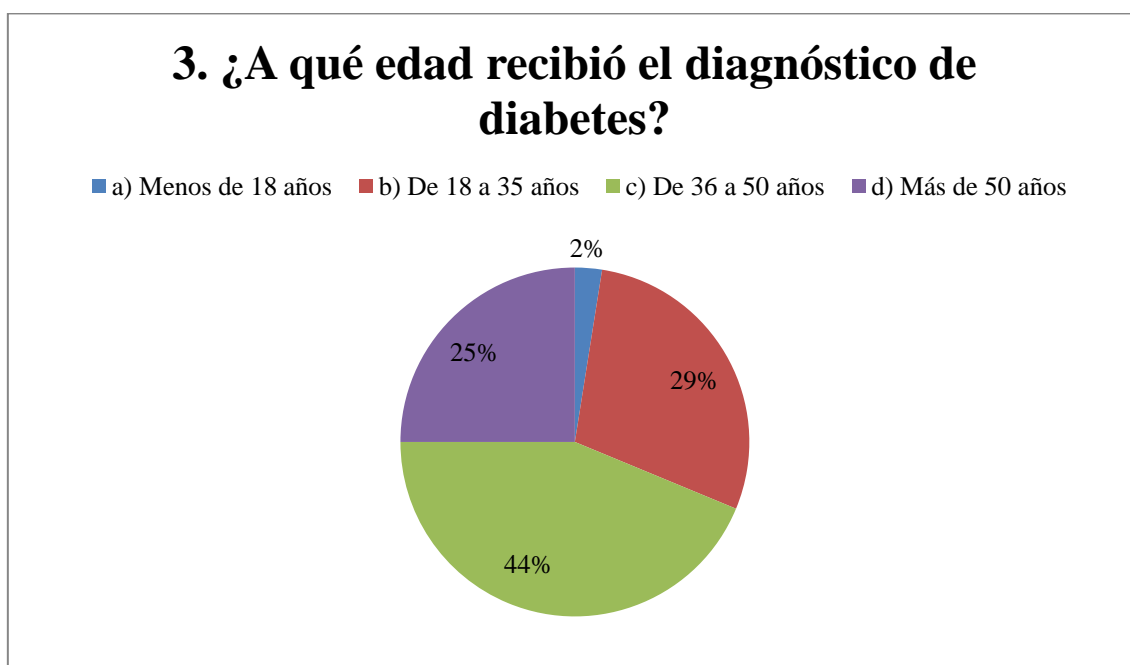
Tabla 7

Respuestas	N-80	%
Menos de 18 años	2	2%
De 18 a 35 años	23	29%
De 36 a 50 años	35	44%
Más de 50 años	20	25%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 44% de los pacientes evaluados recibió el diagnóstico de diabetes cuando tenía entre 35 y 50 años; el 29% lo recibió cuando tenía entre 18 y 35 años; el 25% lo recibió cuando tenía más de 50 años; y solo el 2% lo recibió antes de los 18 años.

Gráfico 7



Fuente: tabla 7.

Cuadro 8. Factores que precipitan la aparición de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Acompañamiento psicológico luego de su diagnóstico.

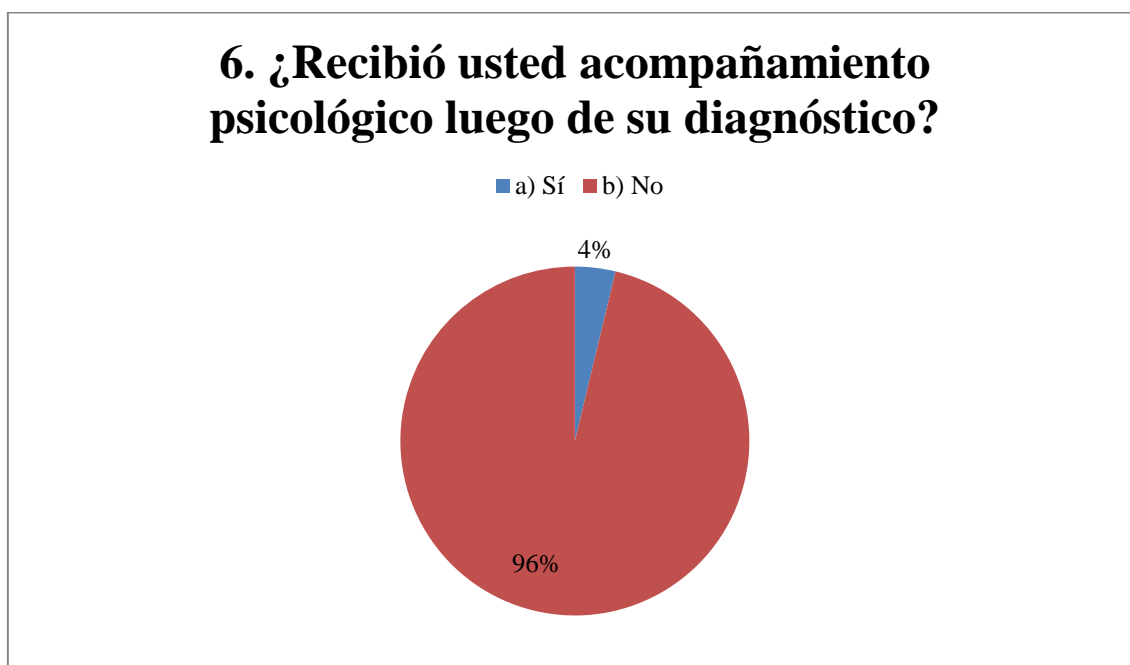
Tabla 8

Respuestas	N-80	%
Sí	3	4%
No	77	96%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 96% de los pacientes evaluados no recibieron acompañamiento psicológico luego de recibir el diagnóstico de diabetes, mientras que solo un 4% sí lo recibió.

Gráfico 8



Fuente: tabla 8.

Cuadro 9. Factores que precipitan la aparición de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Apoyo familiar luego de su diagnóstico.

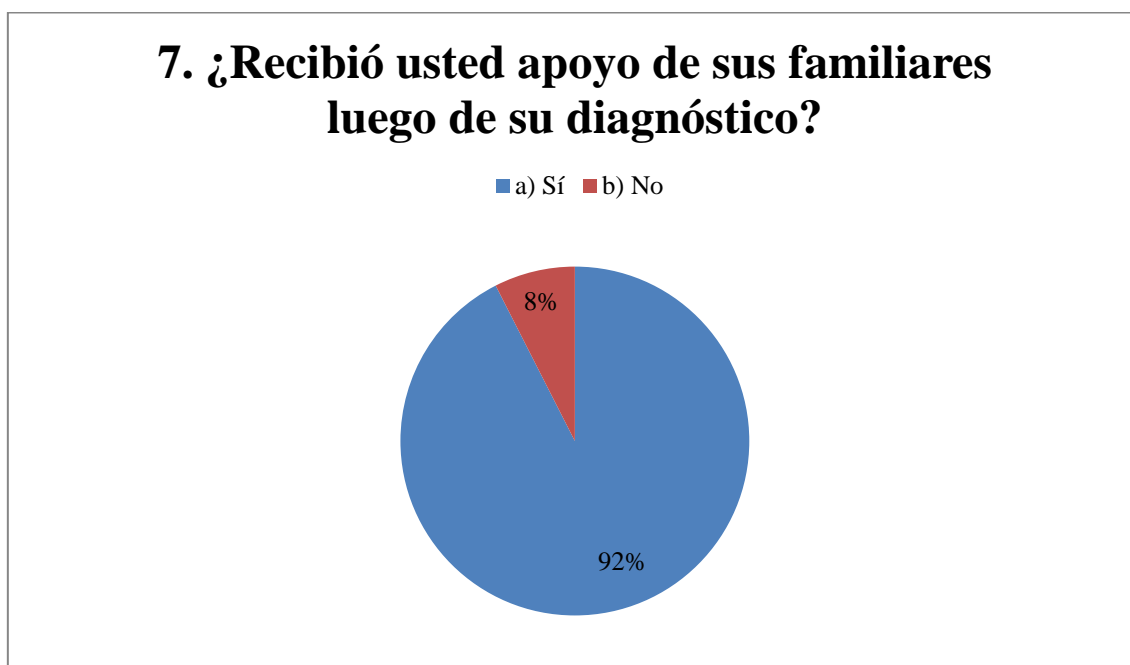
Tabla 9

Respuestas	N-80	%
Sí	74	92%
No	6	8%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 92% de los pacientes evaluados recibió apoyo de sus familiares luego de recibir el diagnóstico de diabetes, mientras que un 8% no lo recibió.

Gráfico 9



Fuente: tabla 9.

Cuadro 10. Factores que precipitan la aparición de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Sentimiento de tristeza luego del diagnóstico.

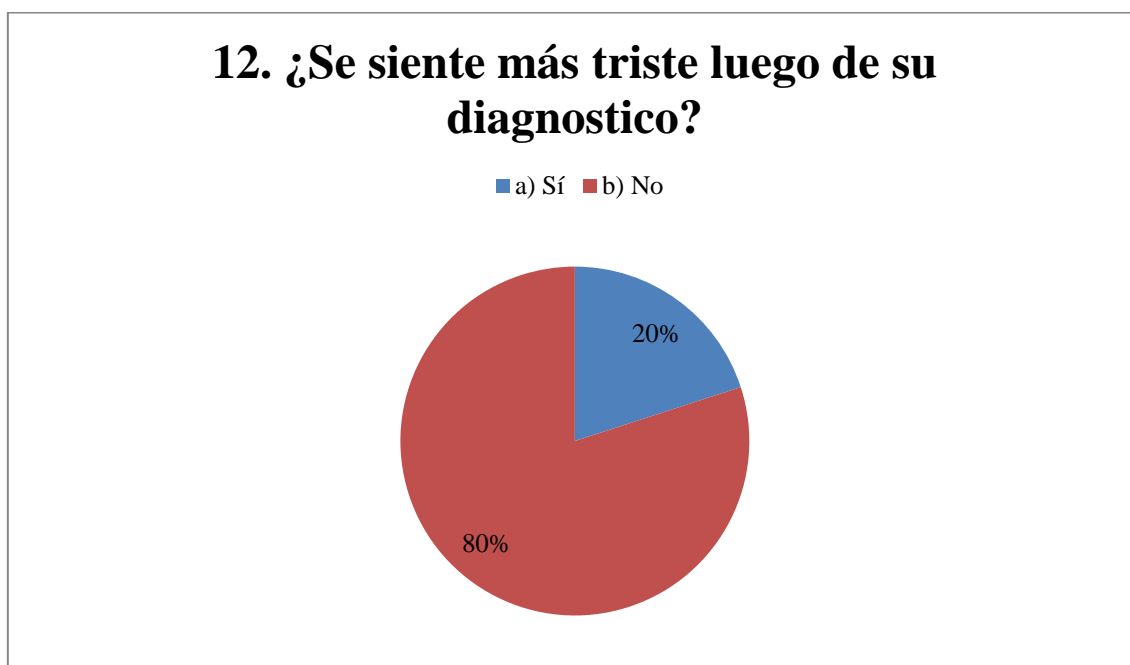
Tabla 10

Respuestas	N-80	%
Sí	16	20%
No	64	80%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 80% de los pacientes evaluados reportan no sentirse más triste luego de su diagnóstico, sin embargo, el 20% expresó que sí.

Gráfico 10



Fuente: tabla 10.

Cuadro 11. Factores que precipitan la aparición de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Seguimiento paso a paso de las instrucciones y recomendaciones de los médicos.

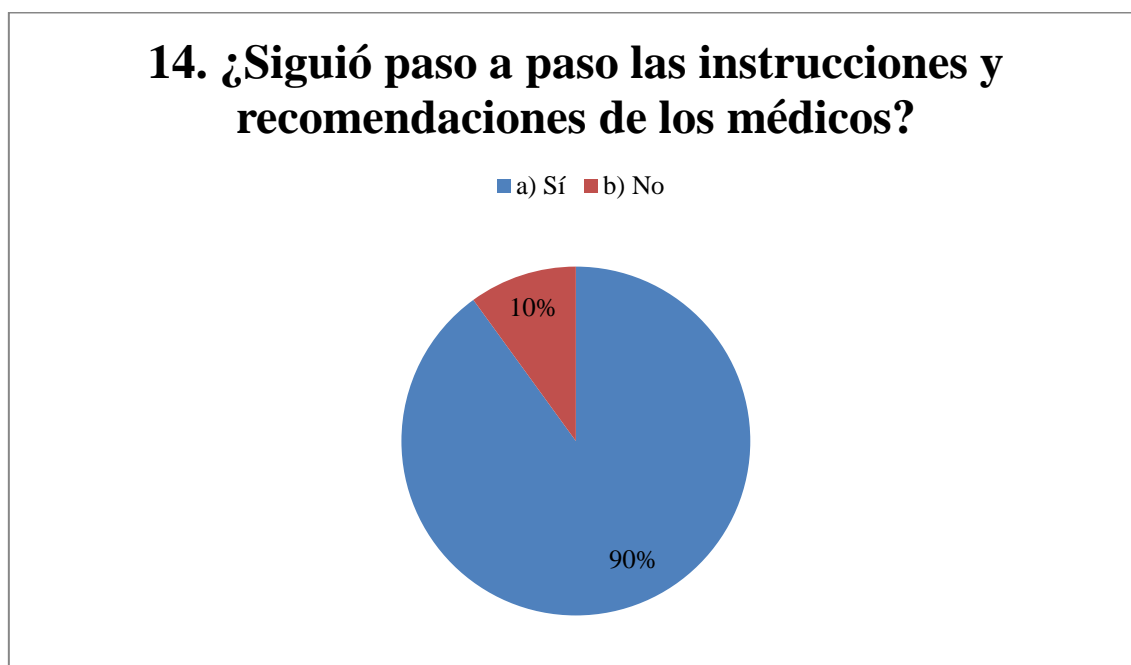
Tabla 11

Respuestas	N-80	%
Sí	72	90%
No	8	10%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 90% de los pacientes evaluados reportan haber seguido paso a paso las instrucciones y recomendaciones de los médicos; y solo un 10% no lo hizo.

