

14
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

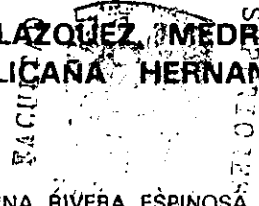
IDEAS IRRACIONALES EN DIABETICOS Y
PREDIABETICOS Y SU ASOCIACION CON
ANSIEDAD Y DEPRESION



F. E. S.
ZARAGOZA

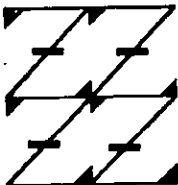
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A D O S N :
GASPAR ORZO VELAZQUEZ MEDRANO
MARIA ELENA VILICAÑA HERNANDEZ



ASESORA: GUILLERMINA RIVERA ESPINOSA

UNAM
FES
ZARAGOZA



LO HUMANO EJE
DE NUESTRA REFLEXION

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

276167

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAGINACION

DISCENT / NCM

I N D I C E

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	II

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DE LA DIABETES MELLITUS Y DEL ESTADO "PREDIABÉTICO"

1 1	Concepto de diabetes mellitus	1
1 2	Diagnóstico	2
1 3	Un poco de historia	4
1 4	Clasificación	8
1 5	Diabetes tipo II	11
1 6	Clases de riesgo estadístico	12
1 7	Etiología	14
1 8	Fisiopatología de la diabetes mellitus	17
1 9	Tratamiento	20
1 10	Epidemiología	23
1 11	Impacto económico de la diabetes mellitus	27

CAPÍTULO II. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

2 1	Las alteraciones emocionales	20
2 2	Ansiedad	35
2 3	Bases fisiológicas de la ansiedad	37
2 4	Modelo médico sobre el origen de la ansiedad	41
2 5	Modelos psicológicos sobre el origen de la ansiedad	47
2 6	Clasificación de la ansiedad	46
2 7	Escalas psicológicas para medir la ansiedad	50
2 8	Depresión	52
2 9	Modelo médico	54
2 10	Modelos psicológicos	55
2 11	Clasificación	57
2 12	Inventario de Depresión de Beck	50
2 13	Ansiedad, depresión y enfermedad	60

CAPÍTULO III PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.1	Perspectiva histórica sobre psicología y salud	63
3.2	Nociones teóricas sobre psicología de la salud	70
3.3	Factores psicosociales en el paciente diabético	73
3.4	Atención integral del paciente diabético	86

CAPÍTULO IV PRINCIPIOS DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

4.1	Nociones teóricas acerca de la Terapia Racional Emotiva (TRE)	88
4.2	El modelo A-B-C de la TRE y los conceptos de racionalidad e irracionalidad	91
4.3	Irracionalidad y salud física	98
4.4	Inventario para medir ideas irracionales	101

CAPÍTULO V PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

5.1	Problemas de investigación	106
5.2	Hipótesis	107
5.3	Método	107

CAPÍTULO VI RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS

6.1	Análisis cuantitativos	116
6.2	Análisis discursivo e interpretativo	130
6.3	Conclusiones	142
6.4	Limitaciones del estudio	146
6.5	Sugerencias	148

BIBLIOGRAFÍA	149
ANEXOS	156

**“LOS MEJORES DOCTORES DEL
MUNDO SON: EL DOCTOR DIETA,
EL DOCTOR TRANQUILIDAD Y EL
DOCTOR ALEGRÍA”**

JONATHAN SWIFT
(1667-1745)

IDEAS IRRACIONALES EN DIABÉTICOS Y PREDIABÉTICOS Y SU ASOCIACIÓN CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Psicología clínica
Investigación aplicada

Autores:

Velázquez Medrano Gaspar Orzo
Villicaña Hernández María Elena

Director: Lic. Guillermina Rivera Espinosa

Resumen: El presente estudio tuvo como objetivo primordial evaluar los estados cognitivo-emocionales en tres grupos de sujetos con diferentes condiciones de salud física: 1) sujetos diabéticos tipo II, 2) sujetos con anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa (prediabéticos), y 3) sujetos físicamente sanos sin antecedentes clínicos y/o familiares asociados al desarrollo de diabetes involucrando una valoración de sus niveles de irracionalidad y de sus estados emocionales (ansiedad y depresión); así como de una vinculación entre dichos estados emotivos que se puedan asociar con la presencia de patrones ideacionales de carácter irracional, partiendo de la teoría establecida por Albert Ellis (1955) sobre la conformación de ideas irracionales en el ser humano.

Se plantearon dos problemas fundamentales relacionados con: 1) el desarrollo de ideas irracionales en cada una de los grupos establecidos y 2) encontrar la asociación entre la conformación de estas ideas irracionales con el establecimiento de estados emocionales indeseables como la ansiedad y depresión. El estudio fue desarrollado en la Unidad de Medicina Familiar No 28 del IMSS empleándose un diseño *ex post facto* de tipo *exploratorio-comparativo* con un muestreo no probabilístico de tipo intencional. La muestra total (72 sujetos) incluyó a ambos sexos, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a ciertos criterios de inclusión preestablecidos. Se utilizaron 4 instrumentos para la investigación: una entrevista (donde se obtuvieron los criterios de inclusión para cada grupo), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger (1967) en su escala SRX, el Inventario de Depresión de Beck (1961) y el Inventario de Ideas Irracionales de Jones (1968). El análisis de resultados se llevó a cabo por medio de la estadística descriptiva (para detectar índices de irracionalidad y tipo de ideas presentadas), así como un análisis de varianza no paramétrico (prueba Kruskal-Wallis), para detectar diferencias entre niveles de ansiedad y depresión en cada grupo, el coeficiente de correlación por rangos de Spearman se utilizó para encontrar asociaciones entre índices de irracionalidad con niveles de ansiedad y depresión en cada una de las condiciones establecidas.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede observar que en general el grupo de diabéticos presenta los mayores grados de irracionalidad, así como los más altos índices de ansiedad y depresión en comparación con los sujetos prediabéticos y físicamente sanos; mientras que en estos dos últimos grupos los resultados no indican diferencias significativas entre las variables estudiadas que conlleven hacia el establecimiento de dos estados cognitivo-afectivos cualitativamente distintos quedando por establecer más precisamente las mismas diferencias entre los géneros. Se plantea la necesidad de establecer programas de atención psicológica (reestructuración cognoscitiva) en los pacientes diabéticos que favorezcan estrategias para el fomento y conservación de la salud de los afectados promoviendo la calidad de la atención de los mismos que tiendan hacia un mejoramiento integral del paciente.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia humana en distintas épocas y diversas culturas, el hombre ha mostrado siempre una profunda preocupación por desentrañar los diversos procesos y mecanismos que conllevan hacia el desarrollo de las enfermedades ya sean físicas o mentales en el ser humano; dicha preocupación ha sido una constante mantenida a lo largo de los siglos hasta el presente

Particularmente el siglo XX ha sido sumamente prolífico en materia de avances científico-médicos de gran envergadura cuya trascendencia se relaciona directamente con diversos aspectos de su práctica como la prevención, el tratamiento y la eventual curación de una gran cantidad de enfermedades (sobre todo de tipo agudo) lo cual, en principio hizo abrigar fuertes esperanzas en el sentido de que la moderna ciencia médica y los distintos sistemas de salud creados en algunas sociedades proveerían de una capacidad sin precedentes en el manejo y control de la enfermedad, mitigando con ello el sufrimiento que conllevan con el ser humano. Tal perspectiva optimista llevó a depositar la confianza del ejercicio sanitario en la figura única y exclusiva del profesional médico al que, se le acreditó como principal actor responsable para entenderse con dichos problemas

Desgraciadamente para el hombre, apesar de los descubrimientos acaecidos y de sus “modernos sistemas de salud”, en las últimas décadas las expectativas fijadas en el modelo biomédico en inicio prometedoras han visto tristemente opacadas sus metas originales; esto debido fundamentalmente a la cada vez mayor influencia morbilística de un conjunto de padecimientos

específicos considerados como de larga evolución denominados dentro del argot de la medicina como "enfermedades crónicas degenerativas".

Dichos trastornos de salud cuyos agentes etiológicos se encuentran multicondicionados por una gran cantidad de factores, al parecer han encontrado las condiciones óptimas para su desarrollo precisamente en las sociedades más industrializadas regidas por relaciones productivas de consumo y de las que a su vez, han derivado complejas formas de vida social que favorecen la creciente influencia y preocupante expresión morbilística de este tipo de males en el fin de siglo.

De tal suerte, éstos trastornos han repercutido directamente en los objetivos y metas últimas de la práctica médica, la cual establecía: *el lograr (idóneamente) la cura de las enfermedades*, para dar paso al de **lograr un control adecuado para sobrellevar el problema**, es decir, se empieza a conceptualizar que el sujeto debe **aprender a vivir con la enfermedad**, lo cual en la mayoría de los casos implica lograr pervivir pese a ella.

Por lo anterior, no resulta extraño que actualmente enfermedades como la diabetes mellitus se encuentren dentro de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y nacional debido a su cronicidad, la creciente incidencia, así como de la grave y variada morbimortalidad de que suele acompañarse. Los problemas sociales de invalidez ocasionados por la diabetes y su repercusión en los estados psicoafectivos de quienes la padecen justifican la necesidad de investigar, educar y sensibilizar en primera instancia, a los equipos de salud, ampliando el modelo médico con el fin de proponer nuevos tratamientos sobre la manera más conveniente de enfrentar una de las patologías que mayor grado de dificultad suelen representar en cuanto al manejo médico y psicoafectivo debido a los problemas de relación psicosocial que suelen presentar tanto el paciente como su familia para sortear la enfermedad. De tal forma, la acción seminal en la estrategia para la

detección, el control y la repercusión de la diabetes tanto en la esfera física y psicológica debe recaer inevitablemente en los primeros niveles de atención a la salud (Unidades de Medicina Familiar) ya que es precisamente la instancia donde se favorecen las estrategias preventivas para las comunidades ante las enfermedades y su repercusiones

Gracias al trabajo de muchos investigadores en diversas áreas el campo de estudio relacionado con problemas de salud pública ha abierto paulatinamente un ámbito que hasta hace poco tiempo había sido absorbido por la medicina. de tal manera ya no son pocos los trabajos encaminados por profesionales no médicos (antropólogos, sociólogos, psicólogos entre otros) quienes incursionando en la materia han contribuido con sus aportaciones enriqueciendo un campo que necesariamente debe complementarse con los más recientes conocimientos generados por la medicina. trabajo que no resulta sencillo si se toman en cuenta las diferencias de criterio que suelen prevalecer en el campo de la investigación entre diferentes visiones que inciden dentro de un mismo objeto de estudio

Por ello se considera de gran utilidad el desarrollo de trabajos investigativos que tengan por objeto proporcionar un mejor conocimiento de las implicaciones actitudinales-emocionales de los pacientes diabéticos las cuales suelen ser determinantes en el futuro del sujeto que necesariamente se verá obligado a tomar conciencia de su situación si quiere evitarse de problemas mayores en el corto o mediano plazo. Lamentablemente ante las circunstancias que establece una enfermedad como la diabetes mellitus resulta común observar diversas alteraciones emocionales en los pacientes (principalmente ansiedad y depresión) que sólo provocan aceleración en el deterioro orgánico entorpecimiento de las acciones destinadas para el control de la enfermedad y en general una merma en la calidad de vida de las personas que sufren del padecimiento

Por lo anterior, el presente trabajo de tesis tuvo por objetivo primordial resaltar la trascendencia que tiene el pensamiento en el desarrollo de estados afectivo-emotivos indeseables en los individuos que han perdido su salud, acercándose a una mejor comprensión de los estados cognitivo-afectivos que median en el paciente diabético tipo II, así como en los sujetos que por circunstancias genéticas presentan una mayor probabilidad de enfermarse de diabetes (prediabéticos).

El estudio abordó el estado psicoafectivo en dos rubros importantes: *ansiedad y depresión*; así como el destacar su vinculación con ciertos estilos de *pensamiento de tipo irracional*, basándose en los resultados de una investigación empírica que pese a sus limitaciones, aporta elementos que destacan las consecuencias psicoafectivas que puede representar una enfermedad como la diabetes mellitus en diferentes fases de manifestación en los individuos

Finalmente, queremos agradecer la valiosa ayuda brindada para la elaboración del presente trabajo a la licenciada Consuelo Casabal Morales, jefa de la Coordinación del Programa de Salud Mental y Psicología de la División de Medicina Familiar del IMSS en el D.F, lo mismo que al doctor Issam Aziz Elias, jefe de Enseñanza Médica de la Unidad de Medicina Familiar No 28 del IMSS, así como del personal de asistencia médica de la UMF No 28 por su apoyo y facilidades prestadas en la consecución de un trabajo por demás importante para nosotros.

Gaspar Orzo Velázquez Medrano
Maria Elena Villicaña Hernández

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES DE LA DIABETES MELLITUS y DEL ESTADO "PREDIABÉTICO"

1.1 CONCEPTO DE DIABETES MELLITUS.

La diabetes mellitus es un padecimiento de salud cuya irreversibilidad y permanencia en el organismo la definen como una *enfermedad crónica degenerativa*; ésta enfermedad se constituye por dos componentes íntimamente relacionados, uno de tipo metabólico y otro de tipo vascular. El síndrome metabólico está caracterizado por la presencia de **hiperglucemia** (elevación excesiva de la glucosa o azúcar sanguínea), acompañada de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y las proteínas; en cuanto al síndrome vascular, consiste en aterosclerosis inespecífica acelerada (endurecimiento acelerado y prematuro de las arterias) que tiende a producir angiopatías (lesiones en los vasos sanguíneos) afectando principalmente los ojos y los riñones; todo lo anterior es causado por una falta absoluta o relativa de **insulina**, o bien por un mal funcionamiento de la misma (Steinke y Thom 1988).

La insulina es una hormona que regula los niveles de glucosa (azúcar) en el organismo, su producción está supeditada a un conjunto de células especializadas conocidas con el nombre de células "B" o beta ubicadas en los llamados islotes de Langerhans del páncreas.

Comunmente los investigadores señalan que, la expresión diabetes mellitus en sí misma no define a la enfermedad ya que más que referirse a un sólo padecimiento describe un conjunto de enfermedades en la que el común denominador es la presencia de hiperglucemia, por esta razón en la práctica cualquier trastorno que produzca elevación de la glucosa plasmática por encima de las cifras establecidas tiende a catalogarse como diabetes mellitus (Zarate, 1992).

1.2 DIAGNÓSTICO.

Las cifras normales de glucosa en una persona no diabética se establecen en un rango entre 70 y 115 mg por 100 ml después de ayuno de 12 horas, tales cifras se obtienen en una prueba de laboratorio denominada como **glucemia basal**, la prueba consiste en la extracción de una muestra de sangre del paciente para su análisis. En consecuencia si una persona presenta cifras en su glucemia basal iguales o superiores a 140 mg por 100 ml en ayunas por lo menos en una ocasión, el diagnóstico puede establecerse, a este respecto la mayoría de los médicos opinan que una sola glucemia basal bien realizada es suficiente para declarar la enfermedad (Figuerola, 1990).