Gráfico 11



Fuente: tabla 11.

Cuadro 12. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Reacción ante el diagnóstico de diabetes.

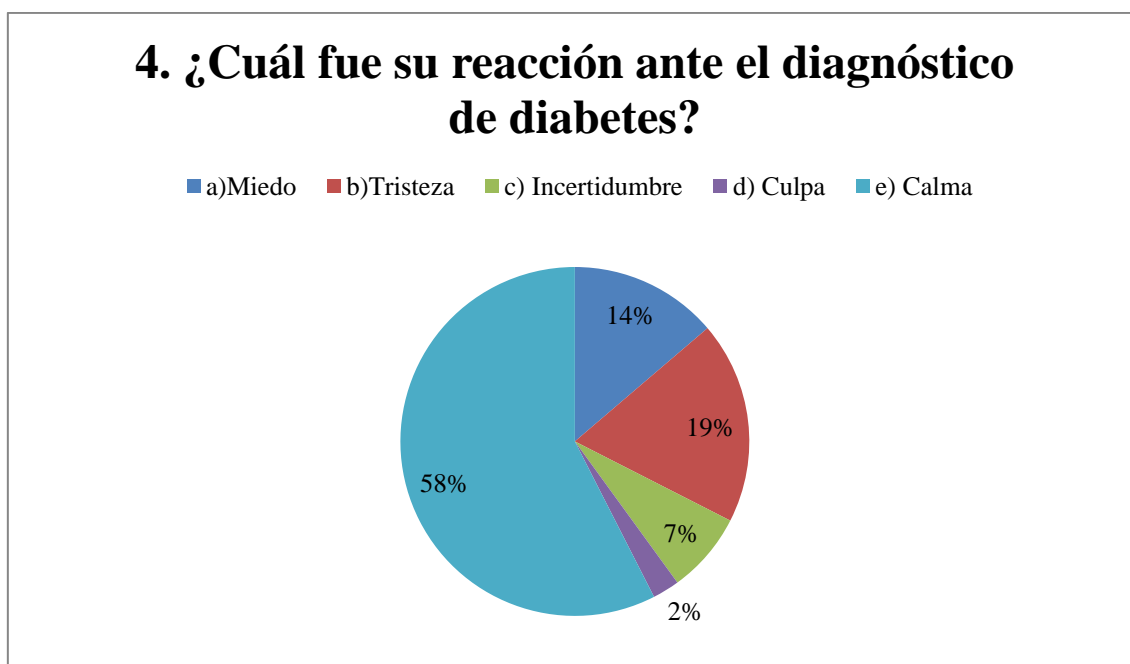
Tabla 12

Respuestas	N-80	%
Miedo	11	14%
Tristeza	15	19%
Incertidumbre	6	7%
Culpa	2	2%
Calma	46	58%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 58% de los pacientes evaluados refieren haber reaccionado con calma ante el diagnóstico de diabetes; el 19% sintió tristeza; el 14% sintió miedo; el 7% sintió incertidumbre; y un 2% sintió culpa.

Gráfico 12



Fuente: tabla 12.

Cuadro 13. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Frecuencia de sentirse afligido con el estilo de vida que lleva a causa de la diabetes.

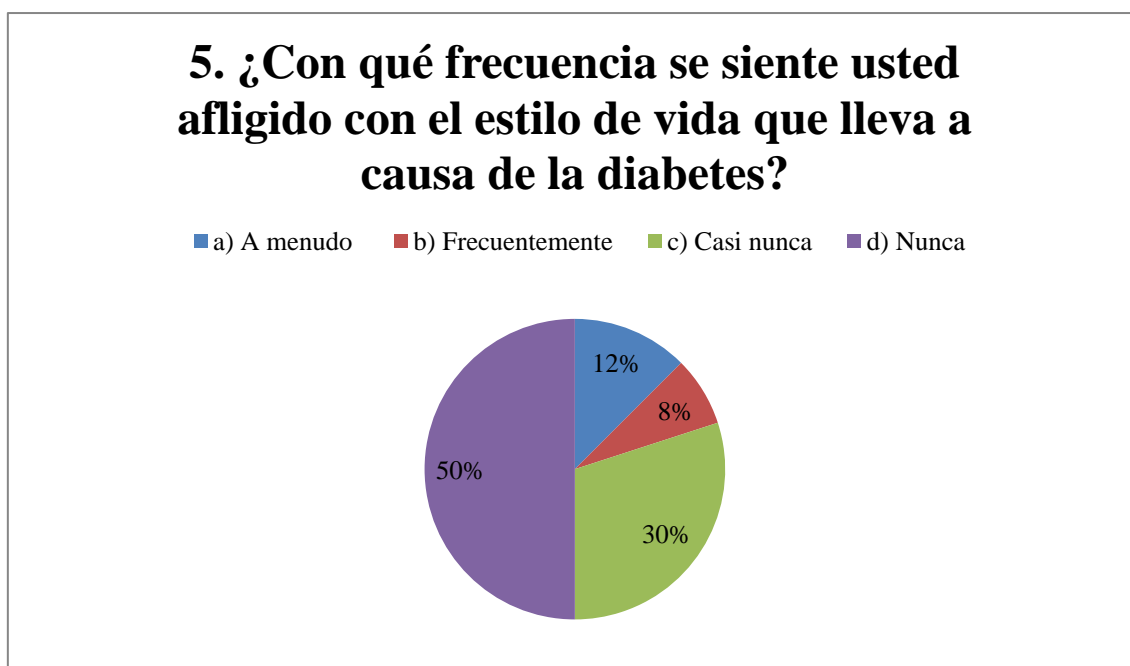
Tabla 13

Respuestas	N-80	%
A menudo	10	12%
Frecuentemente	6	8%
Casi nunca	24	30%
Nunca	40	50%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 50% de los pacientes evaluados reportan nunca se haberse sentido afligido con el estilo de vida que lleva a causa de la diabetes; el 30% casi nunca se ha sentido afligido; el 12% a menudo; y el 8% se aflige frecuentemente.

Gráfico 13



Fuente: tabla 13.

Cuadro 14. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Enfrentar la enfermedad.

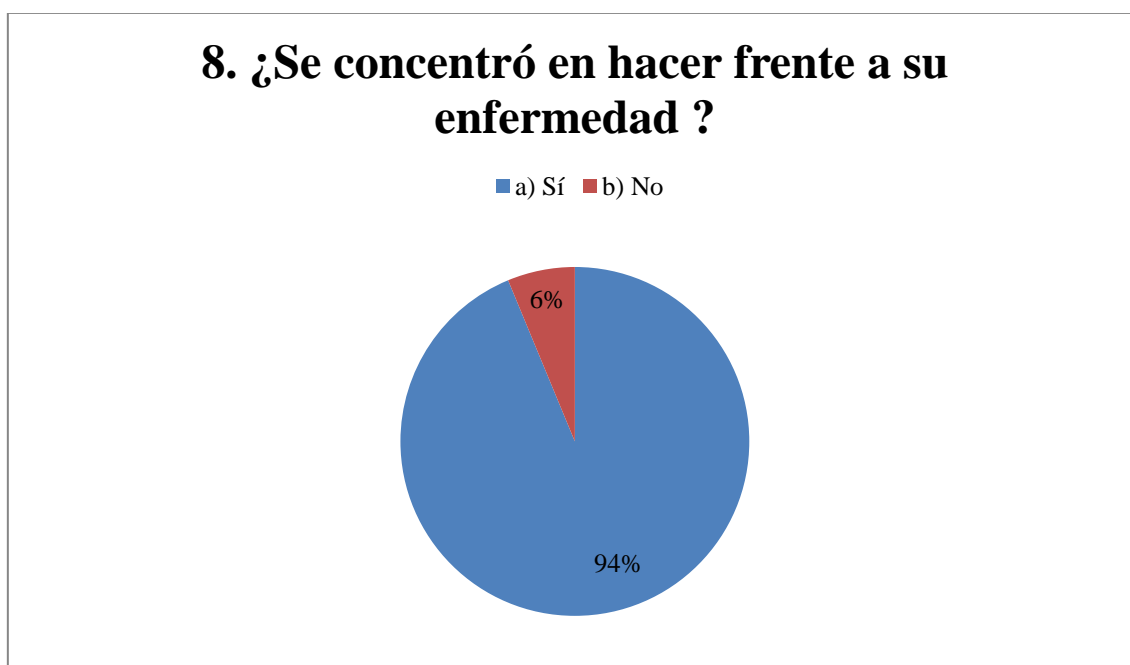
Tabla 14

Respuestas	N-80	%
Sí	75	94%
No	5	6%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 94% de los pacientes evaluados refieren haberse concentrado en hacer frente a su enfermedad, mientras que un 6% no lo hizo.

Gráfico 14



Fuente: tabla 14.

Cuadro 15. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Elaboración de un plan de acción hacia la enfermedad.

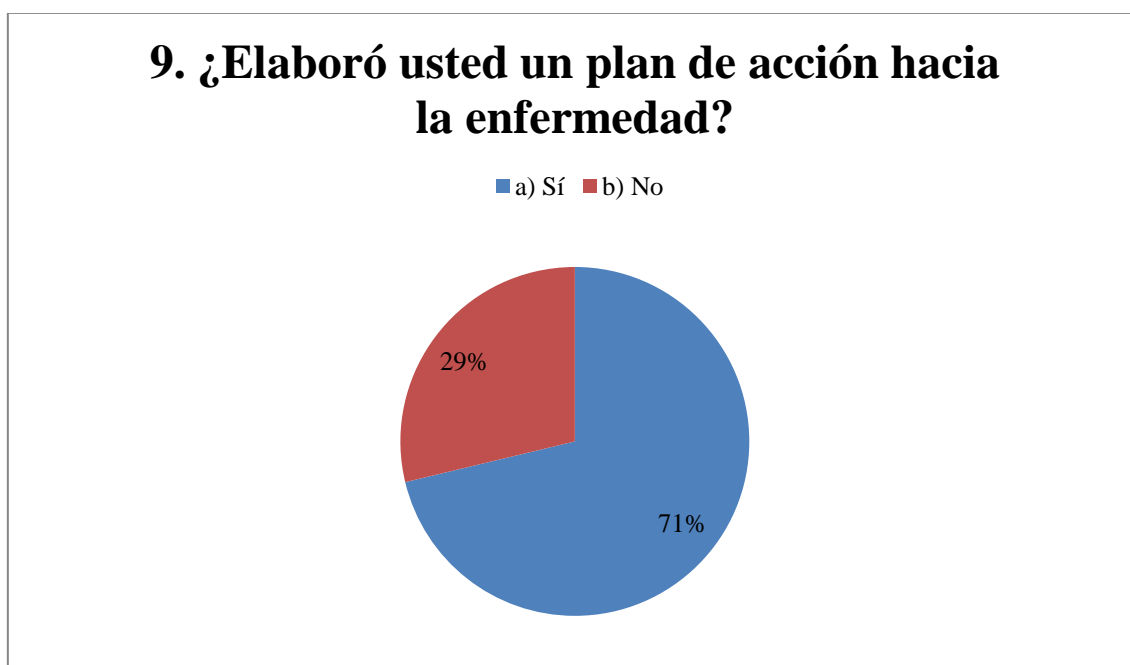
Tabla 15

Respuestas	N-80	%
Sí	57	71%
No	23	29%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 71% de los pacientes evaluados reportan haber elaborado un plan de acción hacia la enfermedad, mientras que un 29% no lo hizo.

Gráfico 15



Fuente: tabla 15.

Cuadro 16. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Toma de medidas adicionales para manejar la enfermedad.

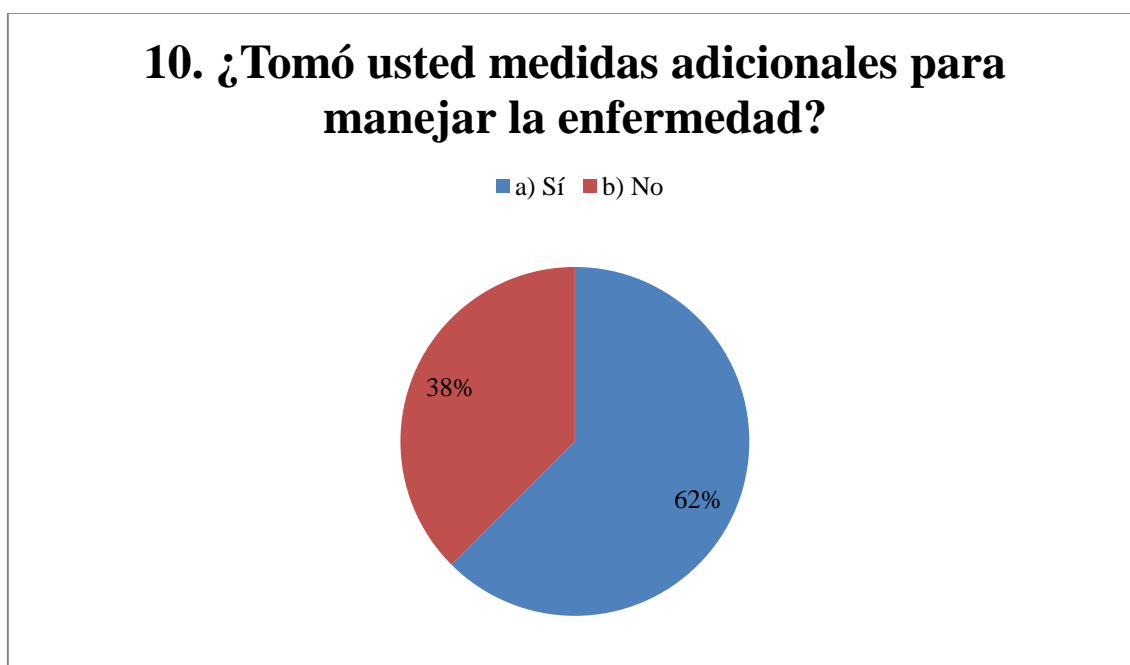
Tabla 16

Respuestas	N-80	%
Sí	50	62%
No	30	38%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 62% de los pacientes evaluados refiere que tomaron medidas adicionales para manejar la enfermedad, mientras que un 38% no lo hizo.

Gráfico 16



Fuente: tabla 16.

Cuadro 17. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Búsqueda de algo bueno en lo que le estaba/está sucediendo.

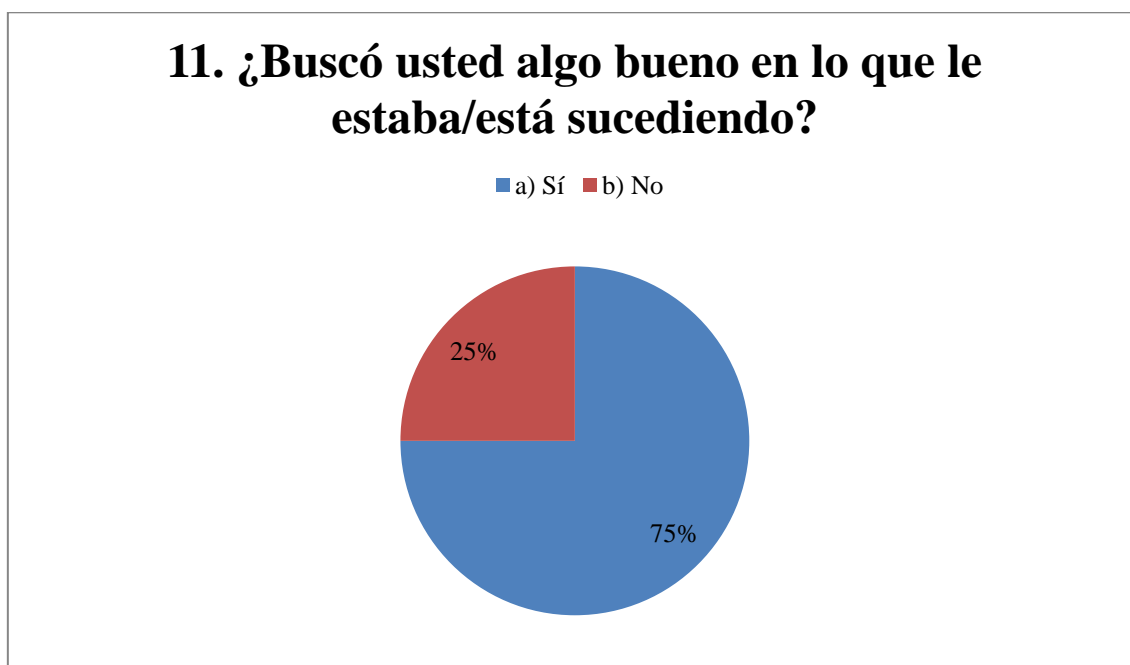
Tabla 17

Respuestas	N-80	%
Sí	60	75%
No	20	25%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 75% de los pacientes evaluados reportan haber encontrado algo bueno o positivo en su enfermedad, mientras que un 25% no lo vio de esta manera.

Gráfico 17



Fuente: tabla 17.

Cuadro 18. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Pensar en cómo podría manejar mejor la situación.

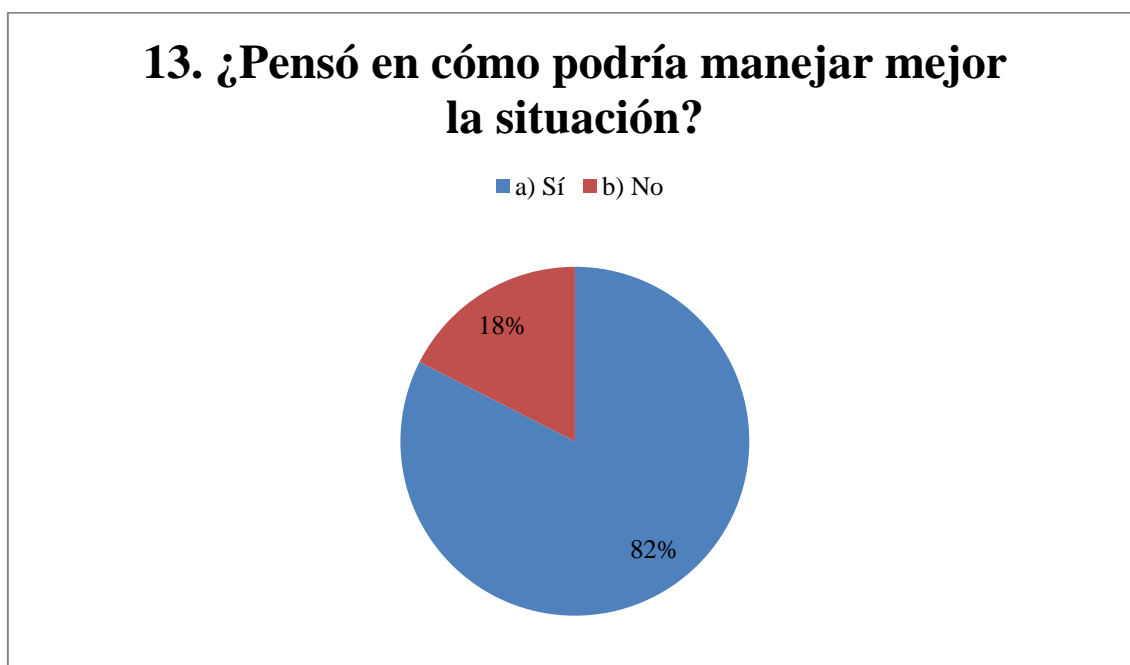
Tabla 18

Respuestas	N-80	%
Sí	66	82%
No	14	18%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 82% de los pacientes evaluados refieren haber pensado en cómo podría manejar mejor la situación, y el 18% no lo pensó.

Gráfico 18



Fuente: tabla 18.

Cuadro 19. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Preguntar a otras personas con diabetes qué hacer o les pedirles consejo.

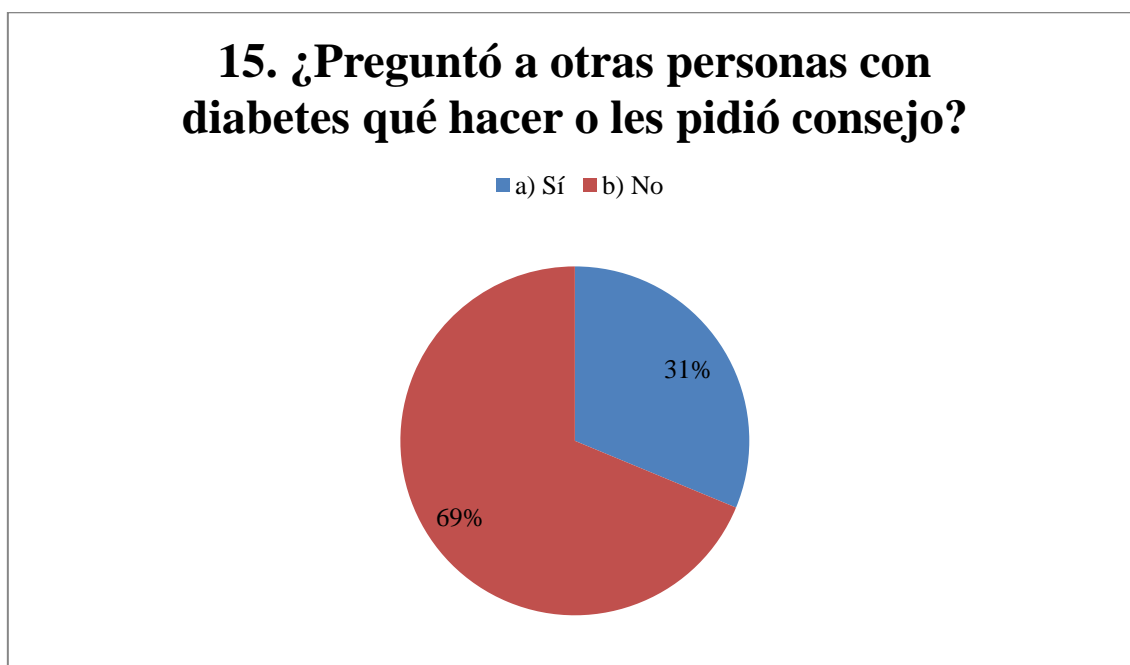
Tabla 19

Respuestas	N-80	%
Sí	25	31%
No	55	69%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 69% de los pacientes evaluados reportan haber preguntado a otras personas con diabetes qué hacer o les pidió consejo; y solo un 31% no lo hizo.

Gráfico 19



Fuente: tabla 19.

Cuadro 20. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Expresión de sentimientos.

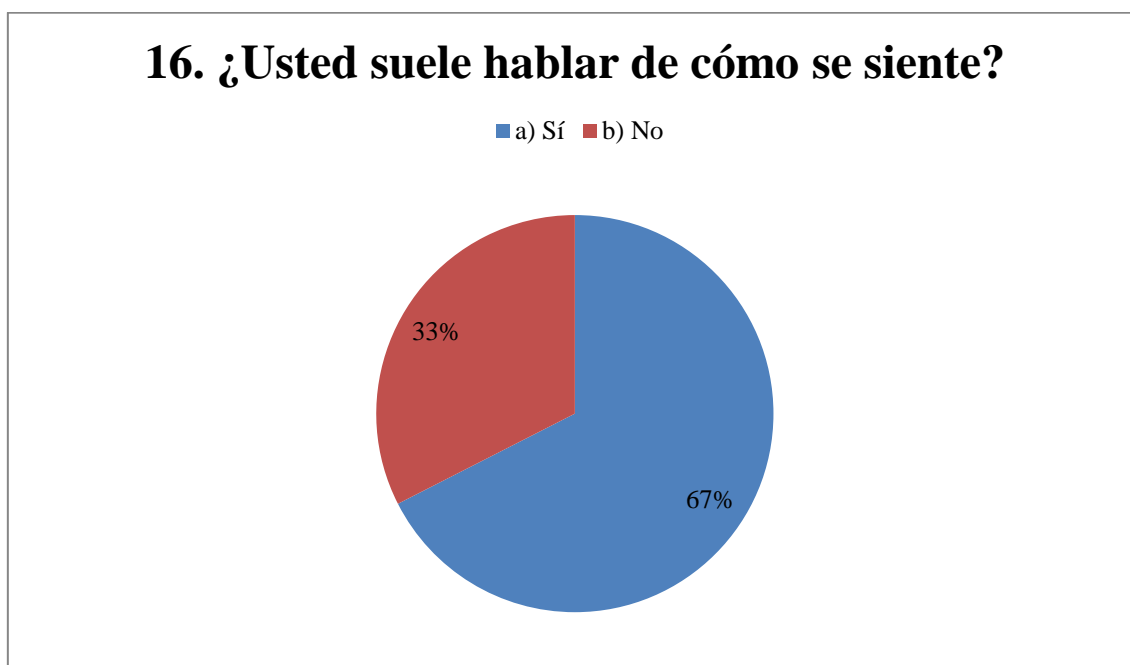
Tabla 20

Respuestas	N-80	%
Sí	54	67%
No	26	33%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 67% de los pacientes evaluados refiere que suelen hablar de cómo se siente; y el 33% no lo hace.

Gráfico 20



Fuente: tabla 20.

Cuadro 21. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Hacer bromas sobre su enfermedad.

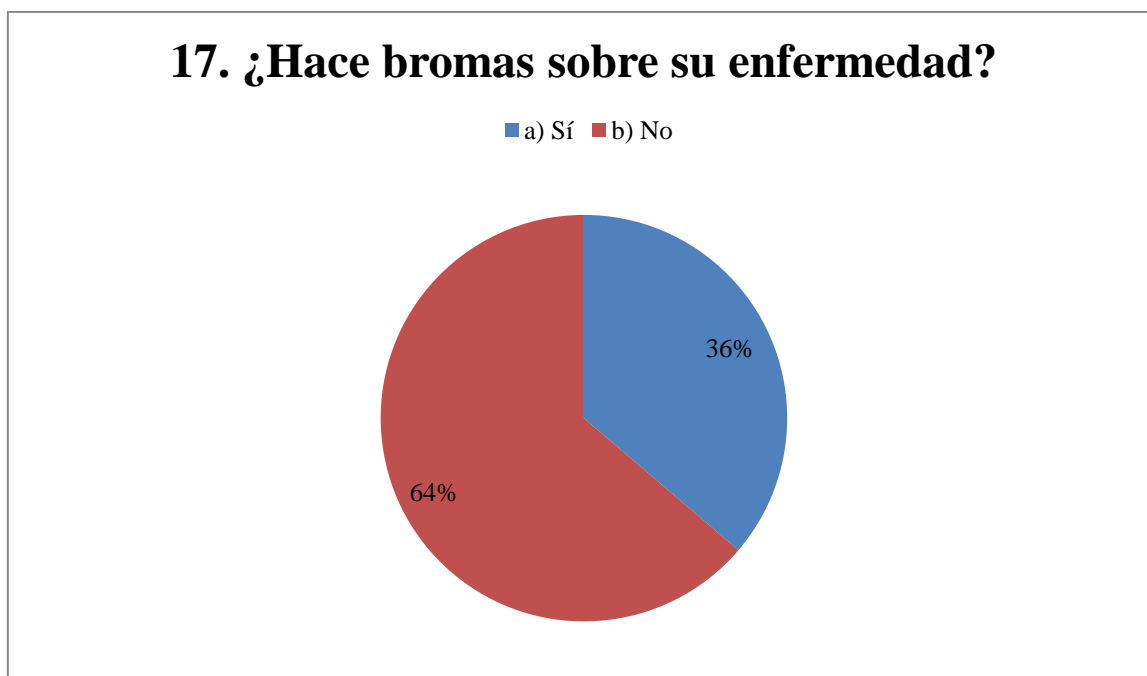
Tabla 21

Respuestas	N-80	%
Sí	29	36%
No	51	64%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 64% de los pacientes evaluados reportan que no hacen bromas sobre su enfermedad; mientras que el 36% sí suele hacer chistes.