Otro procedimiento ampliamente utilizado como método de diagnóstico queda conformado por la llamada **curva de glucemia**. El criterio diagnóstico de esta curva se establece al observar el comportamiento metabólico que tiene la glucosa en una persona a través de un periodo de tiempo. La prueba en una persona adulta consiste en administrar 75g de glucosa disuelta en agua por vía oral, en el caso de los niños son administrados por la misma vía 1.75g de glucosa por cada kg. de peso,

para de esta forma (en ambos casos) proceder con las extracciones sanguíneas a los 0, 50, 90 y 120 minutos; si en cuyo caso la muestra presenta glucemia basal inicial con índices inferiores a 140 mg por 100 ml, y pasados 120 minutos en cualquier punto intermedio de la curva se observan cifras iguales o superiores a 200 mg por 100 ml entonces, el diagnóstico se confirma (Figerola, 1990).

En el cuadro 1.1 se pueden comparar los índices glucemicos en una persona normal, en otra limitrofe (pero aceptable) y en una persona con índices altos (de diabetes) al obtener sus valores en ayunas y 2 hrs. después de comer (Lilly, 1994)

N I V E L E S	EN AYUNAS	2 HORAS DESPUÉS DE COMER
Normal	115 mg. por 100 ml.	140 mg por 100 ml.
Acceptable	130 mg. por 100 ml	190 mg. Por 100 ml.
Alto	más de 140 mg por 100 ml.	más de 200 mg por 100 ml

Cuadro 1.1. Diversos niveles de glucosa en personas normales, limitrofes y diabéticas (en ayunas y dos horas después de comer.)

Respecto al cuadro sintomático que generalmente se acompaña con la presencia de la enfermedad se encuentran los siguientes signos y síntomas: polidipsia (muchas sed), poliuria (urinación frecuente), polifagia (muchas hambre), pérdida importante de peso acompañada con deshidratación y cansancio generalizado constante (Anderson, 1990).

Es conveniente mencionar otras vías comunes por las que se puede sospechar (y de hecho se diagnostican cotidianamente) casos de diabetes estipulándose por los siguientes signos y síntomas: pérdida en la capacidad de cicatrización de las heridas, recurrencia de infecciones en

vías urinarias, en algunos trastornos por insuficiencia renal, en casos de retinopatía (pérdida de la capacidad visual), en neuropatías (pérdida de la sensibilidad a la estimulación nerviosa) a nivel periférico o central e incluso en personas que presentan problemas odontológicos se ha encontrado que estos eran promovidos por la presencia de diabetes (Lilly, 1994).

En todo caso las personas que se identifiquen con algunas de las descripciones clínicas anteriores o manifiesten más de uno de los síntomas típicos del padecimiento hacen indispensable la realización de los exámenes correspondientes para confirmar o descartar el diagnóstico (Duncan, 1976).

1.3 UN POCO DE HISTORIA.

Al parecer la diabetes mellitus es tan antigua como el propio hombre, sin embargo la primera señal histórica fue descubierta en el año de 1862 por un antropólogo llamado Georg Ebers quien halló en una tumba de Tebas (en Egipto) un papiro que data aproximadamente del año 1552 a. C. y en cuyo contenido se realiza una descripción médica que se identifica con las manifestaciones clínicas propias de la diabetes; en el documento se describe a "un extraño mal" caracterizado por una excesiva descarga de líquido a través de la orina recomendándose para su tratamiento el uso de extractos de plantas (Figuerola, 1990)

Por otro lado, es muy probable que los médicos chinos hayan descrito más precisamente a la enfermedad 1550 años antes de nuestra Era identificándola como "la enfermedad de la sed" (Aguilar, 1990)

También en el Oriente, los médicos hindúes mencionan en sus tratados médicos la existencia de unos enfermos que sufren de sed, adelgazan rápidamente, pierden peso y fuerza emitiendo una “orina que atrae a las hormigas”, estos libros datan del año 600 a. C.

No será, sino hasta el siglo I a.C. que el médico turco Areteo de Capadocia describió más claramente a la enfermedad y le dió el nombre de diabetes que significa algo así como “correr a través”. Areteo caracterizó la enfermedad expresando que: “ las carnes se derriten junto con los miembros en chorros de orina” recomendando como tratamiento que el paciente bebiera vino (Lifshitz e Islas, 1993).

Galeno por su parte en el siglo II d.C. interpretó que la diabetes era producida por la incapacidad del riñón para retener el agua, y tal idea, en cierto modo errónea persistió durante 15 siglos, ya que hasta el siglo XVI puede decirse que la medicina, mezcla por aquel entonces entre filosofía y algunas pocas observaciones clínicas, progresó muy poco (Barquin, 1979).

La diabetología experimental comenzó con Von Hohenheim (conocido también con el nombre de Paracelso) quien al rededor de 1520 evaporó la orina de los diabéticos y descubrió un residuo salino, interpretando entonces que la diabetes era causada por una enfermedad que afecta al riñón, el cual provocaría una extracción excesiva de “sal” al organismo por la orina. No obstante estas apreciaciones no será sino hasta 1650, que el gran médico inglés Thomas Willis comprobó que esta “sal” era en realidad de sabor dulce, esto lo descubrió gracias a que probó directamente la orina de sus pacientes diabéticos, razón por la que Cullen en 1747 añadió al nombre de diabetes el calificativo de “mellitus” (miel) por la similitud de los enjambres de abejas al rededor de los panales y de las hormigas al rededor de la orina de los diabéticos (Aguilar, 1990) Unos años antes, en 1686 el médico Richard Morton resaltó la presencia de diabetes entre familiares consanguíneos, haciendo notar el carácter hereditario de la enfermedad.

En 1775 el médico Mathew Dobson identificó que el sabor dulce de la orina típico de los diabéticos era debido a la presencia de azúcar, comprobándolo igualmente en el plasma de los enfermos. Es notable resaltar que Rollo en 1796 habló de catarata diabética e hizo hincapié en el papel fundamental que tiene la dieta para el tratamiento de los pacientes.

En 1877 Lancereaux diferenció dos formas básicas de diabetes: una aguda, con adelgazamiento y otra crónica, con obesidad, como se tendrá oportunidad de ver esta forma de clasificar a la diabetes hoy día cuenta aún con cierto valor clínico y terapéutico (ver clasificación, página 9).

Los grandes avances en fisiología acontecidos en el siglo XIX remueven una gran cantidad de conceptos en medicina que se mantenían desde la época romana (Barquin, 1970). Es entonces que se pone en entredicho al riñón como principal responsable de la afección. En 1848 los experimentos realizados por Claude Bernard demostraron el contenido elevado de azúcar en la sangre reconociendo a la hiperglucemia como signo cardinal de la enfermedad, pero consideró que esto se debía a una deficiencia en el hígado (Figuerola, 1990). Hasta fines del siglo XIX el páncreas seguía siendo un gran desconocido desde el punto de vista fisiológico. En diversos experimentos mal elaborados donde se practicaba la pancreatomecía (extirpación quirúrgica del páncreas) en perros se llegó a la conclusión de que este órgano no era necesario para la vida. Tiempo adelante se comprobó su importancia como órgano de la digestión, pero nada se sabía acerca de su secreción interna.

En 1869 el investigador alemán Paul Langerhans (aún siendo estudiante) descubrió unas agrupaciones de células en forma de "pequeñas islas" independientes de la estructura de la glándula pancreática cuya naturaleza y función según sus propias palabras "no fue capaz de explicar" (Figuerola, 1990). Tal descubrimiento originó que el médico Laguesse en 1893 atribuyera a estas formaciones la responsabilidad de la producción hormonal del páncreas y fue entonces que las

bautizó como islotes de Langerhans, nombre que actualmente conservan en honor al descubridor original.

Para 1889 Von Mering y Minkowski demostraron que el páncreas también era un órgano de secreción interna, esto lo observaron al realizarle la pancreatocotomía a un perro provocándole un estado diabético; en este momento surge la prueba evidente que en el páncreas existe una sustancia capaz de controlar los niveles de glucosa, fue entonces que los islotes de Langerhans llamaron poderosamente la atención de los investigadores descubriéndose tres tipos de células en el páncreas 1) A o alfa, 2) B o beta y 3) C o delta, todas ellas con características funcionales diferentes. Posteriormente se descubre una hormona que es segregada por las células beta cuya importancia es trascendente para la regulación glucémica, sin embargo, era necesario aislarla químicamente para continuar con las investigaciones. El médico alemán De Meyer en 1909 sugirió el nombre de insulina para la hormona descubierta.

En 1921 los investigadores Banting y Best extrajeron la primera fracción de insulina de potencia consistente, la cual se utilizó casi de inmediato en el tratamiento de un niño diabético de 4 años con buenos resultados (Lifshitz e Islas, 1993). Hagedorn en 1939 introdujo la primera insulina de acción prolongada y la estructura química de la insulina obtenida del buey fue determinada por Frederick Sanger en 1953; Nicol y Smith descubrieron la estructura química de la insulina humana en 1960.

En otras líneas de investigación Janbon y Loubatiers a principios de los 40s originaron las primeras sulfamidas como sustancias reductoras de los índices glucémicos culminando en 1951 con la obtención de los primeros hipoglucemiantes orales (píldoras antidiabéticas) en los laboratorios alemanes. A partir de 1955 estos hipoglucemiantes se desarrollaron ampliamente en los Estados Unidos (Steinke y Thom, 1988).

De este modo con el descubrimiento y síntesis de la insulina humana así como con el desarrollo de hipoglucemiantes orales se lograría cambiar abruptamente el pronóstico de los pacientes diabéticos permitiendo con ello la posibilidad de lograr una vida plena y confortable para millones de personas en todo el mundo.

1.4 CLASIFICACIÓN.

Como consecuencia de la investigación clínica y epidemiológica se ha logrado un consenso en cuanto a los criterios diagnósticos de los diferentes tipos de diabetes mellitus. En 1979 el *Grupo de Expertos del Comité de Diabetes Mellitus de la Organización Mundial de la Salud* aceptó la propuesta de diferentes asociaciones internacionales reunidas por el *Grupo Nacional para el Estudio de la Diabetes de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos*. Se acordó que la diabetes es un síndrome que presenta diferentes facetas, pero en las que el común denominador es la hiperglucemia, en la mayoría de los casos, la causa es poco conocida, de tal modo que la clasificación actual se fundamenta más en criterios epidemiológicos y fisiopatológicos que en los etiológicos, por tal razón es posible que surgan modificaciones en la medida que se conozca mejor la etiopatogenia de la enfermedad (Zarate, 1992).

En el cuadro 1.2 se observa la clasificación propuesta y establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año de 1985.

Cuadro 1.2 Clasificación de la diabetes mellitus
Comité de Expertos de la OMS

A. Clases clínicas

Diabetes mellitus

1. Diabetes dependiente de insulina (conocida como tipo I)

2. Diabetes mellitus no dependiente de insulina (conocida como tipo II)

- Obeso

- No obeso

3. Diabetes mellitus relacionada con mal nutrición

- Diabetes pancreática fibrocalcárea

- Diabetes relacionada con desnutrición proteica

4. Diabetes asociada con otras situaciones o síndromes

- Enfermedad pancreática

- Enfermedad de etiología hormonal

- Inducida por sustancias o fármacos

- Anormalidades de la molécula de insulina o sus receptores

- Ciertos síndromes genéticos: síndrome de Cushing y acromegalia

- Misceláneas

Así mismo en esta clasificación se establecieron criterios descriptivos para otros grupos que presentan factores asociados con el desarrollo de diabetes a los que se les ha denominado como **grupos de alto riesgo** (cuadro 1.3).

Cuadro 1.3 Grupo con factores predisponentes asociados con diabetes mellitus OMS, 1985.

B. Clase limitrofe.

1. Anormalidad de la tolerancia a la glucosa (ATG)

- Obeso
- No obeso
- Diabetes mellitus gestacional (DMG)
- Asociada con otras situaciones o síndromes

C. Clases con riesgo estadístico (CRE)*

2. *Anormalidad previa de la tolerancia a la glucosa*

- Cuadros de diabetes mellitus pasajeras o anomalías de la tolerancia a la glucosa previa. sin alteración bioquímica presente.

3. *Anormalidad potencial de la tolerancia a la glucosa.*

- Pacientes con historia familiar de diabetes, problemas obstétricos, miembros de grupos étnicos con alta prevalencia de diabetes mellitus, obesos y anticuerpos a islotes de Langerhans positivos.

* sujetos con tolerancia a la glucosa normal, pero con mayor riesgo que la gente común de presentar diabetes

En seguida se mencionan las principales características nosológicas de los grupos contemplados para el presente trabajo: **diabetes tipo II y clases de riesgo estadístico.**

1.5 DIABETES TIPO II.

La diabetes no dependiente de insulina, conocida también como del adulto o tipo II se caracteriza porque estadísticamente se presenta al rededor de los 40 años, con un máximo de frecuencia aproximado a los 60 años, aunque no es excepcional su prevalencia en adultos jóvenes menores de 35 años. El comienzo de la enfermedad suele ser insidioso, y el tiempo que transcurre entre el inicio real y el diagnóstico puede ser muy dilatado, incluso de varios años. tal fenómeno puede deberse a las muy escasas o nulas manifestaciones clínicas (Kilo y Williamson, 1991). En la diabetes tipo II la secreción de insulina nunca será tan baja como en la tipo I, aunque según ciertas condiciones como la falta de control o la evolución propia del padecimiento pueden llegar a agotar totalmente la reserva de insulina haciéndose necesaria la dependencia a la insulina vía exógena por medio de inyección (Steinke y Thom, 1988), aunque en general la insulina de un diabético tipo II puede ser ligeramente reducida, en otros casos puede ser normal e incluso superior a la normalidad. con relación a esto Kissebah (1991) apunta que más recientemente las investigaciones han descubierto que el problema básico de la mayoría de los diabéticos tipo II no es tanto la falta de insulina, sino la resistencia de los tejidos del organismo a ella, fenómeno denominado como **insulinorresistencia.**

A diferencia de la diabetes tipo I, los pacientes tipo II generalmente no requerirán la administración de insulina diaria como forma de control (salvo en los casos donde la insulina se haya ausentado totalmente). Los factores asociados más comunes con diabetes tipo II obedecen a elementos de tipo hereditario y ambientales; estadísticamente se ha estimado que en las culturas

occidentales de un 60 a 70 % de las personas diabéticas tipo II son obesas o presentan sobrepeso al momento del diagnóstico y que la tasa de prevalencia en estas sociedades es *ligeramente mayor en la mujer* (OMS, 1994).