Gráfico 21



Fuente: tabla 21.

Cuadro 22. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Fingir que no ha sucedido nada.

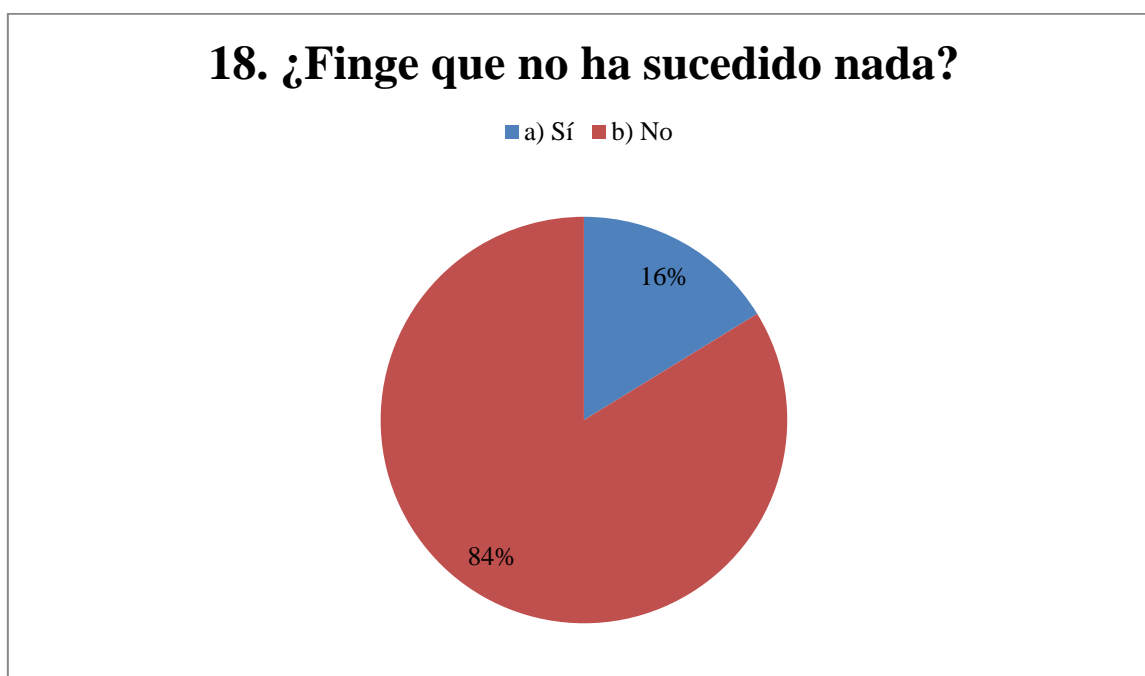
Tabla 22

Respuestas	N-80	%
Sí	13	16%
No	67	84%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 84% de los pacientes evaluados refieren no haber fingido que no ha sucedido nada; sin embargo, el 16% sí finge que no ha sucedido nada.

Gráfico 22



Fuente: tabla 22.

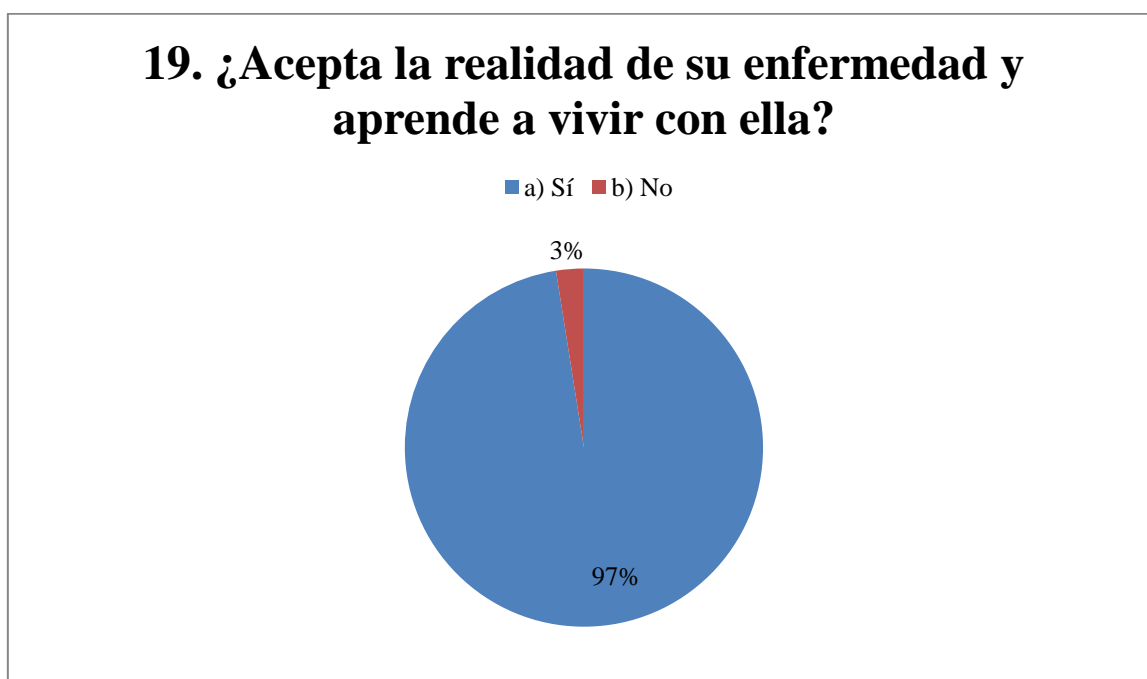
Cuadro 23. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Aceptar la realidad de su enfermedad y aprender a vivir con ella.

Tabla 23

Respuestas	N-80	%
Sí	78	97%
No	2	3%

En esta tabla se refleja que el 97% de los pacientes evaluados refieren aceptar la realidad de su enfermedad y aprendió a vivir con ella; solo un 3% no la acepta.

Gráfico 23



Fuente: tabla 23.

Cuadro 24. Estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Sentir malestar emocional y hablarlo con alguien.

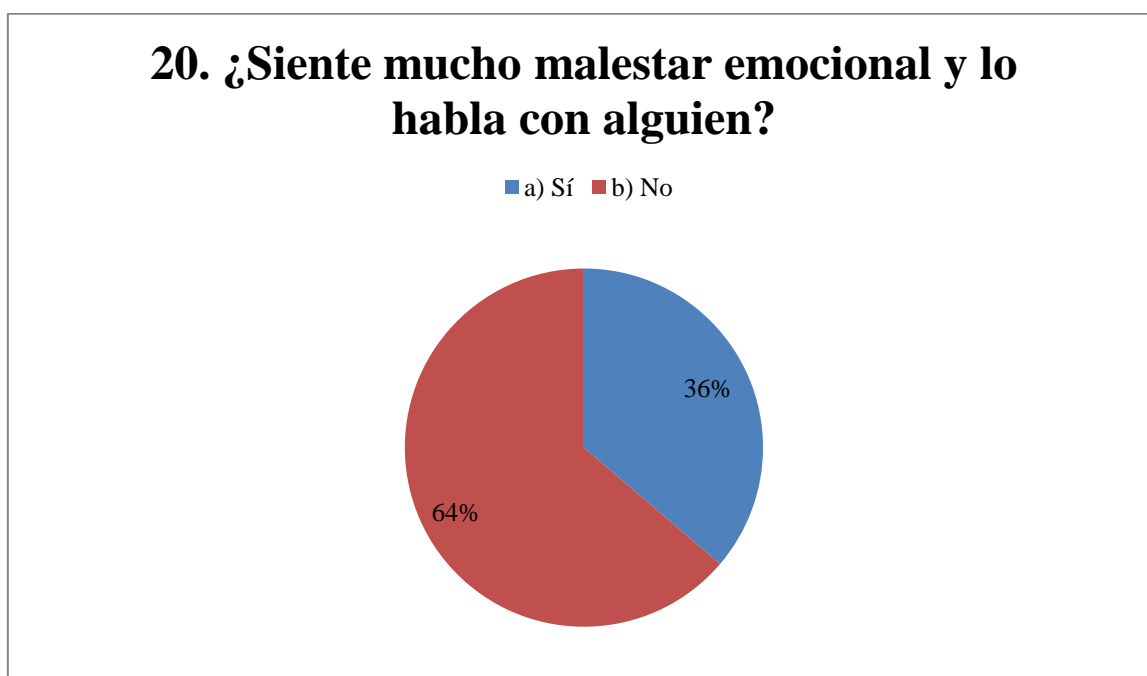
Tabla 24

Respuestas	N-80	%
Sí	29	36%
No	51	64%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 64% de los pacientes evaluados reportan no sentir malestar emocional y lo habla con alguien; solo un 36% lo hace.

Gráfico 24



Fuente: tabla 24.

Cuadro 25. Diferencias sociodemográficas que prevalecen en los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Edad.

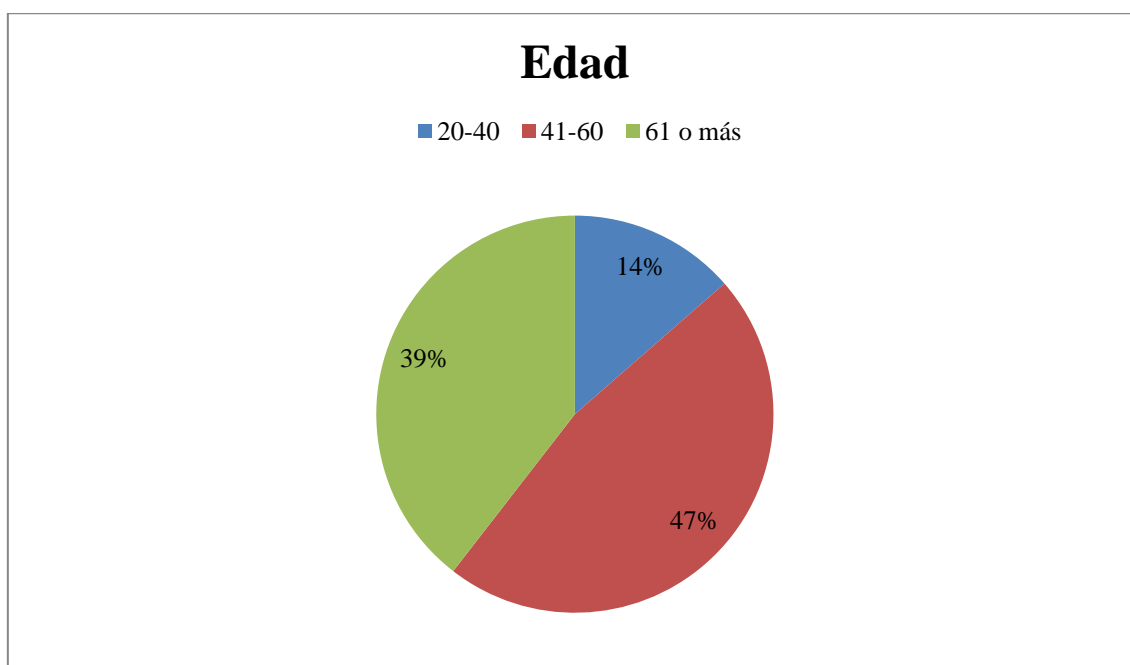
Tabla 25

Respuestas	N-80	%
20-40	11	14%
41-60	38	47%
61 o más	32	39%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 14% de los pacientes evaluados tiene entre 20 y 40 años; el 47% tiene entre 41 y 60 años; y el 39% tiene 61 años o más.

Gráfico 25



Fuente: tabla 25.

Cuadro 26. Diferencias sociodemográficas que prevalecen en los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Estado civil.

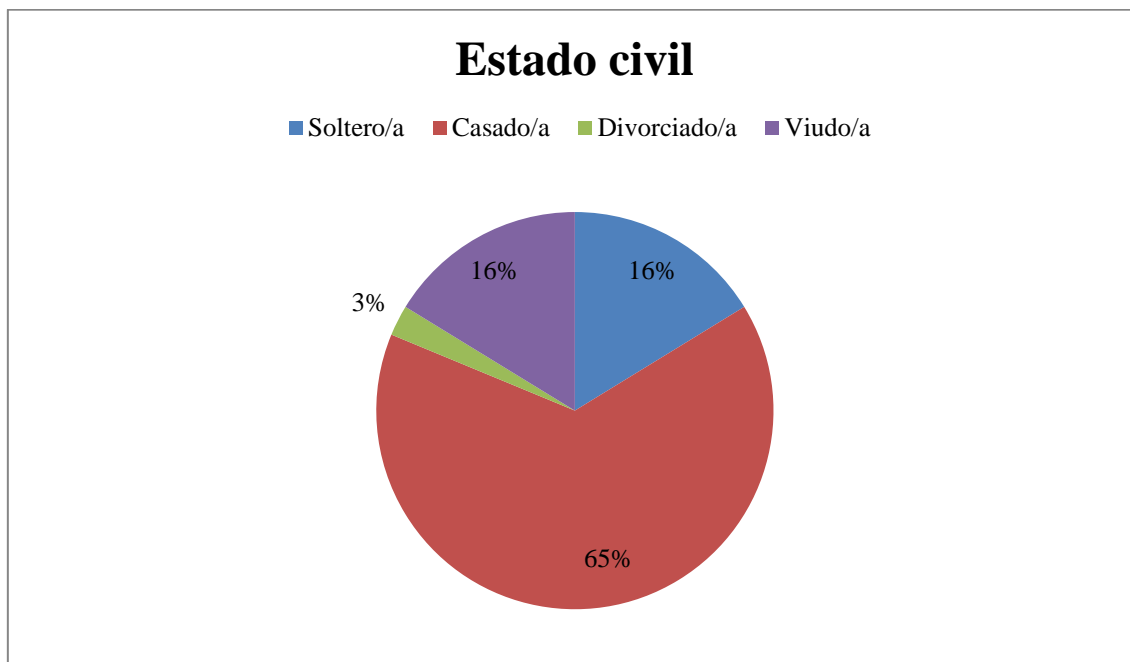
Tabla 26

Respuestas	N-80	%
Soltero/a	13	16%
Casado/a	52	65%
Divorciado/a	2	3%
Viudo/a	13	16%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 16% de los pacientes evaluados es soltero; el 65% es casado; el 3% es divorciado y el 16% es viudo.