1.6 CLASES DE RIESGO ESTADÍSTICO (ESTADO *PREDIABÉTICO*).

Conceptualmente hablando la “prediabetes” sería el periodo comprendido entre la unión del óvulo y espermatozoide y la manifestación clínica de la diabetes, es decir, el momento en que puede ser diagnosticada la enfermedad según los criterios prevalecientes, no sin dejar de lado, las recomendaciones de los grupos de expertos que ahora más que de prediabéticos hablan de individuos o poblaciones con alto riesgo para desarrollar la diabetes (Lifshitz, 1995)

El Grupo Nacional de Datos sobre Diabetes (GNDD) de E.U. propuso en 1979 abandonar el término “prediabetes” con el cual se solía designar a los sujetos que presentaban factores de riesgo asociado con esta patología. Fue entonces que se acordó modificar esta designación particularmente a la luz de las sanciones psicosociales y económicas en las que erróneamente caerían estas personas al ser etiquetadas y estigmatizadas como tales. De tal modo, los individuos que en anteriores clasificaciones eran identificados como “prediabéticos” cambiaron su denominación bajo los conceptos de “anormalidad previa de la tolerancia a la glucosa” y “anormalidad potencial de la tolerancia a la glucosa” (ver clasificación del cuadro 1.3). Esta propuesta fue ampliamente aceptada por los especialistas y por el Comité de la OMS, ubicándose desde entonces en las denominadas *clases de riesgo estadístico* (Lifshitz, e Islas, 1993)

Zarate (1992) apunta que la intolerancia previa a la glucosa ha sido probablemente el marcador metabólico más utilizado y el que más se aproxima como factor de riesgo para desarrollar

diabetes tipo II, aunque existen otros indicadores más; como efecto didáctico conviene distinguir entre sujetos con *intolerancia previa*, *intolerancia potencial* y *diabetes no diagnosticada*.

Sujetos con anomalía previa de la tolerancia a la glucosa. Se agrupan bajo este concepto todos aquellos sujetos que han mostrado alteraciones en su curva de glucemia en determinadas situaciones (después de un infarto al miocardio o algún traumatismo, cuando se estaba embarazada, al tomar algunos medicamentos a base de estrógenos o cortisona) pero que, una vez resuelta la situación muestran tolerancia a la glucosa dentro de la norma.

Sujetos con anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa. Son personas que no tienen ni han tenido alteraciones en su curva de glucemia, aunque, por determinados motivos presentan mayor riesgo a desarrollar diabetes que la mayoría de la población. Figuerola (1990) menciona los principales factores de riesgo asociados con diabetes tipo II entre los que se destacan: 1) tener un gemelo o pariente directo con diabetes tipo II, 2) haber dado a luz hijos con más de 4 kg. de peso, 3) ser obeso y 4) pertenecer a ciertos grupos étnicos con alta incidencia de diabetes tipo II; mientras que Lifshitz (1995) añade a los factores anteriores: 1) resistencia a la insulina en su acción sobre el metabolismo muscular, 2) hipertensión esencial y 3) aterosclerosis prematura.

Diabetes no diagnosticada. Constituye la etapa en cuya fase ya existen indicios que permiten identificar la enfermedad, pero que debido a factores como: la falta de contacto del paciente con el sistema de salud, quizá por ser asintomático, por la falta de atencencia y perspicacia del médico, o simplemente por indolencia y resistencias del paciente, favorecen el que no se lleve a cabo el diagnóstico, promoviendo el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones. En relación a esto hay que apuntar que muchos diabéticos no saben que tienen la enfermedad. (Secretaría de Salud, 1993)

Finalmente hay que dejar en claro que tanto la anomalía previa como la anomalía potencial de la glucosa presentan situaciones de riesgo importantes para desarrollar diabetes, pero en absoluto se establecen como una forma clínica de ésta. (Figuerola, 1990).

1.7 ETIOLOGÍA.

Dada la heterogeneidad del síndrome diabético, se han propuesto diferentes teorías que intentan explicar el origen del proceso, que por su parte continúa revistiendo acalorados debates; sin embargo, han sido tres las principales causas que más se asocian como agentes etiológicos: 1) la acción de virus, 2) el establecimiento de procesos de autoinmunidad y 3) la susceptibilidad genética

1) Virus y diabetes. Actualmente existe evidencia experimental que demuestra la capacidad de ciertos virus de provocar diabetes en animales de laboratorio. En seres humanos se ha confirmado que algunos casos aparecen después de infecciones virales (Moncada, 1984). Otros investigadores como Kilo y Williamson (1991) citan que al parecer los médicos diagnostican más casos de esta enfermedad (sobre todo de diabetes tipo I) en otoño e invierno que en cualquier otro periodo del año, tal tendencia a llevado a suponer a los investigadores que la destrucción de células beta puede ser causada por diversas infecciones virales promovidas por las condiciones climáticas de las estaciones citadas.

2) Inmunidad y diabetes. El principio básico de esta teoría establece que los individuos presentan una respuesta inmune atípica al proceso de una infección viral, resultando con ello, que los anticuerpos del organismo por mecanismos aún no bien definidos destruyen las células beta del páncreas. Tal fenómeno se ha observado más cabalmente en la génesis etiológica de la diabetes tipo I; no ha sido igualmente determinado para la diabetes tipo II (Raboudi et al, 1989).

3) Genética y diabetes. Después de diversos estudios realizados en familias, se ha especulado con un alto grado de probabilidad que la diabetes (sobre todo la tipo II) es compatible con una herencia autosómica recesiva. Jurgen Steinke y George W. Thom (1988) han mencionado que la probabilidad de desarrollar diabetes tipo II es altamente significativa en la descendencia de dos padres diabéticos (40 % vs 25 % de otros casos); Permutt (1990) lo mismo que Lifshitz (1995) han destacado que la participación de factores genéticos en la diabetes tipo II es incuestionable, aunque no ha sido posible determinar precisamente el gen o genes responsables de tal susceptibilidad.

Otro asunto que resulta poco preciso en la etiología de la diabetes es el que se refiere al papel que tiene la *hipertensión arterial* ya fuere como factor promotor o como consecuencia del padecimiento ya que muy frecuentemente la diabetes coexiste con hipertensión, con referencia a esto, se ha estimado que la hipertensión es dos veces más común en diabéticos (sobre todo del tipo II) que en personas no diabéticas, contribuyendo con ello a una mayor morbimortalidad de la enfermedad (Lerman, 1994)

En lo que toca al aspecto ambiental, se ha estipulado que las personas que muestran predisposición a la diabetes aumentan sus probabilidades de adquirirla por: 1) los malos hábitos alimenticios, 2) la obesidad y 3) la falta de actividad física (Kilo y Williamson, 1991)

Finalmente, en la actualidad ha tenido por revalorarse el papel que juega el estrés psicosocial ya sea como elemento asociado precipitante de la manifestación de la enfermedad o bien como un factor perjudicial en el control de un paciente con la enfermedad declarada (Stern, 1994) Lerman (1994) señala que el origen del síndrome diabético reviste un carácter multiforme donde se involucran aspectos congénitos que se pueden ver favorecidos por factores ambientales nocivos presumiblemente asociados con el estrés y el estilo de vida de las personas. En los casos referidos a sujetos que muestran factores importantes de riesgo a la diabetes una aparición repentina de la misma se asocia con periodos de estrés emocional que alteran el equilibrio homeostático de un paciente predispuesto. Kaplan y Sadock's (1994, b) han destacado el carácter psicossomático de la enfermedad mencionando que según las observaciones clínicas, los factores psicológicos que parecen ser significativos para la manifestación de la enfermedad son los que provocan sentimientos de **frustración, soledad y abatimiento**. Surwit, Feinglos y Scovern (1983) han destacado las dos suposiciones generales que caracterizan al paradigma psicossomático. Primero las variables

psicosociales (como la personalidad) se consideran que están causalmente relacionados tanto al principio de la enfermedad o de las fluctuaciones en el curso de una enfermedad establecida. Segundo, se supone que las intervenciones psicológicas para el manejo de la enfermedad, tales como la psicoterapia, debieran ser diseñadas para cambiar antecedentes psicosociales hipotetizados como negativos o perjudiciales para el paciente. Así la discusión racional para el tratamiento y la intervención psicológica depende de la demostración de que las variables psicosociales estén causalmente relacionadas a molestias de la enfermedad y las intervenciones se limiten a aquellos casos en los cuales se puede detectar una conexión causal.

Por otro lado Stern (1991) ha llevado a cabo estudios que apoyan la tesis de la influencia de factores estresantes de tipo ansiógeno como fuentes activadoras de la enfermedad subrayando que en la actualidad hay que tomar en cuenta la trascendencia de los factores emocionales como elementos preventivos primarios en personas con predisposición, sobre todo en sujetos predispuestos a diabetes tipo II (Stern, 1991). Sobre el mismo tema, hay que señalar que como quiera que sea la causalidad psicogénica en la diabetes mellitus no ha podido ser demostrada y que las investigaciones necesariamente retrospectivas, han fallado en proveer un adecuado apoyo empírico para esta (Lifshitz, 1996). Lo cierto es que, hasta ahora hace falta un modelo conceptual que delimite el mecanismo por el cual los conflictos psicológicos puedan convertirse en anormalidades endocrinas que subyacen a la diabetes. El concepto de "estado prediabético" el cual ve a la diabetes mellitus como una predisposición genética latente que puede ser inducida ambientalmente, aún no demuestra el mecanismo a través del cual la "prediabetes" pueda derivar en una diabetes abierta como resultado de conflictos emocionales (Surwit et al, 1983).

Sobre lo anterior, en todo caso, no hay que olvidar los datos de la OMS en el sentido de que entre un 25 y 35 % de las personas predispuestas o con antecedentes a diabetes tipo II llegan a desarrollar la enfermedad antes de los 50 años (Zarate, 1992).

Con lo referente al estrés como factor promotor en la descompensación de un paciente diagnosticado como diabético, es muy común observar el hecho de que un gran número de enfermos alteran sus índices glucémicos (sobre todo elevándolos) ante situaciones de estrés, esto se observará más claramente en el capítulo 3 del presente trabajo

Sin lugar a dudas, se indica la problemática actual que reviste para la ciencia médica el establecer una etiología precisa para la diabetes mellitus, sobre todo en sus modalidades clínicas más comunes (tipos I y II), no obstante, se presume y, en según el caso, se estipula la intrusión de factores internos predisponentes de tipo genético (sobre todo en diabetes tipo II) los cuales se combinan con los de tipo externo o ambientales, ambos interrelacionados de manera íntima y compleja, lo cual, en la mayoría de las veces, no ha sido bien determinado por los investigadores

1.8 FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS.

Como se ha visto en el concepto, el principal problema fisiológico que enfrenta un diabético se establece por un déficit insulínico con una serie de desajustes metabólicos que lo acompañan y que son trascendentes para el organismo. En seguida por razones de espacio sólo se mencionan los más importantes

La mayoría de los alimentos en cantidades y proporciones adecuadas nos aportan los nutrientes necesarios para vivir, la fuente primaria de energía se encuentra representada por la glucosa contenida en casi toda forma de alimento que contenga carbono, hidrógeno y oxígeno (glúcidos). Los alimentos al ser desdoblados por el aparato digestivo son asimilados o desechados por el organismo, la asimilación se realiza a través de los intestinos para de ahí pasar al torrente

sanguíneo y formar parte del plasma, distribuyendo de esta forma los nutrientes a todas las células del cuerpo y realizar una serie de complicados procesos metabólicos indispensables para la vida.

En lo que toca a la insulina, ésta indica a las células del organismo cuándo deben permitir que la glucosa contenida en el plasma sanguíneo penetre al interior celular por medio de sus receptores (localizados en las membranas que las recubren) y así nutrirse para producir energía. De esta manera, la insulina para explicarlo de manera analógica, realiza el papel de una especie de "llave" que abre hacia el interior de las células suministrando el combustible necesario para producir energía (Krall y Beaser, 1992).

En una persona no diabética la glucosa entra en las células del organismo para quemarse como energía y, por lo tanto, el nivel glucomico se mantiene constante en el plasma sanguíneo, otra parte se almacena en el hígado como elemento de reserva para casos de emergencia. En las personas diabéticas este mecanismo no funciona y en consecuencia el organismo no desdobra adecuadamente los nutrientes; a su vez, las cantidades de glucosa se acumulan en la sangre en lugar de quemarse como energía en el interior de las células propiciando de esta manera un estado de hiperglucemia. La hiperglucemia puede llegar a un cierto punto perjudicioso que hace que el organismo reaccione eliminando el excedente de azúcar por medio del riñón (glucosuria) el cual se acompaña de una gran cantidad de agua y sales minerales (poliuria). Consecuentemente se genera una deshidratación orgánica produciendo una necesidad imperiosa por beber grandes cantidades de agua (polidipsia) y dado el estado de desnutrición celular se genera un estado de hambre constante (polifagia).

Por otra parte la grasa en demasía, usualmente derivada de alimentos como mantequilla, queso o frituras, también queda almacenada en la sangre y no se metaboliza adecuadamente, además la proteína derivada de las carnes se convierte en azúcar en lugar de producir músculos y reemplazar a los tejidos dañados. A la larga, este elevado nivel de azúcar puede lesionar los ojos, el riñón, el

corazón, los nervios y otras partes vitales (Anderson, 1990). Cabe mencionar que, en la vida de todo paciente diabético (independientemente del tipo que se trate) dos situaciones vienen a representar motivo de vigilancia constante por las complicaciones que ocasionan, estos dos elementos son: la **hiperglucemia y la hipoglucemia**.

Como se ha mencionado, la hiperglucemia se establece a partir de que los índices glucémicos se elevan por encima de la norma, las causas más comunes que favorecen la presencia de hiperglucemia son: no seguir con las indicaciones del médico (principalmente lo que se refiere a la dieta), algunas enfermedades o el estrés emocional; entre los síntomas más comunes con las que se puede identificar el estado hiperglucémico se pueden mencionar: vértigo, sudoración, falta de visión, poliuria, somnolencia, resequedad y picazón en la piel, polifagia, polidipsia, presencia de infecciones y lesiones o heridas que tardan en sanar (Lilly, 1994).

La hipoglucemia se presenta cuando los índices glucémicos se establecen aproximadamente por debajo de 70 mg por 100 ml; la presencia de signos y síntomas pueden variar según cada persona ya que hay quienes manifiestan síntomas a los 65 mg por 100 ml, otros a menos de 60 mg por 100 ml, e incluso hay quienes con 50 mg no presentan síntomas; las causas más comunes que originan esta descompensación son: administrarse dosis excesivas de medicamentos antidiabéticos, omitir alguna comida o hacer comidas a horas indebidas y realizar más actividad física de lo indicado. Los signos y síntomas indicadores de hipoglucemia son: ansiedad, hambre, mareo, debilidad, cansancio, irritabilidad, temblor, dolor de cabeza y pulso acelerado (Lilly, 1994) La hipoglucemia puede sucederle a cualquier persona que utilice insulina o hipoglucemiantes orales, siendo más común su presencia y recurrencia en sujetos dependientes de insulina ya sea tipo I o tipo II, a diferencia de los signos y síntomas que se presentan en la hiperglucemia, con la hipoglucemia los indicadores pueden ser físicos y emocionales, por ej. ansiedad e irritabilidad, además de que éstos suelen presentarse de forma más repentina que los signos y síntomas de la hiperglucemia.