Gráfico 26



Fuente: tabla 26.

Cuadro 27. Diferencias sociodemográficas que prevalecen en los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Sexo.

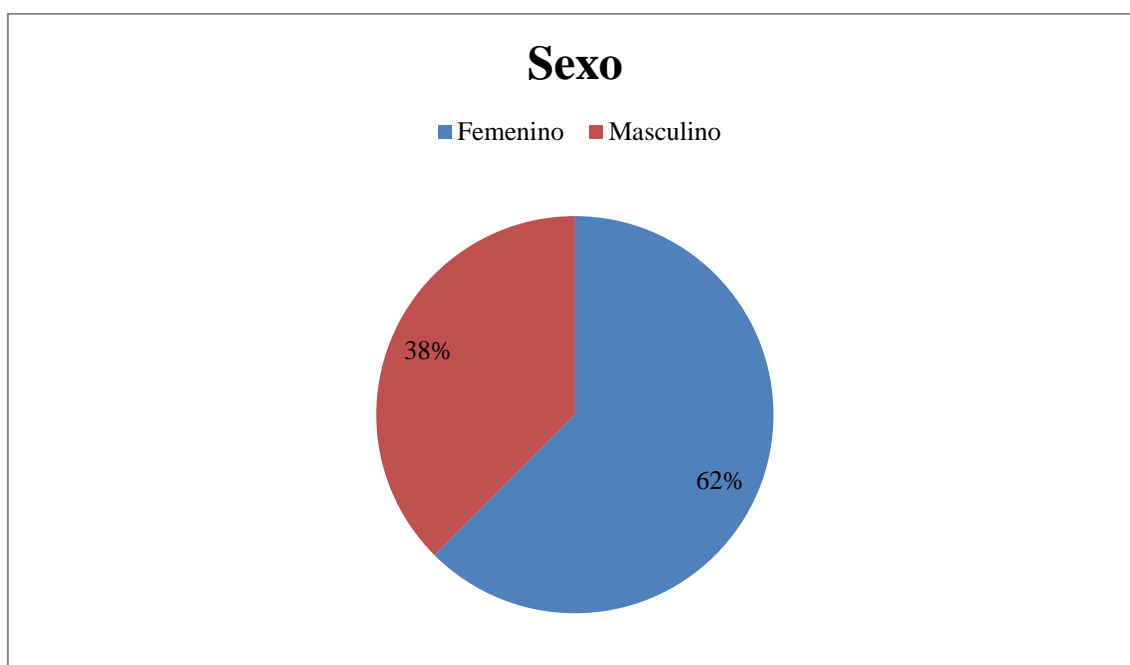
Tabla 27

Respuestas	N-80	%
Femenino	50	62%
Masculino	30	38%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 62% de los pacientes evaluados son mujeres, y el 38% son hombres.

Gráfico 27



Fuente: tabla 27.

Cuadro 28. Diferencias sociodemográficas que prevalecen en los pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II en la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto - diciembre 2018, enero 2019. Nivel socioeconómico.

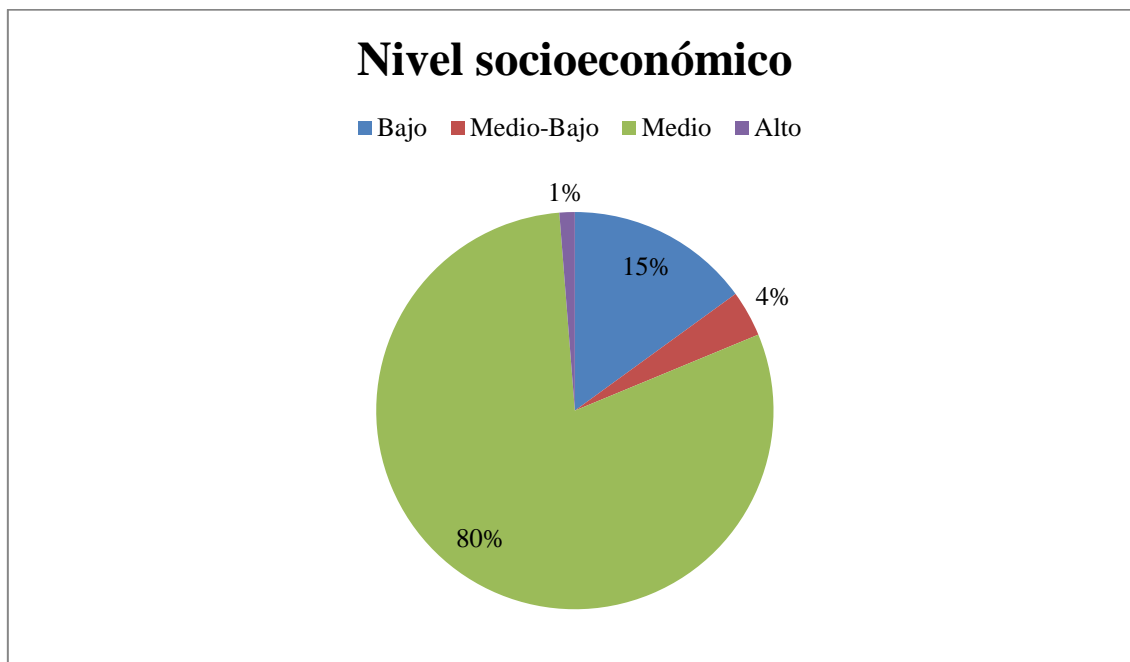
Tabla 28

Respuestas	N-80	%
Bajo	12	15%
Medio – bajo	3	4%
Medio	64	80%
Alto	1	1%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y de estrategias de afrontamiento.

En esta tabla se refleja que el 15% de los pacientes evaluados percibe pertenecen a un nivel socioeconómico bajo; el 4% a uno medio bajo; el 80% a uno medio y el 1% a uno alto.

Gráfico 28



Fuente: tabla 28.

4.1 Análisis de los resultados

Expuestos los resultados de la investigación procedemos a hacer el análisis, este se presenta en el orden de los objetivos y las preguntas de investigación tal como aparecen en el capítulo I.

Esta investigación se realizó con el objetivo de conocer la prevalencia de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II que asistieron a la Fundación Integral de Diabetes durante el periodo agosto- diciembre 2018 y enero 2019.

El universo consistió en 452 pacientes de los cuales, luego de una revisión de los expedientes, se extrajeron 80 como muestra, ya que todos cumplían con los criterios de inclusión.

Se encontró que la prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II es baja, con un 27%, del cual el 10% se encuentra en un nivel de depresión leve, el 16% se encuentra en un nivel moderado; y solo un 1% en un nivel severo; en contraste con el 73% que se encuentra en un nivel mínimo, es decir que no presentan síntomas significativos. Este alto porcentaje de pacientes sin depresión puede estar relacionado a las habilidades de afrontamiento que han adoptado; estos datos serán desarrollados más adelante.

De los pacientes que presentan un nivel de depresión mínimo, el 61% lo conforman mujeres y el 39% restante son hombres. El rango de edad con mayor porcentaje (44%) es de 41-60 años, seguido de los mayores de 61 años (41%); el 59% de estos pacientes es casado y en su mayoría (79%) pertenecen a un nivel socioeconómico medio. El tipo de diabetes que prevalece es el tipo II con un 77%, el 15% es tipo I y un 8% no sabe qué tipo de diabetes

tiene. Es un dato impactante que haya pacientes que desconocen parcialmente su diagnóstico, a pesar de que llevan un tratamiento para el manejo de la enfermedad.

En aquellos pacientes que presentan un nivel de depresión leve, el 78% lo conforman mujeres y el 22% hombres, lo que se apoya en Alonso et al (2004) y en Rivas-Acuña et al (2011), que afirman que las mujeres son más propensas a padecer depresión. El rango de edad con mayor porcentaje (67%) es de 41-60 años; el 67% de estos pacientes es casado y en su mayoría (89%) pertenecen a un nivel socioeconómico medio, mientras que el 11% es nivel bajo. El tipo de diabetes que prevalece es tipo II con un 89% y el tipo I un 11%, asimismo, la American Diabetes Association (2014) informa que la tipo II es la más común.

De los pacientes que presentan un nivel de depresión moderado, el 50% lo conforman mujeres y el 50% hombres, por lo que no se destacan diferencias significativas según el sexo. El rango de edad con mayor porcentaje (50%) es de 61 o más años, lo que hace un llamado de atención a la salud mental de los envejecientes, ya que los síntomas de depresión pueden pasar desapercibidos debido a las características propias de la edad, tal como lo afirman Aguilar-Navarro y Ávila-Funes (2007). El 75% de estos pacientes pertenece a un nivel socioeconómico medio mientras que el 25% restante pertenece a un nivel alto. El tipo de diabetes que prevalece es tipo II con un 50%.

Del porcentaje que representa a los pacientes con un nivel de depresión severa (1%), el 100% es hombre, recalcamos que a pesar de que las mujeres tienen mayores probabilidades de padecer depresión, los hombres presentan más ansiedad, por lo que la gravedad de los síntomas suele ser mayor (Rivas-Acuña et al, 2011), asimismo, el rango de edad es de 61 o más (100%), es casado (100%), el nivel socioeconómico al que pertenece es bajo (100%) y presenta diabetes tipo II (100%).

Entre los factores que precipitan la aparición de depresión se identificó que el 70% de los pacientes tiene historial familiar de diabetes, la predisposición genética es uno de los factores de riesgo principales por los que debuta la enfermedad, principalmente en la diabetes mellitus tipo II (Cerdeña-Flores, Dávila-Rodríguez, et al, 2003). En una investigación realizada en México, la depresión se encontró más en personas con más antigüedad diagnóstica (Colunga-Rodríguez, García de Alba, Salazar-Estrada, & Angel-González, 2008), en este estudio encontramos que el 44% recibió el diagnóstico de diabetes cuando tenía entre 36-50 años y solo un 2% lo recibió antes de los 18 años.

El recibimiento del diagnóstico ocasiona una reacción emocional en el paciente con diabetes ya que este trae consigo cambios en su estilo de vida habitual, por lo que es fundamental el apoyo psicológico en este punto (Villoria, 2003). La labor del psicólogo en este momento es la de psicoeducar al paciente y acompañarle en este proceso de adaptación, de forma que este evento no se torne traumático, sino que sea dirigido a su bienestar personal y a prevenir otros trastornos. Resulta impactante que dentro de los resultados encontrados el 96% de los pacientes no recibieron acompañamiento psicológico luego del diagnóstico de diabetes y solo un 4% refirió haberlo recibido. Sin embargo, el 92% expresó haber recibido apoyo de sus familiares.

Por otro lado, el 80% niega sentirse más triste luego del diagnóstico, solo un 20% afirma sentir tristeza, lo que, según Elizondo, Dimas, Martínez, et al (2003) quiere decir que pueden existir casos en los que la aparición de la diabetes ocurra por factores emocionales, aunque exista una predisposición hereditaria. Resulta gratificante saber que el 90% siguió paso a paso las instrucciones y recomendaciones de los médicos, ya que esta reacción ante el diagnóstico repercute en el curso de la enfermedad, de acuerdo también a las otras características del paciente (López Ibor, 2007).

Dentro de las estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes el 58% reaccionó con calma ante el diagnóstico de diabetes, un 19% sintió tristeza, un 14% sintió miedo y solo un 2% sintió culpa. Diferenciando la investigación de Roncali (1999), donde este concluyó que los pacientes con diabetes, al recibir su diagnóstico, quedan impactados de manera psicológica. La mayor parte del tiempo, esto ocasiona una esperada reacción emocional, puesto que esto trae consigo un cambio en su estilo de vida habitual, debido a la presencia de esta enfermedad, que es para toda la vida, se dice que la depresión solo afecta al 20% de los pacientes diabéticos en el momento de la detección de la enfermedad.

Solo un 12% refirió sentirse afligido a menudo por el estilo de vida que lleva a causa de la diabetes. Es bueno saber que el 50% nunca se ha sentido afligido. En esta investigación el 94% se concentró en hacer frente a la enfermedad, así como el 71% elaboró un plan de acción hacia la misma; en contraste, Garnefski, Grol, Kraaij, y Hamming (2009), refieren en su investigación que las estrategias de afrontamiento activas colaboran con el manejo del dolor, de los estados depresivos y del aumento de capacidad funcional. Además, el 62% expresó haber tomado medidas adicionales para manejar la enfermedad, superando al 38% que no lo hizo.

En otro orden, el 75% buscó algo positivo con el diagnóstico de la enfermedad, a diferencia del 25% restante. Asimismo, Khechane y Mwaba (2004), Lindqvist y Sjöden (1998), plantean en su investigación que las estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución activa y positiva del problema han sido vinculadas con mejor adaptación al tratamiento. La mayoría (82%) pensó en cómo podría manejar mejor la situación. Sin embargo, solo el 31% preguntó a otras personas con diabetes qué hacer, a diferencia del 69% que no fue en búsqueda de consejo.