Ahora bien, tanto la hiperglucemia como la hipoglucemia pueden respectivamente producir cetoacidosis (que de no atenderse a tiempo llevan a un coma diabético) o reacción insulínica (con daño cerebral por muerte neuronal), ambas complicaciones pueden producir lesiones irreversibles en órganos vitales y eventualmente la muerte del paciente (Moncada, 1984). Sólo como datos indicadores se sabe que aproximadamente un 50 % de las amputaciones de miembro inferior se asocian con diabetes, un 25 % de los casos de insuficiencia renal o nefropatía son producto directo de esta enfermedad y es la principal causa de ceguera parcial o total por catarata diabética (Zarate, 1992); otros datos indican que de un 20 a 30 % de los diabéticos sufren al cabo de más de 10 años de padecer la enfermedad daños a las válvulas mitrales y diferentes problemas cardíacos (Lerman, 1994); las neuropatías diabéticas son una complicación común, eventualmente incapacitante y que responde lentamente al tratamiento. Se puede presentar en cualquier etapa del padecimiento sobre todo si no se controla adecuadamente afectando con mayor frecuencia a los nervios periféricos o a cualquier otra porción del sistema nervioso, por lo tanto tiene una variedad casi ilimitada de manifestaciones como cefalalgia intensa y parálisis ocular, pueden producir insensibilidad al dolor y a la sensibilidad general de las extremidades inferiores (pie indoloro) y en otros casos dolor en las articulaciones y los huesos (Duncan, 1976); en los varones puede existir impotencia sexual por incapacidad de erección si no existe un adecuado control (Leyva et al, 1996), las retinopatías diabéticas (problemas de visión) se pueden manifestar, en grados variables, en más del 90 % de los pacientes diabéticos, después de veinte años de diabetes clínica (Steinke y Thorn, 1988).

1.9 TRATAMIENTO.

Una vez establecido el diagnóstico de diabetes mellitus, el tratamiento reviste un carácter definitivo, para toda la vida. La enfermedad hasta ahora resulta incurable para la ciencia médica, sin

embargo, resulta altamente susceptible de controlarse, para lo cual se debe establecer todo un plan de tratamiento que deberá implementarse de inmediato. Zarate, Espinosa y Miranda (1988) señalan las metas que conforman el plan general de tratamiento enumerándolo en cinco puntos:

- 1) Corrección de anomalías metabólicas mediante la implementación de una dieta baja en carbohidratos. En estos pacientes la reducción de peso y la administración de una dieta baja en azúcares y calorías permite controlar la hiperglucemia en la mayoría de los diabéticos tipo II. Los objetivos de la dieta son: a) controlar la hiperglucemia, b) aportar los nutrientes necesarios, c) prevenir el desarrollo de aterosclerosis y d) mantener el peso ideal.
- 2) Toma de hipoglucemiantes orales o administración de insulina según sea el caso. En casos en los que se administran medicamentos (sobre todo insulina) hay que evitar hipoglucemias constantes o agudas, por lo que es recomendable que el sujeto y sus familiares identifiquen los signos y síntomas propios para actuar de inmediato. Es por ello que la mejor protección que se tiene contra una hipoglucemia consiste en no descuidar el plan general de tratamiento.
- 3) Chequeo periódico de los niveles de glucosa mediante glucemia basal ya sea en un laboratorio, o aprender a realizarlo en casa, adquiriendo un medidor con tiras reactivas para pruebas de glucemia.
- 4) Realización de ejercicio físico mediante un programa bien establecido, esto ayuda a mantener el peso adecuado, hace que la insulina trabaje mejor y coadyuva al bienestar psicológico.
- 5) El aspecto educativo resulta ser sumamente relevante para evitar eventuales complicaciones, en este sentido se ha observado que la mayor parte de las personas diagnosticadas saben muy poco sobre la diabetes, a lo que se hace primordial conocerla para afrontarla de la mejor manera posible.

Es importante mencionar que no todos los pacientes diabéticos presentarán un mismo grado de control en lo que respecta a su tratamiento médico ya que intervienen una serie de variables que deben tomarse en consideración; Zarate et al (1988) destacan las siguientes:

- 1) Cuando el tipo de diabetes por características propias representa una mayor dificultad en el control de un paciente con relación a otro, como en el caso de la diabetes tipo I que requiere forzosamente de la administración de insulina para controlarse, amén de todos los puntos mencionados; no es así en la tipo II; salvo en los casos donde el paciente no cumpla con su tratamiento o el mal haya evolucionado hasta convertirse en insulino dependiente
- 2) Cuando el diagnóstico no se realiza oportunamente favoreciendo con ello el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones.
- 3) En los casos en los que el paciente por negligencia o indolencia propias de él , o de su familia, descuiden el control del tratamiento.
- 4) La incapacidad de afrontar el estrés que implica un cambio en el estilo de vida, o de hacer frente al estrés propio de cada día, el cual comenzará a jugar un papel importante en la vida del paciente

Los puntos 3 y 4 se encuentran íntimamente relacionados, y se expresan comúnmente dentro de la literatura como los “aspectos psicosociales del diabético” (ver apartado 3.3)

Finalmente hay que mencionar que los actuales progresos en el campo médico pueden dotar al paciente de una vida plena y productiva, aduciendo que un diabético bien controlado puede tener un promedio de vida así como una calidad de la misma casi normal, sólo que el paciente debe adherirse puntualmente a las metas que conforman el plan de tratamiento, además de la influencia de factores que intervienen en el tratamiento médico (Steinke y Thom, 1988)

En cuanto a un tratamiento preventivo para personas con riesgo potencial a diabetes Lifshitz (1995) menciona que pudiera parecer prematuro proponer (considerando el estado de las investigaciones) un tratamiento para estas personas, pero dado que se trata de una condición ciertamente dañina, al menos es necesario analizar los recursos terapéuticos disponibles. Los lineamientos para una prevención primaria de la diabetes tipo II se encuentran aún en forma de planteamientos teóricos incompletos. Si se admitiera que el defecto primario se encuentra en una

sensibilidad tisular a la insulina y que varias de las características típicas de los sujetos con riesgo son consecuencias de esta resistencia a la acción normal, el "tratamiento" tendría que dirigirse a lograr un mejor provecho de la glucosa mediante diversos medicamentos, la reducción de peso en los obesos y la actividad física los cuales tienen indudablemente un efecto benéfico legitimando la conducta adoptada desde hace muchos años de intentar prevenir la diabetes mediante dieta y ejercicio (Gale y Bingley, 1994); de tal modo el tratamiento preventivo podría dirigirse al control de los hábitos de vida de las personas con mayor riesgo (Lifshitz, 1995).

De esta manera, se puede resumir que la historia natural de la diabetes mellitus no dependiente de insulina tiende a ser replanteada. Partiendo de las premisas de predisposición genética y de factores ambientales que favorecen o impiden su expresión fenotípica, el avance en el conocimiento tanto de la patogenia como de los diversos factores de riesgo permite considerar el inicio de la enfermedad mucho tiempo antes de que se lleven los requisitos del criterio diagnóstico convencional prevaeciente, de modo que se pueda actuar en consecuencia con mayor oportunidad.

En todo caso la magnitud epidemiológica que ha alcanzado la diabetes requiere de estrategias que reduzcan su incidencia y no sólo que prolonguen la enfermedad. La ilusión de la prevención primaria tiene que centrarse por ahora en el manejo de factores de riesgo, particularmente en los estilos de vida, y acaso en el asesoramiento genético (Lifshitz, 1995).

1.10 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS.

Para hablar de epidemiología de la diabetes mellitus es necesario conocer qué significa y en qué medida la epidemiología puede apoyar en el conocimiento de una enfermedad en particular.

La epidemiología es la ciencia que estudia la ocurrencia y distribución de las enfermedades. Como tal, permite conocer la magnitud de un padecimiento a la vez que identificar y establecer mecanismos que permitan modificar la historia natural de aquél (Lifshifz e Islas, 1993).

Al establecer la magnitud de una enfermedad se debe de contar con las cuatro medidas de ocurrencia principales: la **tasa de incidencia**, la **tasa de incidencia acumulada**, la **prevalencia** y la **mortalidad**. Las dos primeras medidas evalúan el desenvolvimiento de un padecimiento. La tasa de incidencia mide la velocidad con la que la enfermedad se transita y, al igual que toda velocidad, tiene como dimensión el tiempo; la incidencia acumulada mide el riesgo de cambiar de estado de salud a enfermo; la prevalencia es una medida instantánea que evalúa la proporción de individuos enfermos en una población o comunidad; y, la mortalidad indica el número de muertes que ocasiona una determinada enfermedad durante un período de tiempo (Escobedo, 1993).

Incidencia. En este siglo la incidencia de la diabetes mellitus (sobre todo en los últimos 30 años) ha aumentado progresivamente, en alguna medida este incremento se debe a dos factores fundamentales: 1) el incremento de la población a nivel mundial y 2) el envejecimiento de la misma, ya que se ha observado que la incidencia aumenta conforme se incrementa la edad (Vázquez y Escobedo, 1990). En general la incidencia de la diabetes mellitus es difícil de establecer, en primera instancia porque el criterio diagnóstico en muchas ocasiones ha sido variable y poco preciso, además dicho indicador también es modificado por factores étnicos, económicos y ambientales, e incluso el tipo de diabetes cambia en su incidencia según las variables. En Estados Unidos se han realizado estudios epidemiológicos que muestran que hay grupos étnicos (como el de los indios pima) con alta incidencia de diabetes tipo II (40 %) y en la que es excepcional encontrar la tipo I, se piensa que la población mestiza de nuestro país tiene características fenotípicas semejantes a los de esta tribu (Zarate, 1992)

Datos indicadores señalan que hasta el año de 1993 se había estimado que existían unos 250 millones de diabéticos en el mundo los cuales demandaban servicios de todos tipos (OMS, 1994). En México se ha establecido que aproximadamente un 10 % de la población y hasta un 12 % en el norte del país padece diabetes mellitus de los cuales más de 80 % son tipo II, un 60 % está diagnosticado, y un 40 % no sabe que la padece (Secretaría de Salud, 1993). Datos pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), indican que tanto la mortalidad como los egresos hospitalarios por diabetes mellitus se incrementaron en las últimas décadas en la población amparada por tal institución, la cual cubre a cerca del 40 % de la población mexicana (Vázquez y Escobedo, 1990). Otras cifras pertenecientes al mismo instituto indican que en 1994 se registraron un total de 4, 278, 562 diabéticos en todo el país ocupando el segundo lugar a nivel nacional como enfermedad con mayor incidencia, sólo por debajo de la hipertensión arterial (IMSS, 1994), en este mismo año el IMSS captó un total de 625, 563 diabéticos en el D F conformándose como la segunda enfermedad con mayor incidencia en la capital del país (IMSS, 1994). Para 1995 la diabetes se confirmó como la segunda enfermedad en materia de demanda en el primer nivel de atención (unidades de medicina familiar) del IMSS ubicándose en el mismo período como segunda causa de muerte a nivel de atención hospitalaria (IMSS, 1995).

Prevalencia. El incremento en la incidencia de la diabetes que se observa en algunos países junto a la sobrevida que resulta del mejoramiento en el manejo médico de los pacientes, condicionan en forma conjunta un incremento en la prevalencia de la enfermedad.

En estudios poblacionales de cinco continentes se pudo observar que la prevalencia es tan baja como cero en países africanos como Togo y Papúa en Nueva Guinea, y, de hasta un 39 % en

las mujeres indias pima de E.U. La población micronesia de las islas Nurú tienen una prevalencia alta, 25 % en hombres y 24 % en mujeres (Escobedo, 1993).

Escobedo de la Peña (1993) cita estudios donde se estimó la prevalencia de diabetes a nivel internacional en forma diferencial por edad, grupo étnico y medio social; queda claro que la enfermedad tiende a ser más frecuente en grupos de edad que van de los 60 a los 65 años, en quienes viven en medio urbano, y en algunos grupos étnicos como son los asiáticos en Inglaterra y los hispanos y negros en Estados Unidos. En México los más recientes estudios indican que la prevalencia en adultos de todas las edades es de 8 a 10 %, uno de cada seis individuos mayores de 50 años tienen diabetes, con cierta predominancia del sexo femenino (OMS, 1994). Preocupa también la elevada prevalencia de la enfermedad (5 %) en individuos relativamente jóvenes (35 a. 45 años) por lo que es muy probable que en un futuro en el mediano plazo (para comienzos del año 2000) se pueda llegar a sobrepasar el 12 % (Dickinson, 1996).

Finalmente cabe mencionar que en lo que respecta a las personas con riesgo potencial a la diabetes se ha estimado que entre un 25 y 30 % de ellos llegan a desarrollarla y de estos entre un 40 y 50 % lo manifiestan antes de los 50 años (Zarate, 1992).

Mortalidad. En México la diabetes mellitus se ubicó por primera vez dentro de las 10 primeras causas de mortalidad en 1978, y para el grupo de edad de 55 a 64 años es la primera causa de mortalidad en los años 80s quedando por valorarlo en los 90s (Vázquez y Escobedo, 1990) La mortalidad es un indicador indirecto de la incidencia de la enfermedad y de acuerdo con estudios realizados por el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha encontrado que la incidencia y mortalidad de diabetes mellitus va en ascenso continuo. En un informe realizado por Vázquez y Escobedo (1990) sobre análisis de mortalidad por diabetes durante un periodo de 8 años (1979-1987) se observó que la proporción de muertes por diabetes se ha incrementado progresivamente en todo el

país, así mismo se encontró que el índice de mortalidad es mayor en mujeres por arriba de los 60 años y en los hombres la tasa se ubicó por debajo de los 55 años encontrándose que la tendencia ha sido ascendente en todos los grupos de edad salvo en la que va de los 35 a los 39 años.

1.11 IMPACTO ECONÓMICO DE LA DIABETES MELLITUS.

La diabetes mellitus es un problema de salud importante en los servicios médicos por razones de su incidencia, prevalencia y mortalidad crecientes, pero además, por las repercusiones de orden económico. Los costos directos de la atención al diabético por concepto de detección, diagnóstico y tratamiento en los sectores de salud a nivel institucional son muy altos. En lo que respecta a los servicios de medicina familiar del IMSS en 1982 se otorgaron 687, 624 consultas relacionadas con diabetes mellitus, ocho años después, en 1990, prácticamente se triplicó el número (Fajardo, 1992)

En los cuadros 1.4 y 1.5 se dan a conocer los costos unitarios y los costos totales de la atención de la diabetes en el año de 1990.

Cuadro 1.4. Número de servicios médicos proporcionados
en relación con la diabetes mellitus 1990

SERVICIOS	NÚMERO
Detecciones	4, 166, 763
Consultas de medicina familiar	1, 910, 425
Consultas de medicina especializada	240, 848
Egresos hospitalarios	43, 474
Días de estancia	299, 651
Promedio de días de estancia por egreso.	6, 84

Cuadro 1.5 Costos unitarios de los servicios médicos proporcionados en relación con la diabetes mellitus, durante 1990.

SERVICIOS	COSTO UNITARIO EN PESOS	COSTO UNITARIO EN DÓLAR
Detección	1, 250	0, 42
Consultas de medicina familiar	35, 000	11, 66
Consultas de medicina especializada	43, 000	14, 33
Día paciente	250, 000	83, 33
Paciente egreso	1, 722, 500	574, 16

Los costos totales por atención al paciente diabético alcanzaron en el año de 1990 la espectacular cifra de \$ 157, 342, 542, 750 pesos, o sea 52, 477, 512 dólares norteamericanos; 47 % correspondió a los servicios de hospitalización. En ese año se estimó que diariamente se erogaban en aspectos de detección, diagnóstico y tratamiento (costos directos) un total de \$ 431, 075, 545 pesos, o sea, unos 14. 369. 181 dólares norteamericanos, obviamente con el curso de la crisis de 1994 y la consecuente devaluación de la moneda todas las cifras anteriores se incrementaron a niveles insospechados alcanzando cifras quizás poco imaginables tan sólo en costos de atención primaria y secundaria, quedando aún por considerar los costos indirectos en materia de incapacidad laboral, producción de bienes y servicios, gastos de transporte y tiempo de espera de los pacientes, entre otros (Fajardo, 1990).

CAPÍTULO II

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

2.1 LAS ALTERACIONES EMOCIONALES.

Uno de los aspectos que mayor polémica han suscitado a lo largo de la historia de la medicina (especialmente en los últimos 100 años para la especialidad psiquiátrica) es el de establecer de manera clara y libre de ambigüedades una etiología y nosología para los denominados "Trastornos y/o enfermedades mentales-emocionales"

Las alteraciones mentales y/o emocionales comparten con las enfermedades comunes uno de los axiomas fundamentales de la medicina, el cual establece "si se quiere lograr un buen tratamiento es necesario descubrir las causas del mal" (Nares, 1992) Pero, es precisamente ahí donde se acaban las similitudes. la investigación etiológica de las alteraciones psíquicas y el sistema nervioso central suele ser bastante más complejo y obedecer a muchos más factores patogénicos que un padecimiento pulmonar o digestivo. Ciertamente, que este campo ha representado avances significativos en cuanto a las descripciones y clasificaciones clínicas, las cuales son objeto de una revisión continua tendientes a su mejoramiento en relación a sus niveles de precisión diagnóstica. Sobra decir la enorme diferencia que hay entre las primeras clasificaciones elaboradas por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-

1926) y las más recientes publicaciones que ofrecen tanto la Organización Mundial de la Salud (CIE 10) como la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV), proporcionando elementos importantes en el terreno de la identificación diagnóstica de un gran número de trastornos y enfermedades mentales, incluidos los desajustes emocionales (Nuñez, 1985).

Refiriéndose a la etiología de los trastornos citados, esta se ubica como uno de los mayores retos para las ciencias de la salud (medicina, psicología y sociología); la medicina se ha pertrechado en el modelo biológico para explicar el origen de los desajustes emocionales (Price, 1981); la psicología ha contribuido con diferentes modelos teóricos como el psicoanalítico, el conductual, el modelo cognitivo, y la fusión de estos dos últimos (enfoque cognitivo-conductual) los cuales presentan diferentes visiones en cuanto a la manera de entender y atender los desajustes emocionales (aún cuando no son los únicos); finalmente el componente social integra su visión sobre los análisis y valoraciones que se llevan a cabo en cuanto al impacto que las condiciones generadas por las sociedades de hoy pueden ejercer sobre diferentes problemas de salud pública (McKeown, 1985). Hay que destacar que en las últimas décadas la psicología y la sociología se han unificado en cuanto a sus contribuciones, conformando lo que se ha dado por denominar como los **factores psicosociales de la salud**.

Actualmente, después de muchos años de investigación científica (e igual proporción de disputas) por parte de las diferentes visiones y posturas, se ha podido llegar a ciertas conclusiones consensuales, considerando que el origen etiológico de los trastornos mentales y desajustes emocionales se encuentran condicionados por una amplia gama de factores tanto de orden biológicos, como psicológicos y sociales (y no sólo por uno de ellos), los cuales regularmente se conjugan en grados variables para dar por resultado una alteración emocional y/o mental. Estos factores se han dividido en dos tipos generales básicos: **factores predisponentes** y **factores desencadenantes**, los que a su vez contienen una serie de subfactores más específicos (Nares, 1992).

Dentro de los factores predisponentes se pueden mencionar los siguientes: a) el elemento genético ha cobrado una fuerte relevancia etiológica ya que se ha observado el carácter hereditario de ciertos rasgos de la personalidad, así como de algunos trastornos de la misma (esquizofrenia y depresión endógena) que en determinados casos debe tenerse en consideración como un antecedente importante para la elicitación del desajuste emocional; b) los problemas congénitos y perinatales también pueden influir en alguna medida en distintas alteraciones mentales; c) la constitución de la personalidad cuenta como elemento indispensable para la exploración ya que es muy posible su participación predispositiva en un individuo para alteraciones específicas. Con relación a este punto, cabe mencionar que es imposible catalogarlos y señalar de manera absoluta que tal o cual característica sea un indicio inequívoco de algún trastorno en especial; pero, sí deben observarse los distintos grados de integración de la personalidad de un individuo y su capacidad para interrelacionarse en diferentes ámbitos tanto de orden personal como familiar, de trabajo y comunal, puesto que estos sirven como indicadores que pueden determinar la existencia de ciertos desajustes de la personalidad promotoras para el trastorno emocional, por lo tanto, es necesario abordarlos y d) la presencia de ciertas descompensaciones en el metabolismo químico-cerebral que induzca la presencia de factores emocionales adversos.

Los puntos mencionados corresponden a una serie de eventos constitucionales del individuo que pueden predisponerlo a ser víctima de una alteración nerviosa o psicoemocional, sin embargo, estos factores por lo general no se bastan por sí solos para desencadenar alguna manifestación psíquica de carácter patológico; para ello, es necesario tomar en consideración los factores desencadenadores entre los que se encuentran: a) la presencia o posible presencia de una pérdida ya sea moral o material, lo cual implica la privación o posible privación de lo que se posee; b) otro evento que puede conducir a actitudes negativas en un individuo constitucionalmente predispuesto es la frustración, que se define como la no consecución de un deseo o meta establecida; c) un tercer tipo

de tensión queda representado por la presencia de un **conflicto** el cual se conforma cuando un individuo se ve enfrentado a elegir entre distintas alternativas, que se manifiestan como adversas para la persona, regularmente esto ocasiona verdaderos dilemas que resultan difíciles de resolver de manera apropiada y que por lo tanto, tienden a descompensar el equilibrio emocional; d) un cuarto elemento que muy frecuentemente involucra a los tres factores antes mencionados se expresa por los **factores físicos tensionantes** como las enfermedades, sobre todo aquellas que se consideran de "larga evolución" o de tipo crónico, y e) finalmente se mencionan cada vez con mayor insistencia los **factores psicosociales** que repercuten en el ámbito biológico de un sujeto como es el caso de la llamada tensión nerviosa o "estrés" típico que ha impuesto la vida de hoy, y al cual se somete la mayoría de la gente en todas las sociedades.

Como se puede observar no es posible basar un diagnóstico emocional en un sólo elemento, el área psicoafectiva obliga al profesional de la salud a realizar historias clínicas amplias y profundas, tomar en consideración una variedad de influencias etiológicas, y formular hipótesis que le permitan al mismo tiempo superar los aspectos sintomáticos y profundos de la enfermedad (Nares, 1992)

Con respecto a la polémica nosológica, la discusión se ha centrado en determinar si existe autonomía o dependencia en los trastornos afectivos. El tema se inscribe en la discusión de dos posturas antagónicas, entre los partidarios de un continuo en dichos trastornos (hipótesis unitaria) y los defensores a ultranza de una tajante y definitiva separación categorial entre este tipo de males (Ayuso, 1988).

Actualmente los investigadores realizan intentos por unificar ambos criterios, aunque definitivamente todavía existan muchas lagunas en cuanto al conocimiento e integración teórica que resultan altamente complicados (Nares, 1992). En este sentido las observaciones realizadas por los investigadores en principio han partido de la división que actualmente se da en el campo de la

medicina al categorizar las patologías en dos tipos fundamentales básicos; **enfermedades agudas y enfermedades crónicas*** (Schraml, 1975).

En lo referente a enfermedades agudas (como son las infectocontagiosas) se encuentran las de tipo gastrointestinal y de vías respiratorias como las más comunes. Este tipo de enfermedad tradicionalmente ha sido del tipo ideal para la descripción entre dos estados opuestos conocidos como "sano" y "enfermo" ya que se considera que estas se tienen o no se tienen (Harrison, 1988). En contraste con lo anterior, en los trastornos de la salud crónica hay casi siempre una sutil gradación por la que desde el "estado de salud" se pasa por ligeros trastornos de la misma, hasta llegar al cuadro de la enfermedad grave. En estos casos este continuo no se desarrolla sobre una línea que valla de lo "sano" a lo "enfermo", sino que se distiende entre los polos "leve", "elevado", "peligroso o nocivo" y "grave", esto se ha observado con mayor precisión en las enfermedades de lento desarrollo y, aunque también es factible observarlo en las enfermedades agudas, en aquellas donde el gradiente puede resultar tan imperceptible o ambiguo toda conclusión ante una descripción categórica que sea única y absoluta resulta muchas veces ilusoria. Tal es el caso de los trastornos emocionales y afectivos en el ser humano, los que al parecer combinan periodos evolutivos largos con etapas agudas donde precisamente la manifestación se hace más evidente (Schraml, 1975).

Como muestra a lo anterior basta citar el caso de la ansiedad, la cual tiende a expresarse como una respuesta natural del ser humano ante un evento determinado, dicha respuesta se puede considerar como "normal" en ciertas condiciones o situaciones, no obstante tal estado puede evolucionar en diferentes grados hasta llegar a convertirse en un agente nocivo o peligroso para el individuo. Son precisamente estas diferencias mostradas (en cuanto a la expresión gradiente de

* Más recientemente los investigadores de la salud han dado por identificar a un tercer grupo de enfermedades denominándolas como iatrogenas, sin embargo, este grupo de males (los cuales son ocasionados por las diversas reacciones negativas del organismo ante los diversos grupos de medicamentos empleados como tratamiento médico) parten por principio de la acción que se establece al intentar contrarrestar un padecimiento agudo o crónico y no como un elemento independiente de acción patológica.

manifestación) lo que ha sido objeto de las más acaloradas disputas en el terreno de la descripción nosológica en lo que a este tipo de trastornos se refiere.

Otra diferencia fundamental que distingue a las enfermedades agudas de las crónicas es que en los trastornos de salud crónica, los factores etiopatogénicos no se pueden establecer de forma directa, como sí puede ser el caso de un agente viral o bacteriano específico para identificar un padecimiento agudo.

Por lo anterior, resulta difícil enmarcar a los padecimientos emocionales bajo estos principios ya sea como eventos de larga evolución o como desajustes repentinos; ya que más precisamente combinan ambas circunstancias en proporciones y magnitudes diferentes (Kaplan y Sadock's, 1994).

Con lo que respecta a los trastornos que nos ocupan en el presente trabajo (ansiedad y depresión) Vallejo y Gastó (1990) lo mismo que Ayuso (1988) mencionan que en la práctica médica es evidente que tanto la ansiedad como la depresión se perfilan como dos síndromes de alta frecuencia, los cuales a menudo, se presentan solapados y coincidentes (de manera mixta) en distintos grados ofreciendo puntos de confluencia en cuanto a su etiopatogenia, sus manifestaciones clínicas y en algunos aspectos terapéuticos.

La OMS (1994) ha mencionado que tanto la ansiedad como la depresión se han constituido en dos de los trastornos psicológicos de mayor incidencia a nivel mundial, estimando en cálculos conservadores y poco precisos que aproximadamente de 3 a 7 % y 4 a 8 % de la población (respectivamente) tiene o han tenido una alteración que bien podría clasificarse como de ansiedad o depresiva, entre las que al parecer los trastornos fóbicos y de pánico, así como los obsesivos presentan en el caso de la ansiedad los tipos más comunes de manifestación; mientras que, en la depresión, el episodio depresivo mayor se ha incrementado a cifras nunca antes descritas en la historia de la medicina moderna. De estos dos factores, la ansiedad parece no tener un grado particular y eventualmente se puede presentar en cualquier momento o etapa de la vida, mientras que

la depresión suele presentarse con mayor frecuencia entre los niños y los adultos mayores de 60 años, aunque hoy también es común encontrar su manifestación en jóvenes y adultos menores a los 40 años (OMS, 1994).

Enseguida se describen las principales características de ambos trastornos en lo que se refiere a su etiología y su actual nosología, describiendo muy someramente como los han enfocado diferentes perspectivas psicológicas así como desde el punto de vista médico, aunque como ya se ha visto, estos trastornos están determinados multifactorialmente.

2.2 ANSIEDAD.

La ansiedad específicamente hablando es una emoción o afecto, pero además también se trata de un mecanismo biológico regulador básico, como pueden serlo el hambre o la sed (Tyrer, 1982). Este mecanismo generalmente se presenta como una señal de peligro ante cualquier eventualidad que amenace la integridad física o psicológica de un individuo o, que sea interpretada por dicho sujeto como tal amenaza (Vallejo, 1985).

Siguiendo con el concepto, Davidoff (1990) cita la definición que goza de mayor popularidad entre los especialistas estadounidenses describiendo a la ansiedad como una emoción caracterizada por sentimientos de anticipación de peligro, tensión y angustia, y por tendencias a evitar o escaparse de ciertas situaciones de carácter ansiógeno; destaca que el miedo comporta expresiones semejantes pero no equiparables con la ansiedad (obsérvese el gradiente que comienza a manejarse y del que se habló en el apartado 2.1). En el caso del miedo, el objeto causal está claramente definido o es más fácilmente de detectar, mientras que en la ansiedad dicho objeto no resulta tan claro; otra diferencia se relaciona con la intensidad, la cual en el miedo regularmente es

proporcional al peligro, mientras que en la ansiedad la intensidad es mayor al posible peligro objetivo (si es que se conoce).

Ayuso (1988) denota que es prudente y atinado hacer una diferenciación entre los conceptos de ansiedad y angustia señalando que tanto la angustia como la ansiedad son conceptos difícilmente diferenciables y que más bien se trata de matices de la misma expresión en distintos grados. La angustia tiende a ser más física, más inmovilizante y más sobrecogedora. La ansiedad es más psíquica, siendo vivenciada con inquietud y sobresalto. En las clasificaciones propuestas para la ansiedad se observa que en general se tiende a hacer una diferenciación entre ambos términos.

La ansiedad vista desde un punto de vista ontológico evolutivo es una reacción adaptativa de urgencia ante los peligros inmediatos que al parecer han sido producto de otro mecanismo subyacente más básico, el miedo, que sería una reacción adaptativa, permitiendo de esta forma al organismo aumentar sus posibilidades de supervivencia, a través de conductas de lucha o de huida (Klein et al, 1984).

Es así que la ansiedad consiste en una **respuesta de amplio espectro** que involucra tanto a factores de orden biológico como vivenciales, cognitivos y conductuales, los cuales se activan ante una señal de peligro constituyéndose en un estado de alerta. No obstante, además de describir un estado emocional caracterizado en ciertas situaciones como natural, el término ansiedad sirve también para referirse a los síntomas típicos de esa índole establecidos por: preocupación psíquica o somática, sudoración, aceleración del ritmo cardíaco y resequedad de la boca, que suelen presentarse típicamente en multitud de entidades psiquiátricas, psicológicas, así como en síndromes específicos caracterizados por el predominio de dichos síntomas.