En cuanto a la comunicación, el 67% suele hablar de cómo se siente, mientras que el 33% no lo hace. Llama la atención que solo el 36% suele hacer bromas sobre su enfermedad. Sin embargo, es gratificante saber que el 84% no ha fingido que no ha sucedido nada a diferencia del 16% que sí lo hace, a pesar de esto, el 97% afirma que acepta la realidad de su enfermedad y que ha aprendido a vivir con ella. Así, es importante saber que el 64% no siente malestar emocional ni habla con nadie de ello. Mientras que investigadores aseguran que las estrategias evasivas o pasivas se han vinculado con una menor capacidad adaptativa y malos resultados en las intervenciones terapéuticas (Carrobles, Remor, Rodríguez-Alzamora, 2003; Arraras, Wright, Josue, Tejedor et al 2002; Brown, Nicassio & Woolston, 1989).

La Organización Mundial de la Salud, plantea que el número de personas con diabetes ha aumentado de 30 millones en 1995 a 347 millones en la actualidad, también se presume que, en 2030, habrá un aumento a 366 millones, por los datos ya mencionados, la diabetes es considerada un problema de salud pública, donde tiene un impacto en el ámbito económico, social y en la calidad de vida.

Deben destacarse las diferencias sociodemográficas que prevalecen; en cuanto a la edad tenemos que el mayor porcentaje de edad (47%) está situado en el rango de edad de 41 y 60 años, mientras que el menor (14%) está entre 20 y 40 años; la mayoría de los pacientes están casados (65%), seguido de solteros y divorciados, ambos con un 16%. Por otro lado, las mujeres representan el 62% mientras que los hombres un 38%; un 80% pertenece a un nivel socioeconómico medio, seguido de un 15% bajo, y en menor medida un 4% medio - bajo y un 1% alto. Es necesario resaltar este punto, puesto que la sociedad va en constante ascenso, así como la enfermedad misma, sobre todo en el sexo femenino, debido a que aparte de todos los factores de precipitación que comparten hombres y mujeres, estas tienen uno

particular, que es la diabetes gestacional, la misma aumenta significativamente con el aumento de la natalidad de la mano de una nutrición deficiente en el embarazo.

En respuesta a la quinta pregunta de investigación: “¿Cuáles son las características de un programa de evaluación y abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo para pacientes con diabetes tipo I y II que han arrojado depresión como diagnóstico?”, luego de la revisión bibliográfica encontramos que:

Consisten principalmente en ofrecer al paciente técnicas de afrontamiento y de psicoeducarlo. La intervención debe ir dirigida a brindar ayuda al paciente para que sea capaz de manejar sus emociones, sus cogniciones y su comportamiento. Lloyd, Pambianco y Orchard (2010), plantearon que mientras más depresión presenta el paciente, suele haber menos cuidado de la enfermedad, por lo que puede hacerse uso de la entrevista motivacional (Pruchno et al, 2009), una herramienta que facilita que el paciente se comprometa con el tratamiento, trabaja sus actitudes hacia la enfermedad, sus sentimientos opuestos a la vez y sus conductas desfavorables.

Entre las estrategias de afrontamiento que se pueden ofrecer se encuentran el automanejo y la autorregulación (Knittle, De-Gucht, & Maes, 2012); estas facilitan el control sobre los síntomas del paciente y les sirven de ayuda para adaptarse a su nuevo estilo de vida. Otras estrategias muy útiles son la resolución de problemas y la recopilación de información; esta última funciona tanto como una estrategia de afrontamiento como una técnica de psicoeducación, de forma que el paciente conozca a fondo su condición y tome el control sobre sí mismo.

La psicoeducación se basa en brindar información clara, de manera que los mitos y creencias antiguas sean descalificadas y el paciente sea consciente de su realidad y de lo que debe hacer en su día a día, obteniendo la mejor calidad de vida posible.

Es importante utilizar los recursos psicosociales para mejoría del paciente; además de proporcionar estrategias que generen seguridad, tomando base en las pautas alimenticias, la actividad física, y otras recomendaciones médicas (Gómez & Jiménez, 2017). Este punto debe ser resaltado, ya que lo ideal es que se trabaje multidisciplinariamente y de acuerdo con las necesidades y preferencias de los pacientes.

Conclusiones

Luego de organizar y analizar los datos, el proceso de investigación acerca de la prevalencia de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II que asisten a la Fundación Integral de Diabetes (FID) en el periodo 2018 - enero 2019, arrojó las siguientes conclusiones:

- a) Se encontró que la prevalencia de signos y síntomas de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II es baja.
- b) Los pacientes que resultaron con diagnóstico de diabetes en su mayoría son del sexo femenino
- c) Se identificó que entre los factores que precipitan la depresión, la predisposición genética es una de las principales razones por las que debuta la enfermedad.
- d) El rango de edad prevalente para el diagnóstico de diabetes es entre 36-50 años.
- e) Un alto porcentaje de los pacientes evaluados no recibió acompañamiento psicológico luego de su diagnóstico de diabetes. A pesar de esto se encontró que solo una cantidad reducida de pacientes se siente triste tras el diagnóstico de diabetes.
- f) La mayoría de los pacientes reportan haber reaccionado con calma ante el diagnóstico, así como una cantidad de pacientes similar se concentró en enfrentar la enfermedad y elaboraron un plan de acción para la misma. Gran parte de los pacientes buscó algo positivo en este diagnóstico, y pensaron en qué podrían hacer para manejar mejor la enfermedad.

- g) La comunicación y expresión de las emociones, así como la aceptación de la situación es un reflejo del elevado nivel de habilidades de afrontamiento que poseen estos pacientes.
- h) Una importante cantidad de pacientes no posee malestar emocional, por tanto se presume que no habla del mismo.
- i) El sexo femenino prevalece entre esta población. En ambos sexos predomina el rango de edad de 41 a 60 años, en su mayoría los pacientes son casados y refieren pertenecer a un nivel socioeconómico medio.
- j) Un programa de evaluación y abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo debe ofrecerle al paciente técnicas de afrontamiento, además de psicoeducación en base al diagnóstico recibido.
- k) La intervención psicoterapéutica debe brindar al paciente herramientas que le permitan obtener el control de sus emociones, cogniciones y comportamiento.
- l) Tanto el automanejo y la autorregulación son estrategias de gran utilidad a la hora del diagnóstico de diabetes, con el objetivo inicial de prevenir algún tipo de trastorno emocional.
- m) La psicoeducación consiste en brindar información clara, así como la descalificación de mitos y creencias que puedan alterar la realidad del paciente. Además de generar recursos psicosociales con el fin de proporcionar estrategias que generen seguridad en el ámbito de la alimentación, la actividad física, entre otras recomendaciones médicas.

Recomendaciones

Luego de realizar la investigación y analizar los resultados de esta, se plantean las siguientes recomendaciones:

A la fundación:

- a) Crear grupos de apoyo para pacientes con diagnóstico de diabetes tipo I y II donde puedan compartir sus experiencias, preocupaciones y vivencias con los demás.
- b) Se propone un trabajo multidisciplinario entre psicólogos y diabetólogos.
- c) Sería importante que al momento de diagnosticar al paciente se refiera al psicólogo antes o después del diagnóstico, puesto a que el mismo con el diagnóstico se ve sometido a cambios en su estilo de vida que puede llegar a causar malestar en la salud psicológica y emocional de la persona y su entorno.
- d) Psicoeducar a los pacientes acerca de la enfermedad y sus principales riesgos.

A la psicología clínica:

- a) Tomar en cuenta las ciencias de la salud, que no pasen desapercibidos los síntomas psicósomáticos como síntomas físicos.
- b) Se recomienda a la psicología clínica promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento que reduzcan la posibilidad de desarrollar algún trastorno mental.
- c) Diseñar investigaciones que profundicen más el tema de las enfermedades psicósomáticas, así como su influencia en el área afectiva de los individuos.

Referencias bibliográficas

- Abuissa, H., Jones, P. G., Marso, S. P., & O'Keefe, J. H. (2005). Angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin receptor blockers for prevention of type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of the American College of Cardiology*, 46(5), 821-826.
- Aguilar-Navarro, S., & Avila-Funes, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica de México*, 143(2), 143-144. Recuperado el diciembre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Ahmed, A. M. (2002). History of diabetes mellitus. *Saudi medical journal*, 23(4), 373-378.
- Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2007). International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine*, 24(5), 451-463.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, págs. 420:21-7.
- American Diabetes Association. (2012) Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 35: S11-S63
- American Diabetes Association. (2003). Prevention of type 1 diabetes mellitus. *Diabetes care*, 26(suppl 1), s140-s140.
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 37(Supplement 1), S81-S90.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnéy Lifante, A. (2014). *DSM- V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aranda, B. D. E., Álvarez, C. D., Hernández, R. L., & Ramírez, M. T. G. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 15-26.
- Arraras JI, Wright SJ, Josue G, Tejedor M et al. Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviors in cancer and other diseases. *Psychology, Health Medicine* 2002;7:181-187
- Arredondo, A. (2013). Diabetes: a global challenge with high economic burden for public health systems and society. *American journal of public health*, 103(2), e1.

- Baeza. (2010). Síntomas somáticos vs. Síntomas orgánicos. La mala fama de la psicósomática. Cuadernos de Neuropsicología, 4, 8-12.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénetrier, C., & Gély, M.-C. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21(2), 227-237. Retrieved from <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-2/21-2/Carolina%20Baeza%20Velasco.pdf>
- Banting, F. G., Best, C. H., Collip, J. B., Campbell, W. R., & Fletcher, A. A. (1962). Pancreatic extracts in the treatment of diabetes mellitus: preliminary report. *Canadian Medical Association journal*, 87(20), 1062.
- Barceló, A., Aedo, C., Rajpathak, S., & Robles, S. (2003). The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the world health organization*, 81, 19-27.
- Bárez Villoria, M. (2003). Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Bastidas-Bilmao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 191-218.
- Beléndez Vásquez, M., Lorente Armendáriz, I., & Maderuelo Labrador, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gac Sanit*, 29(4), 300-303. Recuperado el Diciembre de 2018, de http://scielo.isciii.es/pdf/gsv29n4/original_breve4.pdf
- Biessels, G. J., Deary, I. J., & Ryan, C. M. (2008). Cognition and diabetes: a lifespan perspective. *The Lancet Neurology*, 7(2), 184-190.
- Bloomgarden, Z. T. (2002). Obesity, hypertension, and insulin resistance. *Diabetes Care*, 25(11), 2088-2097.
- Bogaert García, H. (2012). La depresión y el factor kinestésico. *Ciencia y Sociedad*, 37(1), 77-94. Recuperado el diciembre de 2018, de <http://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/bitstream/handle/123456789/1385/CISO20123701-077-094.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boizart, J., Sánchez, N., & Fernández, F. (1990). Síntomas depresivos en una población de estudiantes de música. *Revista médica dominicana*. Recuperado el diciembre de 2018, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=103517&indexSearch=ID>
- Bouza, R. O. C., Valdés, M. P., & Rode, E. C. (2007). Síndrome de insulinoresistencia en niños y adolescentes Insulin resistance syndrome in children and adolescents. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18(2), 0-0.
- Bradley, U., Spence, M., Courtney, C. H., McKinley, M. C., Ennis, C. N., McCance, D. R., & Hunter, S. J. (2009). Low-Fat versus Low-Carbohydrate Weight Reduction Diets: Effects on Weight Loss, Insulin Resistance and Cardiovascular Risk a Randomised Control Trial. *Diabetes*.

- Brinkworth, G. D., Noakes, M., Buckley, J. D., Keogh, J. B., & Clifton, P. M. (2009). Long-term effects of a very-low-carbohydrate weight loss diet compared with an isocaloric low-fat diet after 12 mo-. *The American journal of clinical nutrition*, 90(1), 23-32.
- Brito, F. F., & Rivas, B. V. (2008). *Impacto Económico de la Diabetes Mellitus en la República Dominicana: Análisis y Recomendaciones de Políticas Públicas*.
- Brown GK, Nicassio PM, Woolston KA. (1989) Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consulting Clinical Psychology*. 57:652-657
- Cabreja Vólquez, N. A. (2014). *Prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 en Niños y Adolescentes en el Departamento de Endocrinología y Metabolismo del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña*.
- Cameron, A. J., Shaw, J. E., & Zimmet, P. Z. (2004). The metabolic syndrome: prevalence in worldwide populations. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 33(2), 351-375.
- Campuzano, J. (2018). ¿Puede afectar la diabetes a los cambios de humor? *Diabetes Mundial*. QuoHealth. <https://www.quohealth.com/blog/puede-afectar-la-diabetes-a-los-cambios-de-humor/>
- Carrobbles, J. A., Remor, E., & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). *Afrontamiento, apoyo social percibido y*
- Casado, M., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., & Vidal, J. (1997). *Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación*.
- Castillo-Quan, J. I. (2009). Rosiglitazone effects to ameliorate Alzheimer's disease pathogenic features: insulin signaling and neurotrophic factors. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 21(3), 347-348.
- Castillo-Quan, J. I. Barrera-Buenfil, D., Pérez-Osorio, J., & Álvarez-Cervera, F. (2010). *Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología*. *Rev Neurol*, 51: 347-59.
- Castillo-Quan, J. I. (2008). Resistencia a la insulina, hipercortisolismo, síndrome de ovario poliquístico y depresión. ¿Asociaciones no aleatorias? *Fertilidad y esterilidad*, 89 (4), 1029-1030.
- Castillo-Quan, JI, Barrera-Buenfil, DJ, y Pérez-Osorio, JM (2008). El papel de la insulina y el cortisol en la memoria y la patología de la enfermedad de Alzheimer: implicaciones para la diabetes mellitus. *Cambridge Med*, 22, 31-5.
- Castro-Aké, G. A., Tovar-Espinosa, J., & Mendoza-Cruz, U. (2009). Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus 2. *Revista Médica Instituto*