La ansiedad es la emoción más universalmente expresada por el ser humano que ha sido objeto de especial atención por parte de psicólogos y psiquiatras, se trata de una emoción difícil de enmarcar debido a su complejidad, además de tratarse de una experiencia altamente desagradable de

carácter difuso que puede conllevar a serias repercusiones tanto psíquicas como orgánicas en un individuo (Ayuso, 1988).

De tal forma, por lo hasta ahora visto, la ansiedad puede ser adaptativa o no, benéfica o nociva, esto según la magnitud y el tipo de respuesta del organismo el cual puede reaccionar abruptamente, o en períodos largos de tiempo; en este sentido los estudios pioneros de esta materia realizados por Hans Selye y Walter Cannon en las décadas de los años 30s y 40s demostraron el carácter altamente negativo que puede tener la ansiedad como un estado crónico en el organismo humano estableciéndose que los episodios persistentes de ansiedad son altamente nocivos para las personas, disponiéndose actualmente de una gran cantidad de datos e investigaciones que demuestran el desarrollo de enfermedades físicas vinculadas al impacto de situaciones ansiógenas, este ha sido precisamente el objeto de estudio de la llamada medicina psicosomática (De la Fuente, 1986)

2.3 BASES FISIOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD.

Al analizar las bases fisiológicas de la ansiedad, se debe establecer una diferencia entre las reacciones agudas (inmediatas) y las crónicas (demoradas y persistentes), en ambos casos aunque el sustrato biológico es en principio básicamente el mismo, sus características nocivas en función del tiempo de reacción hacen una diferencia cualitativa fundamental (Davidoff, 1990)

En la ansiedad aguda la secuencia de la tensión comienza con un "mensaje" de peligro proveniente del entorno, el cual es procesado en el sistema nervioso central. La formación reticular, una red de células nerviosas en el tallo cerebral avisan a la corteza de la presencia de información sensorial importante, la corteza cerebral desempeña un trabajo de valoración cognitiva que tiene por objeto la identificación, evaluación y toma de decisiones con respecto a la información sensorial y la conducta subsecuente, es por tal razón que a menudo las personas se sienten sin control cuando están

ansiosas. Como puede advertirse, los procesos y pensamientos generados en la corteza están relativamente bajo el control del individuo, teniendo por lo tanto una función importante en la génesis, desaparición o mantenimiento de la ansiedad, de ahí la importancia del componente psicológico como parte activa dentro del proceso genético de la ansiedad. Al procesar la información referente al peligro o amenaza, la corteza se comunica con el hipotálamo quien trabaja conjuntamente con otras regiones del sistema límbico incluyendo la amígdala y el séptum regulando emociones y motivos; sin embargo, el hipotálamo es central. Se piensa que uno de los mensajeros químicos del hipotálamo llamado **factor liberador de corticotropina (FLC)**, realiza una función esencial en la mediación e integración de respuestas endocrinas, viscerales (órganos internos) y conductuales ante la tensión, a través de la estimulación del **sistema nervioso autónomo (SNA)**, la corteza, la glándula pituitaria y los órganos corporales de tal manera, dependiendo de la magnitud con que sea valorada una situación ansiógena ésta puede repercutir afectando el SNA (Vale Spless, Rivier, C y Rivier, J, 1981). El SNA consiste en nervios que van desde la médula espinal y el cerebro a los músculos lisos de los órganos internos: glándulas, corazón y vasos sanguíneos, este sistema actúa de manera automática sin decisión deliberada de parte de la persona, por tal motivo durante la ansiedad los individuos suelen experimentar estados de excitación interna como aceleración del ritmo cardíaco, aceleración del pulso, tensión muscular, transpiración y temblor; estas manifestaciones reciben el nombre de reacciones autónomas porque están reguladas por el SNA. Por su parte el SNA se subdivide en dos ramas que se encargan de mantener el equilibrio interno adecuado: el **sistema parasimpático** (más activo cuando el individuo se encuentra en estado de relativa calma) ayuda a controlar procesos como el sueño y la digestión; mientras que el **simpático** asume el dominio de la situación si surgen emergencias, movilizandolos recursos necesarios para entrar en acción: se detiene la digestión, la respiración se hace más profunda para captar más oxígeno, aumenta la energía para hacer frente al evento dirigiendo la sangre (transportadora de oxígeno y nutrientes) hacia el cerebro y

los músculos para darles mayor fuerza, finalmente la sangre se prepara para coagular con rapidez ante las posibles heridas que se presenten. En esta forma, si se requiere de una acción rápida, por ejemplo, huir o pelear, la respuesta de ansiedad incrementa en segundos todas estas funciones aumentando las posibilidades de salir adelante ante la emergencia (Vale et al, 1981). Pero además, el FLC afecta a la glándula pituitaria, la cual libera dos hormonas conocidas como ACTH (adenocorticotróficas) y beta-endorfina. Esta última tiene la función de disminuir las percepciones al dolor; la ACTH viaja a las glándulas adrenales, localizadas en la parte superior de los riñones activando a su vez la acción de las hormonas adrenalínicas, entre ellas, adrenalina (epinefrina) y noradrenalina (norepinefrina), estas hormonas estimulan muchas de las respuestas de preparación ante las emergencias que el sistema nervioso simpático ya se encargó previamente de estimular. Las hormonas ACTH y las adrenales desempeñan funciones adicionales para acelerar el pensamiento y para prolongar los recuerdos del evento angustiante; además, tiene un efecto general supresor sobre el sistema inmunológico (Maier y Laudenslager, 1985). Las hormonas adrenales son segregadas de manera continua mientras el cuerpo permanece alerta y activo hasta que pase la crisis o sobrevenga el cansancio.

La ansiedad crónica como su nombre lo sugiere, es la prolongación de un estado de ansiedad en el que el (los) agente (s) de tensión ansiógena actúan por largos periodos de tiempo causando un estado de tensión emocional importante en un individuo, dicho estado puede provocar que las actividades corporales disminuyan en su ritmo habitual, pueden incluso detenerse por completo. En tales condiciones si el agente de tensión prosigue, la víctima extenuada se vera con grandes dificultades para enfrentar la situación. Durante este período de agotamiento, los individuos generalmente desarrollan problemas psicológicos, cambios en su actividad somática y el desarrollo de enfermedades físicas (Davidoff, 1990), éste último punto generalmente es el producto de una

disminución que acusan las defensas del organismo (sistema inmunológico) haciéndolo más susceptible a la acción de un gran número de agentes patológicos oportunistas (Ader, 1987)

Tanto Davidoff (1990) como Ader (1987) consideran que las respuestas autónomas y hormonales originadas por un estado de ansiedad crónica a veces no sólo son inútiles sino dañinas, así pues, los médicos e investigadores apenas empiezan a comprender algunos de los mecanismos por medio de los cuales la tensión contribuye a la enfermedad. El término de enfermedad psicósomática refiere los trastornos que resultan de las respuestas corporales (somáticas) de un individuo ante la tensión, la cual es una condición mediada por factores psicológicos (De la Fuente, 1986)

Finalmente la ansiedad presenta algunas manifestaciones de carácter conductual que se observan y hacen suponer la presencia de un estado de tensión: inquietud motora. La persona ansiosa está inquieta, no logra mantenerse en la misma posición largo tiempo, se frota las manos, muerde sus uñas o labios y en ocasiones presenta tics o movimientos estereotipados, se vuelve hiperalerta aunque también es posible que permanezca rígida e inmóvil y con incapacidad para hablar. Es factible que la persona presente verborrea o irritabilidad que se manifiesta por una reducción de la tolerancia a los estímulos (Fernández y Orduña, 1995)

También es muy común la excesiva dependencia, buscando seguridad y comprensión en otras personas (Ayuso, 1988)

El factor psicológico como elemento activo en la génesis de una gran cantidad de desordenes psicoafectivos y emocionales ha merecido la atención de un gran número de investigadores a lo largo del presente siglo en la historia de la psicología clínica. Por tal motivo se han establecido diferentes modelos para la explicación del desajuste emocional de parte de diversas tendencias psicológicas que se mencionan más adelante (apartado 2.5)

En lo que respecta al modelo médico o biológico, éste centra sus hipótesis fundamentales en la implicación de componentes orgánicos y funcionales para la presencia de los desajustes

emocionales como la ansiedad o la depresión (Price, 1981). En seguida se hace una breve referencia de la postura del modelo médico en la génesis de la ansiedad.

2.4 MODELO MÉDICO SOBRE EL ORIGEN DE LA ANSIEDAD.

Muchos profesionales de la salud adoptan el modelo médico para explicar el comportamiento “anormal” así como los desajustes emocionales. Un primer modelo considera que las perturbaciones de índole emotivo se deben a condiciones médicas específicas para las cuales, antes o después se hallarán causas biológicas.

Un segundo tipo de modelo médico es más flexible, asume que los desordenes citados sólo se parecen de manera parcial a las dolencias físicas, y que quizás tengan una causa psicológica. Ambos modelos parten de las siguientes suposiciones:

- 1) Las perturbaciones psicológicas se asemejan a las enfermedades, consisten en agrupamientos de síntomas que son distintos en lo cualitativo a la conducta normal. Además se piensa que cada clase de problema tiene un motivo específico, relacionado directamente por un agente físico, aunque también pueden ser ocasionados por un conflicto o un traumatismo psicológico.
- 2) El “experto” debe identificar, tratar y curar las causas subyacentes mediante la administración de fármacos específicos.
- 3) Se contempla al paciente, en lo esencial, como un recipiente pasivo de la terapia. Su responsabilidad principal es seguir las indicaciones del “experto” (Davidoff, 1990).

Para el caso de la ansiedad, el modelo médico hace recaer el peso etiopatogénico en la difusión de las estructuras nerviosas reguladoras de la actividad, Vallejo y Díez (1990) manifiestan que la ansiedad como trastorno patológico se relaciona con un aumento del metabolismo central de noradrenalina que se traduce en un impacto del metabolismo del sujeto

Flores y Hernández (1996) citan a los siguientes autores quienes relacionan ciertos desordenes bioquímicos con estados de ansiedad no adaptativa: Pitts y Mc Cure (1967) indican que la

causa de crisis de ansiedad se establece por un descenso de calcio ionizado sérico, ya que la administración de carbonato de calcio junto con el lactato, reduce la gravedad de la crisis, así como su duración; otros mecanismos (citados por Carr y Sheeman, 1984; Bas y Gardner, 1988) son la alteración de los quimiorreceptores respiratorios, o la alteración del locus coeruleus (Redman, 1979) y alteración de los receptores adrenérgicos (Chamey y col. 1978).

Otra causa generadora de ansiedad se refiere al hecho de que en ocasiones determinadas estructuras orgánicas son las que al enfermar generan ansiedad (trastornos tiroideos, feocromocitoma, etc.). Dentro del contexto general del cuadro clínico de las enfermedades crónicas estas pueden repercutir en el plano afectivo. En este orden de ideas conviene destacar que básicamente, todos los pacientes con enfermedades físicas presentan componentes emocionales asociados, especialmente en el caso de afecciones invalidantes, graves o crónicas (Ayuso, 1988).

Por lo que toca al tratamiento médico, se han implementado una extensa variedad de medicamentos y sustancias inhibitoras de los neurotransmisores derivados de la monoamino-oxidasa (MAO) como las benzodiacepinas (ansiolíticos) y una gran variedad de hipnóticos los cuales son prescritos cotidianamente por los médicos.

2.5 PRINCIPALES MODELOS PSICOLÓGICOS SOBRE EL ORIGEN DE LA ANSIEDAD.

Perspectiva psicoanalítica. Sigmund Freud (1856 - 1939) creador del modelo psicoanalítico consideraba que los trastornos relacionados con la ansiedad están mediados por conflictos que surgen durante las primeras etapas de la vida mediante un proceso que impele hacia la represión de los instintos o pulsiones gobernadas por el ID (el cual conforma el principio del placer), tales instintos liberan una lucha antagónica con el EGO (quien gobierna al principio de la realidad) y con el

SUPEREGO (encargado de sintetizar los ideales y las reglas éticas-morales que rigen en la vida del individuo). Excluidas de la parte consciente, estos conflictos generados por las distintas estructuras psicodinámicas al no resolverse adecuadamente pasan a un plano inconsciente donde se alojan aguardando hasta que en un determinado momento se hacen manifiestas.

Ya que las dificultades permanecen inconscientes, estas no podrán explorarse de manera común y apropiada. Sin embargo, las personas tienen una conciencia vaga de sus problemas anteriores y se sienten frustradas o ansiosas, es entonces que hacen acto de presencia diversas reacciones neuróticas en el individuo.

Para enfrentar las situaciones indeseables, el sujeto utiliza maniobras protectoras autoengañosas a las que Freud llamó "mecanismos de defensa" (represión, racionalización, regresión, sublimación, etc.). Según Freud, las personas emplean estos mecanismos cuando están ansiosas y les permiten falsificar y distorsionar lo que de otro modo sería doloroso (Freud, 1986). Cuando estos mecanismos no funcionan la ansiedad tiende a generalizarse y escaparse del control del individuo.

Freud definió nosológicamente la "neurosis de ansiedad" desprendiéndola de un concepto más amplio, la "neurastenia", la que elevó a la categoría de síndrome (Freud, 1986).

Su interpretación inicial sobre el origen de la ansiedad fue de índole fisiogena, ya que consideró la angustia como un producto directo de la libido (ID) o a impulsos sexuales insuficientemente satisfechos a través de una actividad sexual normal.

En 1926, en su libro "Inhibición, síntoma y angustia", establece su propuesta definitiva en la que, a diferencia de la anterior, no es la represión del impulso lo que conduce a una situación ansiogena. La ansiedad según la reorientación freudiana representa una señal de alarma que surge ante un estímulo pulsional, generado por impulsos agresivos o sexuales inaceptables.

Otras situaciones son consideradas por Freud como causas de la angustia traumática: separación de la figura matema, y sobre todo, el nacimiento, aunque no los eleva a la categoría nuclear única de la formación de las neurosis.

De esta nueva posición, la ansiedad es concebida como un proceso más psicológico, como una señal que aparece ante peligros y amenazas los cuales son centrales en el conflicto psíquico y el surgimiento de las defensas psicológicas.

Perspectiva conductual. Como se puede observar, en el psicoanálisis las metas centrales (hacer consciente el conflicto y reorganizar la personalidad) no varían de una persona a otra.

En la terapia conductual (o del aprendizaje) el clínico y el cliente deciden juntos las metas del cambio: conductas específicas y ciertas situaciones. El paciente debe aprender respuestas favorables adaptativas y desaprender las no adaptativas. De esta forma, la acción es más importante para la terapia conductual que el análisis y la deducción del problema (Davidoff, 1990).

Para la perspectiva conductual, el origen de la ansiedad no está condicionado por elementos internos o instintivos, sino por una serie de elementos aprendidos condicionados por el medio ambiente. Esta primera aproximación fue formulada por Watson y Rayner (1920) quienes basados en los principios del condicionamiento clásico de Iván Pavlov identificaron a la ansiedad como una respuesta condicionada (RC) provocada por estímulos condicionados (EC) que en el pasado estuvieron asociados o apareados en el tiempo y en el espacio con hechos o estímulos traumáticos incondicionados (EI).

Eysenck (1959) afirma que los síntomas neuróticos (entre ellos la ansiedad) son patrones aprendidos de conducta por medio de procesos de condicionamiento clásico de la misma naturaleza que los que generan la conducta normal.

Ulman y Krasner (1965) plantean que el mantenimiento de la conducta patológica se debe a una reacción neurótica entre un evento desagradable o negativo, el cual produce un esfuerzo inmediato tendiente a reducir transitoriamente la ansiedad.

Los terapeutas conductuales usan el reforzamiento positivo de manera intencional para motivar la conducta deseable mediante procedimientos de condicionamiento a fin de provocar progresivamente el cambio esperado.

Perspectiva cognitiva. Las teorías cognitivas de la ansiedad y en general de los desajustes emocionales enfatizan la importancia de los mecanismos cognitivos en la etiopatogenia de este tipo de males.

Para Lazarus y Averill (1972) la ansiedad es una emoción basada en la valoración del temor, que vincula elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos, y son precisamente los mecanismos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta emocional, los que distinguen la ansiedad de otras emociones. Epstein (1972) conceptualiza a la ansiedad como un estado desagradable de excitación difusa, que sigue a la percepción de amenaza y que establece tres condiciones básicas para la promoción de estados ansiógenos: 1) hiperestimulación primaria; 2) incongruencia cognitiva y 3) respuesta desajustada.

Perspectiva cognitivo-conductual. En los últimos años, los terapeutas conductuales han hecho hincapié en las observaciones y aportaciones realizadas por los psicólogos cognitivos sobre la influencia del pensamiento en la forma en que las personas se sienten y actúan. De tal manera, los investigadores como Kendall, Meichenbaum, Mahoney, Beck y Ellis (entre otros) intentan incidir en los procesos de pensamiento para modificar sentimientos y conductas a través de una influencia sobre los patrones ideacionales de un paciente (Rimm y Masters, 1984).

La concepción básica de un psicólogo cognitivo-conductual parte del hecho de que la conducta, la emoción y el pensamiento no constituyen entidades separadas, sino que todas ellas intervienen y se interrelacionan mutuamente en grado variable. Así pues el ser humano funciona integralmente como un sólo organismo que actúa, piensa y se emociona. Cuando la gente cambia en cualquiera de estas tres modalidades, se generan cambios concomitantes en las dos restantes (De San Miguel, 1992).

Con relación a lo anterior Albert Ellis (1985) presenta como hipótesis fundamental que el pensamiento por sí mismo es capaz de alterar los sentimientos y las conductas (su postura teórica se aborda con mayor amplitud en el capítulo IV del presente trabajo)

Aaron Beck (1972) pone de relieve la importancia de la interacción entre los factores cognitivos y la ansiedad con el desarrollo de síntomas psicofisiológicos (psicosomáticos). Concede gran importancia en la génesis y mantenimiento de estos trastornos a la continua interacción entre cognición, ansiedad y los síntomas físicos, sin olvidar el papel que la predisposición biológica pueda desempeñar en la aparición del trastorno

2.6 CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD.

Como se ha tenido la oportunidad de ver la ansiedad en un grado "normal" cumple funciones útiles, pues como señalan Yale y colaboradores (1981) esta incrementa la prontitud de respuesta de una persona para la acción inmediata y vigorosa que incluso permite el disfrute de algo placentero ya que generalmente es la raíz del gozo y la risa.

La ansiedad se observa como un estado emocional sumamente complejo que surge inespecíficamente cuando el ser humano se ve o se siente amenazado en su integridad, ya sea física y/o psicológica. Es muy probable que, en una persona no neurótica la

ansiedad cumpla un papel biológicamente útil, ya que potencia al sujeto para hacer frente a un sin fin de adversidades poniendo en marcha conductas adaptativas de diverso orden. En los casos en que la ansiedad proceda de anomalías internas, indicadas por una regulación patológica de mecanismos biológicos o por alteraciones neuróticas del individuo, puede convertirse en un fenómeno disregulador en sí mismo, dejando de cumplir con su función de alarma psicobiológica adaptativa, dando lugar a conflictos psicológicos, trastornos fisiológicos o desadaptación social.

Al intentar clasificar los trastornos de ansiedad nuevamente se presenta la controversia en cuanto a los términos empleados para describirlos categóricamente. En lo que se refiere a las distintas clasificaciones internacionales, en la *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento* (CIE 10), los términos ansiedad y angustia se utilizan como sinónimos, sin embargo, se aclara que en la mayoría de los casos figura ansiedad, ya que en general se utiliza con más frecuencia en medicina dejando el término angustia para descripciones de mayor gravedad psiquiátrica y que se encuentran fuera de la experiencia y posibilidades de intervención del médico general y de especialistas no psiquiatras (OMS, 1992), por su parte en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su revisión más reciente (DSM IV) también se entiende a la ansiedad y angustia como términos equivalentes, aunque menciona la “existencia de una diferencia gradual” entre ambas señalando que la angustia reviste una mayor significación patológica que la ansiedad (APA, 1995).

Para el caso específico de la ansiedad patológica o disfuncional, ambos sistemas clasificatorios fundamentan la división del trastorno, en base a criterios clínicos, etiológicos y de respuesta terapéutica.

En lo que se refiere al CIE-10 los trastornos de ansiedad se ubican en el apartado F40-F48 sobre trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, distinguiendo las siguientes categorías clínicas:

Trastornos de ansiedad fóbica.

- Agorafobia:
 - sin trastorno de pánico.
 - con trastorno de pánico.
- Fobias sociales.
- Fobias específicas (aisladas).
- Otros trastornos de ansiedad fóbica.
- Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

Otros trastornos de ansiedad.

- Trastorno de pánico.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno mixto ansioso - depresivo.
- Otro trastorno mixto de ansiedad.
- Otros trastornos de ansiedad especificados.
- Trastornos de ansiedad sin especificación.

Trastorno obsesivo - compulsivo.

- Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos.
- Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- Otros trastornos obsesivos - compulsivo sin especificación.

Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

- Reacción a estrés agudo.
- Trastorno de estrés post - traumático.
- Trastornos de adaptación:
 - reacción depresiva breve.
 - reacción depresiva prolongada.
 - reacción mixta de ansiedad y depresión.
 - con predominio de alteración de otras emociones.
 - con predominio de alteración disociales.
 - con alteración mixta de las alteraciones disociales.
 - otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados.
- Otras reacciones a estrés grave.
- Reacción a estrés grave sin especificación.

Trastornos disociativos (de conversión).

- Amnesia disociativa.
- Fuga disociativa.
- Estupor disociativo.
- Trastornos de trance y de posesión.
- Trastornos disociativos de la motilidad.
- Convulsiones disociativas.
- Anestiasias y pérdidas sensoriales disociativas.
- Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.
- Otros trastornos disociativos (de conversión).
- Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

Trastornos somatomorfos.

- Trastorno de somatización.
- Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- Trastorno hipocondriaco.
- Disfunción vegetativa somatomorfa:
 - del corazón y sistema cardiovascular.
 - del tracto gastrointestinal alto.
 - del tracto gastrointestinal bajo.
 - del sistema respiratorio.
 - del sistema urogenital.
 - de otros órganos o sistemas.
- Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
- Otros trastornos somatomorfos.
- Trastorno somatomorfo sin especificación.

Otros trastornos neuróticos.

- Neurastenia.
- Trastorno de despersonalización - desrealización.
- Otros trastornos neuróticos especificados.
- Trastorno neurótico sin especificación.

Tomado del CIE-10 (OMS, 1992)

Por su parte el DSM IV describe las siguientes categorías clínicas generales:

-
- Crisis de angustia (ataque de pánico)
 - Agorafobia
 - Trastorno de angustia con agorafobia
 - Trastorno de angustia sin agorafobia
 - Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
 - Fobia específica
 - Fobia social
 - Trastorno obsesivo - compulsivo
 - Trastorno por estrés postraumático
 - Trastorno por estrés agudo
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Trastorno de ansiedad debida a enfermedad médica
 - Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
 - Trastorno de ansiedad no especificado

Tomado del DMS IV (APA, 1994)

Aunque en definitiva en el terreno de la práctica clínica, el profesional deba basarse por necesidad en los diferentes criterios y descripciones clínicas que existen como pauta inicial para el establecimiento de un diagnóstico, estos resultan difíciles de manejar aún por el especialista quien necesitará desarrollar toda una serie de valoraciones y evaluaciones clínicas para intentar ubicar el problema en la categoría diagnóstica adecuada (Kaplan y Sadock's, 1994 a)

2.7 ESCALAS PSICOLÓGICAS PARA MEDIR LA ANSIEDAD.

Las técnicas para medir ansiedad varían mucho y ninguna se puede considerar hasta la fecha como definitiva (Chagoya y Maza, 1980) En lo que se refiere a las pruebas psicológicas de medición y evaluación específica de la ansiedad estas aparecieron en los años 50s y como consecuencia en ello se han elaborado múltiples y variados instrumentos a partir de esa fecha

El inventario de Ansiedad de Rasgo-Estado de Spielberger (IDARE) fue creado en el año de 1967 y es un instrumento psicológico de medición de la ansiedad. como toda técnica para medir ansiedad varía mucho a otros tipos de pruebas ganándose sin embargo un lugar dentro de las pruebas con mayor aceptabilidad por parte de los profesionales de la salud mental (Chagoya y Maza, 1980)

C. D. Spielberger y R.L. Gorsuch consideraron a la ansiedad como una reacción emocional compleja evocada por los sujetos como una interpretación de situaciones concretas percibidas como personalmente amenazantes. La intensidad y duración de tal estado estaría determinado por la cantidad y la persistencia de la interpretación cognitiva de la situación valorada como peligrosa (Flores y Hernández, 1996)

Por su parte Spielberger. hizo hincapié en la diferencia que existe entre *“la ansiedad como estado emocional”* fluctuante en el tiempo y *“vida con aprensión, tensión e incremento de la*

actividad vegetativa, presentándose en un momento determinado distinguiéndola de *“la ansiedad como una tendencia de rasgo”* que por su parte es relativamente más estable y que se define más en términos de diferencias individuales. Por tal motivo IDARE se constituyó en un inventario con dos escalas que miden dos niveles de ansiedad cualitativamente diferentes.

IDARE esta constituido por un total de 40 reactivos divididos en dos escalas distintas de autoevaluación. La escala de ansiedad-estado (SXE) ocupa los primeros 20 reactivos de la prueba e indican el nivel de ansiedad transitoria *estableciendo el nivel de ansiedad en el momento que el sujeto contesta el inventario*. La segunda escala ansiedad-rasgo (SRX), agrupa los reactivos que van del 21 al 40 *evaluando el nivel de ansiedad como el sujeto generalmente la siente o percibe*. Esta última escala (SRX) es la que dadas sus características se adapta mejor a los propósitos de la presente investigación y por lo tanto fue la que se utilizó.

Tanto en la escala SXE como en la SXR, los sujetos responden a cada uno de los reactivos valorando y escogiendo ellos mismos (en una subescala) la opción que más se identifique con su situación, a saber:

Escala SXE

1. No en lo absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

Escala SXR

1. Casi nunca
2. Algunas veces
3. Frecuentemente
4. Casi siempre

La calificación para la escala SXE se obtiene sumando los números marcados, excepto en los reactivos 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20 que se cuantifican en forma invertida; el mismo procedimiento se sigue para la escala SXR, sólo que los reactivos que se cuantifican inversamente son los reactivos 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Las puntuaciones categóricas que establece IDARE para su cuantificación son las siguientes:

Para la escala SXE entre 50 - 60 se consideran normal.
Para la escala SXR entre 40 - 50 entran en la normalidad

Cualquier cifra por arriba de estos valores se considera como un estado de ansiedad alto mientras que así mismo una cifra demasiado baja a las puntuaciones establecidas (menores de 30) puede sugerir un estado de depresión, a lo que se hace necesario aplicar otras pruebas o inventarios para establecer el posible estado depresivo. Por su parte IDARE como en el caso de otros instrumentos, siguen siendo controvertidos, sin embargo en las pruebas de confiabilidad test-retest en universitarios no graduados de la Universidad de Florida resultaron relativamente altas para la escala de rasgo (74) y fueron más bajas para la escala de estado (3.4). Así mismo, IDARE obtuvo validez concurrente por medio de correlaciones con otras escalas que miden ansiedad, en una muestra con 126 mujeres universitarias, 80 hombres universitarios y 66 pacientes neuropsiquiátricos obtuvo 75, 76 y 77 respectivamente con la prueba I P A T de R. B. Catell; correlaciones fuertes de .80, .79 y .83 con la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor's (TMAS). La traducción de IDARE a nuestro idioma fue llevada a cabo por el Dr. Rogelio Díaz Guerrero en el año de 1975 sufriendo adecuación semántica, sin modificar su validez (Flores y Maza, 1980).

2.8 DEPRESIÓN.

Como se ha visto, actualmente la naturaleza y los límites de los trastornos afectivos no acaban de ser suficientemente perfilados. En efecto, las dudas acerca de la depresión como enfermedad, síndrome, síntoma o incluso vivencia normal del ser humano ante los acontecimientos de la vida, pesan en el momento de elaborar una descripción etiológica y nosológica de este tipo de trastornos (Vallejo y Gastó, 1990).

Sin lugar a dudas, la mayoría de los individuos se sienten tristes ante ciertas situaciones que elicitán tal sentimiento (pérdida de un ser querido, pérdida del trabajo, etc.). La depresión no es sólo sentirse triste o apesadumbrado sino mucho más que eso. Durante un período de depresión aguda o crónica, las personas se perciben desesperanzadas y desanimadas. Los seres queridos, la comida, el sexo, los pasatiempos, el trabajo y la recreación pierden su atractivo, por tal motivo suele designarse a la depresión como un síndrome que presenta muchas facetas a considerar (Davidoff, 1990).

En términos generales, el síndrome depresivo se caracteriza por un cambio afectivo anormal y persistente en el que predominan: sentimientos de inutilidad, culpabilidad, impotencia, desesperanza, ansiedad, tendencia al llanto, pérdida del interés, pasividad, dependencia, indolencia, apatía, reducción de la capacidad intelectual lógica y analógica, pérdida de los cuidados corporales y una cierta incapacidad para cumplir con las actividades cotidianas las cuales pueden interrumpirse por completo. A su vez estos sentimientos se acompañan de ciertos rasgos psicósomáticos como: inapetencia o exceso de apetito, perturbaciones de la digestión, disminución del deseo sexual, manifestaciones de conductas adictivas, cefaleas y frecuentes perturbaciones del sueño (insomnio o hipersomnía) (Vallejo, 1986).

Polaino (1985) menciona que hoy, más que hablar de la depresión, debiera hablarse de las depresiones (en plural). El concepto de depresión cuyo polimorfismo somático designa demasiadas y muy distintas alteraciones influye notablemente a propósito de las clasificaciones que sobre depresión existen en la actualidad.

Desde el punto de vista evolutivo, la tristeza pudo haber tenido su origen natural en el hombre primitivo y haberse desarrollado ante la incapacidad de luchar contra los eventos naturales como: las erupciones volcánicas, los tornados e incluso la muerte de algún miembro afín a la comunidad y a la persona (Étchegoyen, 1979). Se cree que esta reacción pudo evolucionar hasta convertirse en parte fundamental de nuestras emociones afectivas ante sucesos elicitadores de

melancolía, sin embargo, las depresiones implican más que un simple estado de apesadumbramiento o llanto, el cual se puede presentar cotidianamente en nuestros días.