- Mexicano del Seguro Social, 47(4), 377-382. Recuperado el diciembre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im094f.pdf>
- Cerda-Flores, R. M., Dávila-Rodríguez, M. I., Cortés-Gutiérrez, E. I., Rivera-Prieto, R. A., Calderón-Garcidueñas, A. L., Gaspar-Belmonte, J. A., ... & Rojas-Alvarado, M. A. (2003). Genética de la diabetes mellitus tipo 2 en el noreste de México. III. Alta prevalencia en los individuos con los apellidos Martínez y Rodríguez. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 4(3).
- Cerkoney, K. A. B., & Hart, L. K. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes care*, 3(5), 594-598.
- Cerrato, I. M. (2007). Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia. *Psychosocial Intervention/Intervención Psicosocial*, 16(1).
- Chan, S. C., & Chan, C. C. (2011). Attitude, social influence, and self-efficacy among Chinese participants of chronic disease self-management program: A latent growth curve modeling study. *Rehabilitation psychology*, 56(3), 191.
- Chiodini, I., Adda, G., Scillitani, A., Coletti, F., Morelli, V., Di Lembo, S., ... & Ambrosi, B. (2007). Cortisol secretion in patients with type 2 diabetes: relationship with chronic complications. *Diabetes Care*, 30(1), 83-88.
- Cobo Gómez, J. V. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición (es), nosología, clasificación. *psiquiatria.com*, 9(4). Recuperado el diciembre de 2018, de https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Cobo/publication/301590159_El_concepto_de_depresion_Historia_definiciones_nosologia_clasificacion/links/5b10ffcca6fdc4611d9a06a/El-concepto-de-depresion-Historia-definiciones-nosologia-clasificacion.pdf
- Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J. E., Salazar-Estrada, J. G., & Angel-González, M. (Enero-Febrero de 2008). Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México, 2005. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 137-149. Recuperado el Diciembre de 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642008000100013&script=sci_arttext&tlng=en
- Concepto.de, E. d. (2017). Concepto de Salud (según la OMS). Recuperado el diciembre de 2018, de [Concepto.de: https://concepto.de/salud-segun-la-oms/](https://concepto.de/salud-segun-la-oms/)
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis.
- Coryell, W. (2018). Depresión. Manual MSD versión para público general: <https://www.msdmanuals.com/es-do/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>
- Cortejoso, D. (octubre de 2014). Qué son las enfermedades psicosomáticas. *psicoglobalia*. Recuperado el diciembre de 2018, de <http://www.psicoglobalia.com/que-son-las-enfermedades-psicosomaticas/>

- Cudney, S., & Weinert, C. (2012). An online approach to providing chronic illness self-management information. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 30(2), 110-117.
- Cuervo Martínez, A., & Izzedin Bouquet, R. (2007). Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. Tesis psicológica, 35-47. Recuperado el diciembre de 2018, de <http://190.242.99.229/index.php/TesisPsicologica/article/view/166/159>
- de los Ríos Castillo, J. L., Barrios Santiago, P., & Avila Rojas, T. L. (Septiembre-Octubre de 2004). Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Revista Médica del IMSS*, 42(5), 379-385. Recuperado el Diciembre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im045c.pdf>
- Definition, W. H. O. (1999). Diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation.
- Diabetes Education Online. (2018). Azúcar en sangre y estrés. Recuperado el diciembre de 2018, de <https://dte.ucsf.edu/es/tipos-de-diabetes/diabetes-tipo-2/compreension-de-la-diabetes-tipo-2/como-procesa-el-azucar-el-cuerpo/azucar-en-sangre-y-estres/>
- Diabetes: tratamiento, síntomas, causas y prevención. (noviembre de 2018). Recuperado el diciembre de 2018, de [cuidateplus: https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html](https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html)
- Díaz Villa, B. A., & González González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3), 106-115. Recuperado el enero de 2019, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
- DiNicola, G., Julian, L., Gregorich, S. E., Blanc, P. D., & Katz, P. P. (2013). The role of social support in anxiety for persons with COPD. *Journal of psychosomatic research*, 74(2), 110-115. *Distrés emocional en pacientes con infección por VIH. Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Elizondo, M. E. G., Dimas, C. C., Martínez, A. M. S., Rocha, G. M. N., & Ríos, E. V. (2003). Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41(6), 465-472.
- EUPATI. (2015). Conceptos epidemiológicos: incidencia y prevalencia. Recuperado el diciembre de 2018, de [Academia Europea de Pacientes: https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/conceptos-epidemiologicos-incidencia-y-prevalencia/](https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/conceptos-epidemiologicos-incidencia-y-prevalencia/)
- EUPATI. (2015). Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. Recuperado el diciembre de 2018, de [Academia Europea de Pacientes: https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/#Referencias](https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/#Referencias)
- Ezama Coto, E., Alonso, Y., & Fontanil Gómez, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 293-314. Recuperado el diciembre de 2018, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3229782>

- Feinman, R. D., & Volek, J. S. (2008). Carbohydrate restriction as the default treatment for type 2 diabetes and metabolic syndrome. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 42(4), 256-263.
- Fermin M, Martínez A. (2013) Epigenética en Obesidad y Diabetes Tipo 2: papel de la nutrición, limitaciones y futuras aplicaciones. *Rev Chilena Endocrinol Diabetes*. 6(3):108-114.
- Fernández-Abascal, E. G., Jiménez, M. P., & Martín, M. D. (2003). *Emoción y Motivación: La adaptación humana*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Francis, C. F., Feyer, A. M., & Smith, B. J. (2007). Implementing chronic disease self-management in community settings: lessons from Australian demonstration projects. *Australian Health Review*, 31(4), 499-509.
- García H, Calvancece N (2008.) Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Psicología Salud* 18-1.
- Garduño-Espinosa, J., Téllez-Zenteno, J., & Hernández-Ronquillo, L. (1998). Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Investigación clínica*. Recuperado el Diciembre de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9830315>
- Garnefski, N., Grol, M., Kraaij, V., & Hamming, J. F. (2009). Cognitive coping and goal adjustment in people with Peripheral Arterial Disease: Relationships with depressive symptoms. *Patient Education and Counseling*, 76(1), 132-137.
- Geyelin, H. R. (1922). *The use of insulin in juvenile diabetes*.
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Lotufo Neto, F., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 389-394.
- Gómez, Á. M. O., & Jiménez, L. S. (2017). Análisis del contenido de una Guía de intervención psicológica y social para el manejo de la Diabetes Mellitus Tipo Dos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 17(1), 37-48.
- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. (2008). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto*. Madrid, España. Recuperado el diciembre de 2018, de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la facultad de medicina*, 49(002). Recuperado el diciembre de 2018, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12916/12234>
- Hernando, P., & Fernando, J. (2011). *La diabetes mellitus en la época y en la obra de Roberto Nóvoa Santos (1885-1933): un análisis histórico-médico*.

- Hiriart, M. (2014). Las células beta en el síndrome metabólico. ESTADO DEL ARTE.
- Hoyos, M. L., Ochoa, D. A. R., & Londoño, C. R. (2010). Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento psicológico*, 4(10).
- Hussain, A., Claussen, B., Ramachandran, A., & Williams, R. (2007). Prevention of type 2 diabetes: a review. *Diabetes research and clinical practice*, 76(3), 317-326.
- Infocop. (2013). Cambios que incluye el DSM-V. Recuperado el diciembre de 2018, de infocop.es: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4578
- International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. (2010). International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes care*, 33(3), 676-682.
- Jackson, S. W. (1986). Historia de la melancolía y la depresión. Londres: Universidad de Yale. Recuperado el diciembre de 2018, de <https://www.scribd.com/doc/223750865/Stanley-W-Jackson-Historia-de-La-Melancolia-y-La-Depresion>
- Jiménez Chafey, María I., & Dávila, Mariel. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 126-143. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100012&lng=en&tlng=es.
- Jofré, R., López Gómez, J. M., Moreno, F., Sanz Guajardo, D., & Valderrábano, F. (1999). Spanish Cooperative Group: Efecto del trasplante renal sobre la calidad de vida a largo plazo. *Nefrología*, 19, S72A.
- Joshi, S. R., Parikh, R. M., & Das, A. K. (2007). Insulin-history, biochemistry, physiology and pharmacology. *Journal-Association of Physicians of India*, 55(L), 19.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., McLean, C. J., Sham, P. C., Neale, M. C., . . . Eaves, L. J. (1995). Stressful life events, genetic liability and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatry*, 152(6), 833-842. Recuperado el diciembre de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7755111>
- Khechane, N. L., & Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among black South African haemodialysis patients. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 32(8), 777-782.
- Knittle, K., De Gucht, V., & Maes, S. (2012). Lifestyle-and behaviour-change interventions in musculoskeletal conditions. *Best practice & research Clinical rheumatology*, 26(3), 293-304.
- Kojima, M. (2012). Epidemiologic studies of psychosocial factors associated with quality of life among patients with chronic diseases in Japan. *Journal of epidemiology*, 22(1), 7-11.
- Lakhtakia, R. (2013). The history of diabetes mellitus. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 13(3), 368.

- Lemaitre, R. N., King, I. B., Mozaffarian, D., Sotoodehnia, N., Rea, T. D., Kuller, L. H., ... & Siscovick, D. S. (2006). Plasma phospholipid trans fatty acids, fatal ischemic heart disease, and sudden cardiac death in older adults: the cardiovascular health study. *Circulation*, 114(3), 209-215.
- León Barua, R., & Berenson Seminario, R. (1996). Medicina teórica. Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7(3), 105-107. Recuperado el diciembre de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300001
- Lindqvist, R., & Sjöden, P. O. (1998). Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *Journal of advanced nursing*, 27(2), 312-319.
- Lloyd, C. E., Pambianco, G., & Orchard, T. J. (2010). Does diabetes-related distress explain the presence of depressive symptoms and/or poor self-care in individuals with Type 1 diabetes? *Diabetic Medicine*, 27(2), 234-237.
- López Baquero, L. M., & Santos de Moya, R. J. (2017). Correlacion entre diabetes mellitus tipo II y crisis hipertensivas en pacientes que se presentan a la sala de emergencias del hospital Salvador B. Gautier. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Recuperado el 2018
- López Ibor, M. I. (mayo de 2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Recuperado el agosto de 2018, de *Anales de Medicina Interna*: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-7199200700050001
- López, J., Sanz, D., Jofré, R., & Valderrábano, F. (1999). The spanish cooperative renal patients' quality of life in dialysis. *Nephrol Dial Transplant*, 11, 125-129.
- Löwe, B., Gräfe, K., Kroenke, K., Zipfel, S., Quenter, A., Wild, B., ... & Herzog, W. (2003). Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(5), 764-770.
- Luque, R., & Berrios, G. (septiembre de 2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 130-146. Recuperado el diciembre de 2018, de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80622316009.pdf>
- Mariño Soler, A. L., Miguel Soca, P. E., Ochoa Rodríguez, M., Cruz Font, J. D., Cruz Batista, Y., & Rivas Estévez, M. (2012). Caracterización clínica, antropométrica y de laboratorio de mujeres con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica Electrónica*, 34(1), 57-67.
- McEwen, B. S. (2017). Allostasis and the Epigenetics of Brain and Body Health Over the Life Course: The Brain on Stress. *JAMA Psychiatry*. Recuperado el 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28445556>
- MedlinePlus. (2018). Depresión - descripción general. Recuperado el diciembre de 2018, de MedlinePlus. Información de salud para usted: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>

- MedlinePlus. (enero de 2018). Cetoacidosis diabética. Recuperado el enero de 2019, de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000320.htm>
- Mella Mejías, C., Martínez, A. M., Quiñonez, M., & Uribe, A. (1983). El diagnóstico de depresión en el Hospital Psiquiátrico Padre Billini. *Revista médica dominicana*, 43(4), 332-337. Recuperado el diciembre de 2018
- Miguel Soca, P. (2010). Evaluación de la resistencia a la insulina. *Atención Primaria*, 42(9), 489-490.
- Miguel, M. (2018). Las enfermedades psicosomáticas: enfermedades invisibles. España: Clínica de ansiedad. Obtenido de <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/las-enfermedades-psicosomaticas-enfermedades-invisibles/>
- Milagro, F. I., Mansego, M. L., De Miguel, C., & Martínez, J. A. (2013). Dietary factors, epigenetic modifications and obesity outcomes: progresses and perspectives. *Molecular aspects of medicine*, 34(4), 782-812.
- Molina, X. (2016). La 6 diferencias entre tristeza y depresión. Recuperado el diciembre de 2018, de psicologiyamente: <https://psicologiyamente.com/psicologia/diferencias-tristeza-depresion>
- Montejano, S. (2018). Trastornos psicosomáticos. Obtenido de Psicoglobal: <https://www.psicoglobal.com/trastorno-somatico/>
- Muñoz, & Barba. (2007). La enfermedad del alzheimer como factor de riesgo psicosomatico para los cuidadores de enfermos cronicos discapacitado. Tesis Doctoral. Malaga, España.
- Muñoz, L. F., & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121. Recuperado el diciembre de 2018, de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/16863/16733>
- Napora, J. P. (abril de 2014). El control del estrés y la diabetes. Recuperado el diciembre de 2018, de diabetes.org: <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/para-padres-y-ninos/la-vida-diaria/el-control-del-estr-y-la-diabetes.html>
- Nwaneri, C. (2015). Diabetes mellitus: A complete ancient and modern historical perspective.
- Ochoa Montes, L. A., Medina, Y., Armando, C., Calderín Bouza, R. O., González Lugo, M., Miguélez Nodarse, R., ... & Díaz Londres, H. (2011). Factores de riesgo del síndrome metabólico en la muerte súbita cardíaca. *Revista Cubana de Medicina*, 50(4), 426-244.
- OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.

- OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutiérrez, P. M., Williams, J. E., & Bailey, J. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *Journal of clinical psychology*, 64(1), 83-102.
- Palma Gámiz, José L. (2007). La diabetes mellitus entendida como una enfermedad cardiovascular de origen metabólico. *Revista Española de Cardiología*, 7, 12-19. <http://www.revespcardiol.org/es/la-diabetes-mellitus-entendida-como/articulo/13110778/>
- Pardo A, G., Sandoval D, A., & Umbarila Z, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28. Recuperado el diciembre de 2018, de <https://www.redalyc.org/html/804/80401303/>
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 710-724.
- Pascual, P. P., & Cerecedo Pérez, M. J. (2015). Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Actualización en Medicina de Familia*, 11(5), 281-286. Recuperado el 2018, de http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1433
- Pathak, A. K., Sinha, P. K., & Sharma, J. (2013). Diabetes—A Historical review. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics*, 3(1).
- Pendergrass, M. (2007). Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W: Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. *Diabetes Care*, 30(9), 2419-2420.
- Penick, S. B., Filion, R., Fox, S., & Stunkard, A. J. (1971). Behavior modification in the treatment of obesity. *Psychosomatic Medicine*, 33(1), 49-56.
- Penninx B, M. Y., & Vogelzangs, N. (2013). Depresión y enfermedades somáticas. *BMC Medicine*, 11(129). Recuperado el diciembre de 2018, de <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=84321>
- Peña, A., & Paco, O. (2003). El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Tercera parte: un modelo teórico de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(1), 55-62. Recuperado el diciembre de 2018, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v64n1/a08v64n1.pdf>
- Pérez Porto, J., & Gardey, A. (2012). Definición de enfermedad. Recuperado el diciembre de 2018, de Definicion.de: <https://definicion.de/enfermedad/>
- Peyrot, M., & Rubin, R. R. (2007). Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. *Diabetes care*, 30(10), 2433-2440.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M., . . . Toledo, A. (2004). Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos

con Diabetes Mellitus tipo 2. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 23 (1), 74-78. Recuperado el 22 de octubre de 2018, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642004000100013&lng=es&tlng=pt.

- Pizzolante, I. (2003). Consenso Nacional de Diabetes tipo 2 Venezuela. Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. Caracas. Traduciencia. P, 41.
- Poy Solano, L. (2008). En 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo: OMS. La Jornada. <https://www.jornada.com.mx/2008/12/28/index.php?section=sociedad&article=034n1soc>
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. P. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(4), 573.
- Ramaiya, K. L., Kodali, V. R. R., & Alberti, K. G. M. M. (1990). Epidemiology of diabetes in Asians of the Indian subcontinent. *Diabetes/metabolism reviews*, 6(3), 125-146.
- Retnakaran, R., Qi, Y., Connelly, P. W., Sermer, M., Zinman, B., & Hanley, A. J. (2010). Glucose intolerance in pregnancy and postpartum risk of metabolic syndrome in young women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(2), 670-677.
- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R., & Román-Alvarez, J. (enero-agosto de 2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17, 30-35. Villahermosa, México. Recuperado el noviembre de 2018, de *Salud en Tabasco*: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>
- Riveros, A., Cortázar-Palapa, J., Alcázar L., F., & Sánchez-Sosa, J. J. (septiembre de 2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462. Recuperado el diciembre de 2018, de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33705302.pdf>
- Robin, E. D. (1979). Claude Bernard: pioneer of regulatory biology. *JAMA*, 242(12), 1283-1284.
- Roehr, B. (2007). Scratching the surface of skin's mind-body connection. *Dermatology Times*, 28, 3-
- Roncali, E. M. (1999). Diabetes: el enemigo que acecha en silencio. DIGITAL PUBLICATIONS, INC.
- Rondón, M., Susaña, Y., & Peña, Y. (2013). PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS ASOCIADA A HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA EN COTUI. *Revista Médica Dominicana*.
- Ruiz-Ramos, M., Escolar-Pujolar, A., Mayoral-Sánchez, E., Corral-San Laureano, F., & Fernández-Fernández, I. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad,

- prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 20, 15-24.
- Ryden, L., Standl, E., & Bartnik, M. Van den BG, Betteridge J, De Boer MJ, et al. (2007) Guidelines on diabetes, prediabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J*, 28(1), 88-136.
- Sanz, J. (2011). La adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): Consejos para su utilización en investigación y en la práctica clínica. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica, Universidad Complutense, Madrid.
- Sequeira Cordero, A., & Fornaguera Trías, J. (Noviembre-Diciembre de 2009). Neurobiología de la depresión. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10(6), 462-478. Recuperado el enero de 2019, de <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/05/Nm096-09.pdf>
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1). Recuperado el diciembre de 2018
- Steer, RA, Ball, R., Ranieri, WF, y Beck, AT (1999). Dimensiones del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes ambulatorios clínicamente deprimidos. *Revista de psicología clínica*, 55 (1), 117-128.
- Thorsby, E., & Lie, B. A. (2005). HLA associated genetic predisposition to autoimmune diseases: Genes involved and possible mechanisms. *Transplant immunology*, 14(3-4), 175-182.
- Torrecillas, F. L., & García, J. F. G. (1994). Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. *Psicothema*, 6(3), 333-345.
- Torres, A. (2016). Las diferencias entre síndrome, trastorno y enfermedad. Recuperado el diciembre de 2018, de *Psicología y Mente*: <https://psicologiymente.com/clinica/diferencias-sindrome-trastorno-enfermedad>
- Tratamiento y enfermedades. (septiembre de 2018). Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud. Recuperado el diciembre de 2018, de *Tratamiento y enfermedades*: <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>
- Tur, C. T. (2013). Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez. *Contextos Educativos*. *Revista de Educación*, (4), 119-133.
- Villar Genao, G. A. (2018). Prevalencia de indicadores de depresión en los estuدياتes de la Escuela Nacional de Arte Dramático (ENAD) y de la Escuela Nacional de Artes Visuales (ENAV) período 2017-2018. (tesis de grado). Recuperado el diciembre de 2018

- Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416-431.
- Warmerdam, L., van Straten, A., Jongsma, J., Twisk, J., & Cuijpers, P. (2010). Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(1), 64-70.
- Whittemore, R., Jaser, S. S., Jeon, S., Liberti, L., Delamater, A., Murphy, K., ... & Grey, M. (2012). An internet coping skills training program for youth with type 1 diabetes: six-month outcomes. *Nursing research*, 61(6), 395.
- World Health Organization. (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia: report of a WHO/IDF consultation.
- Zavala, C. (2005). Hipertensión y Diabetes Mellitus: el tratamiento debería disminuir y mantener la presión arterial en cifras de 120/80 mm. Hg. *Hipertensión*, 16(2).
- Zouain, J. J., Sepúlveda, L., Carrénard, R., Zapata, T., Suero, A., Mercader, I., & Núñez, P. (2009). Prevalencia de síntomas depresivos en niños de 9 a 12 años de edad. *Anales de medicina PUCMM*, 1, 57-61. Recuperado el diciembre de 2018, de http://investigare.pucmm.edu.do:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12060/1778/AMP_20090102_57-61.pdf?sequence=1

Anexos

Cronograma de actividades

Actividades	Agosto					Septiembre				Octubre				Noviembre					Diciembre				Enero			
	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25
Semanas																										
Entrega capítulo I																										
Corrección capítulo I Trabajar capítulo II																										
Entrega capítulo II																										
Corrección capítulo II Trabajar capítulo III																										
Corrección capítulo III																										
Trabajar capítulo IV																										
Evaluación y análisis																										
Entrega capítulo IV																										
Conclusiones y recomendaciones																										
Correcciones																										

31 de Agosto, 2018

Santo Domingo, R.D.

Directiva de fundación de debates

Fundacion Integral de Diabetes

Sus Manos. -

Ciudad.-

Distinguidos,

*Reciba un afectuoso saludo de nuestra parte, por medio de la presente hacemos constar que las estudiantes **Rosmery Lisette Lebrón Mateo y Scarlett María Arias Núñez**, Matriculas: 14-1672 y 14-2066, han culminado todas las asignaturas de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica, por lo que le solicitamos les brinde las facilidades que ellas necesitan, para desarrollar su trabajo de grado.*

Esta comunicación se expide a solicitud de la parte interesada a los treinta y uno (31) días del mes de agosto, 2018.

Atentamente,

Lic. Adrian Teonilda De Oleo

Directora Dpto.de Psicología



UNPHU

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA EVALUACION PSICOLOGICA**

Yo _____, de Cédula de Identidad Personal y Electoral No. _____ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al proceso de evaluación el (la) estudiante de psicología _____ me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a éste procedimiento académico de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a este proceso de evaluación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna. Por este medio expreso que, he recibido una explicación clara y completa de los instrumentos que me será administrada, así como el propósito por el cual se me somete a este proceso de evaluación psicológica, y la forma en la que serán utilizados los resultados que arroje, los cuales me han explicado, se manejaran con estricta confidencialidad y solo con mi consentimiento se le podrán presentar a otra persona y/o institución pública o privada.

Por último, certifico mediante nombre y firma más abajo, que he sido informado (a) que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada en las entrevistas y sesiones de evaluación, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Nombre: _____ Firma: _____
Estudiante de Psicología
Documento de identidad _____

Nombre: _____ Firma: _____
Paciente
Documento de identidad _____ Edad: _____



**Facultad de Humanidades
Escuela de Psicología**

La presente encuesta se realizó como instrumento de recolección de información sobre datos sociodemográficos y de habilidades de afrontamiento en pacientes diagnosticados con diabetes para la tesis de grado: “Prevalencia de depresión en pacientes diagnosticados con Diabetes tipo I y II” para optar por el título de Licenciado en Psicología Clínica de la UNPHU. Las informaciones obtenidas de la misma solo serán utilizadas para los fines de la investigación y bajo estricta confidencialidad.

Edad _____ **Sexo** _____ **Estado civil** _____ **Nivel socioeconómico**

1. **¿Qué tipo de diabetes tiene?**
 - a) Diabetes tipo I
 - b) Diabetes tipo II

2. **¿Tiene usted historial familiar de diabetes?**
 - a) Si
 - b) No

3. **¿A qué edad recibió el diagnóstico de diabetes?**
 - a) Menos de 18 años
 - b) De 18 a 35 años
 - c) De 36 a 50 años
 - d) Más de 50 años

4. **¿Cuál fue su reacción ante el diagnóstico de diabetes?**
 - a) Miedo
 - b) Tristeza
 - c) Incertidumbre
 - d) Culpa
 - e) Calma

5. **¿Con qué frecuencia se siente usted afligido con el estilo de vida que lleva a causa de la diabetes?**
 - a) A menudo
 - b) Frecuentemente
 - c) Casi nunca
 - d) Nunca

6. **¿Recibió usted acompañamiento psicológico luego de su diagnóstico?**
 - a) Si
 - b) No
7. **¿Recibió usted apoyo de sus familiares luego de su diagnóstico?**
 - a) Si
 - b) No
8. **¿Se concentró en hacer frente a su enfermedad?**
 - a) Si
 - b) No
9. **¿Elaboró usted un plan de acción hacia la enfermedad?**
 - a) Si
 - b) No
10. **¿Tomó usted medidas adicionales para manejar la enfermedad?**
 - a) Si
 - b) No
11. **¿Buscó usted algo bueno en lo que le estaba/está sucediendo?**
 - a) Si
 - b) No
12. **¿Se siente más triste luego de su diagnóstico?**
 - a) Si
 - b) No
13. **¿Pensó en cómo podría manejar mejor la situación?**
 - a) Si
 - b) No
14. **¿Siguió paso a paso las instrucciones y recomendaciones de los médicos?**
 - a) Si
 - b) No
15. **¿Preguntó a otras personas con diabetes que hacer o les pidió consejo?**
 - a) Si
 - b) No
16. **¿Usted suele hablar de cómo se siente?**
 - a) Si
 - b) No
17. **¿Hace bromas sobre su enfermedad?**
 - a) Si
 - b) No
18. **¿Finge que no ha sucedido nada?**
 - a) Si
 - b) No
19. **¿Acepta la realidad de su enfermedad y aprende a vivir con ella?**
 - a) Si
 - b) No
20. **¿Siente mucho malestar emocional y lo habla con alguien?**
 - a) Si
 - b) No

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
 - 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
 - 3^a. Duermo la mayor parte del día
 - 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
 - 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 - 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 - 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
 - 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
 - 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
 - 3^a. No tengo apetito en absoluto.
 - 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
 - 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 - 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
 - 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
 - 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
 - 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:



Señores: Escuela de Psicología
Asunto: Entrega de trabajo de Investigación
Fecha: miércoles 16 de enero de 2019

Por medio de la presente hacemos entrega del trabajo de investigación realizado por las estudiantes de Psicología Clínica, **Rosmery Lisette Lebrón Mateo** y **Scarlett María Arias Núñez**, matriculas 14-1672 y 14-2066, respectivamente.

Se certifica que las estudiantes agotaron el proceso de acompañamiento requerido para presentar en defensa el trabajo realizado, por lo cual se autoriza la entrega del mismo.

Cordialmente,

Pat Galán Laureano,
Psicóloga Clínica, M.A.,
Asesora de Contenido, Docente UNPHU

HOJA DE FIRMAS

Rosmery L. Lebrón Mateo

Sustentante

Scarlett M. Arias Núñez

Sustentante

Pat Galán Luerano, M.A

Asesora

Helen Fernández

Jurado

Ramona E. Torres

Jurado

Mabelle Caamaño

Jurado

Adrian D' Oleo

Directora de Psicología