Si se considera al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también se deben tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla (Calderón, 1990). Por su carácter multifacético (al igual que la ansiedad), la depresión justifica una variedad de modelos existentes para su explicación. El hecho de que ningún modelo resulte “mejor” que los demás hace pensar en que lo más conveniente es una aproximación multidisciplinaria para ampliar la comprensión y el conocimiento de la misma.

2.9 MODELO MÉDICO.

El hecho de que se haya producido en un periodo de años relativamente breve tan amplio avance en prácticamente todas las vertientes del conocimiento del trastorno depresivo conlleva, como a menudo ocurre en otros dominios del campo científico frecuentes cambios en la formulación de hipótesis y teorías. A este respecto la aparición y correspondiente predominio de las sucesivas hipótesis bioquímicas de las depresiones, desde las catecolaminicas en 1965 a la colinérgica, pasando por la serotoninérgica y la dopaminérgica, sin olvidar las neuroendocrinas (cortisol y función tiroidea) y las genéticas hacen suponer la intromisión de desajustes químico cerebrales y la predisposición hereditaria como causas del síndrome depresivo (Gastó y Vallejo, 1993).

El modelo bioquímico establece que como todos los neurotransmisores y las hormonas son un sustrato permanente para el funcionamiento del sistema nervioso central, se deduce que toda conducta depresiva ésta relacionada con estas sustancias. La administración de fármacos antidepresivos, han sido tradicionalmente el medio más utilizado por los médicos como forma de tratamiento (Davidoff, 1990).

2.10 MODELOS PSICOLÓGICOS

Perspectiva psicoanalítica. En su escrito de 1917 Freud dio una base teórica del concepto de depresión en términos de la teoría psicoanalítica. Según Freud, la diferencia esencial entre pesadumbre y depresión consiste en que en la última hay una acentuada pérdida de autoestimación (Mendels, 1989). Freud señalaba que en la pesadumbre, el mundo se toma pobre y vacío; en la melancolía, se vacía y toma pobre el yo mismo. Además en el duelo la pérdida es consciente, mientras en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente.

Es evidente que la pérdida de un objeto amado, que Freud considera esencial en el desarrollo de la depresión, no implica necesariamente la muerte real de una persona sino que, es la ausencia de amor y de apoyo de parte de una figura significativa (por lo general uno de los padres) durante un estado crucial del desarrollo que predispone a un individuo a la depresión en épocas posteriores de la vida. Según él, es esta pérdida, posteriormente recapitulada en forma simbólica lo que origina la depresión. Ésta por consiguiente, puede considerarse como un fallo del proceso normal del duelo.

Perspectiva conductual. Las teorías conductuales de Levinsohn realizadas a mediados de los 70s remarcan el efecto deprimente que el escaso índice de reforzamiento positivo dependiente de la respuesta produce en una persona (Flores y Hernández, 1996). Levinsohn comenta que la depresión sobreviene cuando una persona se comporta de tal manera que dicho comportamiento da lugar a consecuencias positivas. De la poca recompensa resulta una actividad reducida, la que a su vez disminuye todavía más la cantidad de reforzamiento positivo. Este bajo índice de reforzamiento puede producirse por diversas razones: la persona puede encontrar que pocos acontecimientos son reforzadores, puede no interesarse en acontecimientos que serían reforzadores, o pueden no realizar las acciones necesarias para obtener reforzamiento

Seligman (1975), también ofrece un modelo conductual sobre el origen de la depresión. Este investigador describe de manera más formal el nexo entre conducta, refuerzo y sus contingencias. Cuando las respuestas (reaccionar o no reaccionar) carecen de relación con el refuerzo, se presenta un estado de independencia de respuestas que la persona no puede predecir ni controlar, y por tanto estarán “desvalidos”.

Para esta teoría, la persona “impotente” ha aprendido que las respuestas y sus resultados son independientes, por lo tanto, las acciones dirigidas hacia una meta son inútiles. De esta manera, las experiencias de impotencia de una persona, la enseñan a que no es posible controlar su vida, y esto le produce una manera de vivir apática y deprimida.

Perspectiva cognitiva-conductual. Las teorías más difundidas de esta perspectiva son: la teoría cognoscitiva de la depresión de Beck (1983) y la teoría de Albert Ellis (1962).

La teoría de Beck, describe un conjunto “cognoscitivo” depresivo como aspecto central de la depresión. Beck argumenta que ese conjunto cognoscitivo tiene tres partes: la primera es un concepto negativo de sí mismo, la segunda es un concepto negativo del mundo y la tercera es un concepto negativo del futuro (triada cognitiva de la depresión)

Lo anterior implica, que para la persona deprimida, el concepto de sí mismo es malo, el mundo es desagradable y el futuro es sombrío. Cuando les ocurren ciertas cosas a la mayoría de las personas, no se sienten deprimidas, pero cuando esas mismas cosas le ocurren a una persona que ve a través de un conjunto cognitivo depresivo, todo lo que le ocurre comprueba su falta de valor personal (distorsiones cognitivas). Así pues, se puede decir que es la evaluación cognoscitiva que la persona hace del acontecimiento, la que da lugar a la depresión resultante.

La teoría de Ellis sobre el origen de la depresión se menciona junto con los procesos ansiógenos (capítulo IV).

2.11 CLASIFICACIÓN.

El CIE 10 clasifica a la depresión dentro de los trastornos del humor (afectivos), obteniendo las siguientes categorías.

Episodio maniaco

- Hipomanía.
- Manía.
- Manía sin síntomas psicóticos.
- Manía con síntomas psicóticos.
- Otros episodios maniacos.
- Episodio maniaco sin especificación.

Trastorno bipolar.

- Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco.
- Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.
- Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado:
 - sin síntomas somáticos.
 - con síntomas somáticos
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
- Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
- Otros trastornos bipolares.
- Trastorno bipolar sin especificación

Episodios depresivos.

- Episodio depresivo leve:
 - sin síntomas somáticos.
 - con síntomas somáticos.
- Episodio depresivo moderado:
 - sin síntomas somáticos.
 - con síntomas somáticos.
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Otros episodios depresivos.
- Episodio depresivo sin especificación.

Trastorno depresivo recurrente.

- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
 - sin síntomas somáticos.
 - con síntomas somáticos.
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado:
 - sin síntomas somáticos.
 - con síntomas somáticos.
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
- Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión.
- Otros trastornos depresivos recurrentes.
- Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

- Ciclotimia.
- Distimia.
- Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

Otros trastornos del humor (afectivos).

- Otros trastornos del humor (afectivos) aislados:
 - episodio del trastorno del humor (afectivo) mixto.
- Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes:
 - trastorno depresivo breve recurrente.
- Otros trastornos del humor (afectivos).

Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

Tomado de: CIE 10 (OMS, 1992).

Para el DSM IV, los trastornos depresivos quedan contemplados dentro de los trastornos del estado de ánimo ubicándose las siguientes categorías:

-
- Trastorno depresivo mayor
 - Trastorno distímico
 - Trastorno depresivo no especificado
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II
 - Trastorno ciclotímico
 - Trastorno bipolar no especificado
 - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
 - Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
 - Trastorno del estado de ánimo no especificado

Tomado del DSM IV (APA, 1994)

2.12 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

Existen diversos instrumentos para la evaluación de la depresión como la escala de autoevaluación de Zung, la cual es breve y sencilla: cuantifica síntomas depresivos como las alteraciones del afecto, los trastornos ideacionales y los equivalentes fisiológicos. A este instrumento psicométricamente se le considera poco sofisticado y útil debido a que no se reportan datos sobre su confiabilidad o consistencia interna (Pehn, 1976)

Otra escala que evalúa depresión es la de valoración psiquiátrica de Hamilton, consta de 17 variables que se responden en una escala de 3 a 5 puntos, el contenido incluye síntomas cognitivos, conductuales, somáticos y algunos otros no tan comunes como la despersonalización, sentimientos paranoides y obsesiones. Pehn (1976) menciona que no se reportan datos de validez además de considerarla dependiente del juicio de la persona que califica la prueba, ya que la puntuación es dada por el examinador y no por el propio sujeto, por lo que se considera un instrumento no muy confiable

La escala de depresión del Inventario Multifásico de la personalidad de Minesota (MMPI), es una parte de un inventario de personalidad, la desventaja de esta escala es que sólo indica la magnitud de la depresión, y deja de lado su manifestación (De San Miguel, 1992)

El inventario desarrollado por Aaron T. Beck en el año de 1961 comprende un total de 21 categorías de síntomas y cada uno es una manifestación de depresión. Las 21 categorías se establecen por la cuantificación de valores numéricos que van en orden de 0 a 3 de intensidad en una determinada posibilidad

En el inventario de Depresión de Beck (IDB) después de leer las afirmaciones que corresponden a cada reactivo, se pide al sujeto que indique cuál de ellas define mejor como se siente en ese instante o por lo que corresponda a la última semana. El puntaje de índice depresivo es la

suma de las respuestas de las 21 categorías y ya obtenido el mismo se ubica de acuerdo a los criterios de severidad establecidos por Beck y sus colaboradores (De San Miguel, 1992), dichos criterios son:

0 - 8 depresión nula o ausente	16 - 22 depresión moderada
9 - 15 depresión leve	23 o más depresión severa

Estadísticamente hablando el IDB obtuvo una consistencia interna del instrumento de .86; reportando una correlación test-retest de .75 después de transcurrido un mes de aplicación (De San Miguel, 1992). En población mexicana, Palacios (1992) ha reportado validez de constructo para este inventario a un nivel estadísticamente significativo ($P < 0.01$) con la escala F del MMPI. Por su parte Vázquez y colaboradores (1993) han recomendado que en el caso de los pacientes diabéticos con signos de cuadros depresivos es recomendable aplicar el IDB como elemento de juicio diagnóstico indispensable

2.13 ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD.

Ahora bien, tanto el CIE 10 como el DSM IV identifican una categoría que denominan como trastornos de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión en respuesta al estrés de recibir un diagnóstico médico incapacitante o crónico. En el CIE 10 tal denominación aparece en el código F 43.20, mientras que en el DSM IV se ubica el apartado denominado como "Trastornos adaptativos" Esta categoría es la que se identifica con el tipo de ansiedad y depresión que se maneja en el presente estudio y por lo tanto, será la categoría referida al hablar de ansiedad y depresión en el paciente diabético. Los cambios en la vida de un individuo pueden conducir a tensión crónica porque generan ansiedad y requieren adaptación (Kessler et al, 1985) Al final de los

años 60s, Thomas Holmes, Richard Rahe y sus colaboradores desarrollaron un cuestionario para medir cuanto estrés producen 43 frecuentes cambios en la vida que exigen readaptación social. Tales cambios abarcan desde la muerte del cónyuge, el despido del trabajo o los problemas con el jefe; hasta el cambio a una escuela nueva, las vacaciones y las infracciones menores de tránsito (Kaplan y Sadock's, 1994).

Estas unidades de medida de cambio en la vida siguen siendo una forma variable de estimar el estrés (Davidoff, 1990). En la tabla 2.1 se presenta en forma abreviada la tabla de Holmes y Rahe elaborada en 1967 donde también, se puede ubicar el valor de unidades de cambio de vida que puede tener una enfermedad crónica.

Tabla 2.1 Experiencias representativas y su valor en unidades de cambio de vida

EXPERIENCIAS	VALOR PROMEDIO (UNIDADES DE CAMBIO DE VIDA)
Muerte del cónyuge	100
Divorcio	73
Muerte de un miembro de la familia	63
<i>Daño o enfermedad personal</i>	53
Matrimonio	50
Despido del trabajo	47
Jubilación	45
Embarazo	40
Dificultades sexuales	39
Cambio de estado financiero	38
Permuta a una línea diferente de trabajo	36
Cambio de responsabilidades de empleo	29
Empezar o terminar la escuela	26

Vacaciones	13
Infraacciones menores a la ley	11

Como se puede observar, el daño o enfermedad personal representa una fuente importante de unidades de cambios de vida y que en el caso de la diabetes tal factor de cambio en el estilo de vida resulta ser fundamental para sobrellevar la enfermedad.

Es evidente que los peligros, los pesos crónicos y los cambios pueden llenar la vida de las personas con dificultades e irritaciones de naturaleza menor (molestias), o llegar a provocar verdaderos conflictos que favorecen la aparición de serios desajustes psicoafectivos. Con relación a esto Ayuso (1988) ha destacado el hecho de que básicamente, todos los pacientes con enfermedades somáticas tienen componentes emocionales asociados, especialmente en el caso de las afecciones invalidantes, graves o crónicas; estos correlatos emocionales expresan cómo el sujeto siente su enfermedad y como reacciona frente a ella. En algunos casos, la ansiedad o la depresión pueden interferir sustancialmente (si se la subestima) con la capacidad para recuperarse.

En el caso de la diabetes mellitus este problema resulta más que obvio para muchos pacientes, los cuales a menudo encontrarán serias dificultades para adaptarse en su nueva situación (ver apartado 3.3).

CAPÍTULO III

PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

3.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE PSICOLOGÍA Y SALUD.

Salud es: “el estado de pleno bienestar físico, psicológico y social”, por lo menos, así lo define la OMS*, señalándola como responsabilidad directa de los médicos (Nares, 1992). Sin duda las escuelas de medicina proporcionan al estudiante los elementos básicos para atender cualquiera de los niveles de prevención.

En el aspecto social, aún cuando es limitada la influencia del médico, los programas de estudio contemplan con más profundidad el papel del profesional de la salud a nivel de interacción e integración social.

Sin embargo, el aspecto psicológico sigue siendo un ámbito limitado, brumoso e incierto para el médico (Nares, 1992).

* El concepto de salud, como muchos otros términos guarda una estrecha relación filosófica más que clínica o descriptiva. El objetivo del presente trabajo no es disertar sobre este tema en particular, sin embargo, como se verá más adelante se menciona someramente la posición que actualmente está adquiriendo más adeptos sobre el proceso salud - enfermedad (apartado 3.2).

Adentrándose un poco en la historia de la medicina, es posible encontrar vestigios de las concepciones que antiguas culturas albergaban en relación al cuerpo y la mente en el proceso de salud-enfermedad; ya en los escritos hipocráticos es posible observar las advertencias que “el padre de la medicina” hiciera con respecto a la íntima relación que se establece entre cuerpo y parte animica (o viceversa)

Mueller (1991) ha mencionado sintéticamente estas observaciones realizadas por Hipócrates, puntualizando que existen en la colección hipocrática preocupaciones que constituyen una forma avanzada de esa medicina que se denomina hoy psicósomática.

Galeno en el siglo II d C estimaba que el 60 % de sus pacientes tenían síntomas de origen emocional más que físico (Barquin, 1970) No obstante en siglos venideros, sobre todo a partir del Renacimiento la tendencia dominante fue considerar a la mente y el cuerpo como entidades separadas o independientes (dualismo cartesiano), tal visión se complementó en una máxima tradición práctica arraigada en el positivismo instaurado en la segunda mitad del siglo XIX, el cual depositó de forma prácticamente exclusiva la confianza del progreso de la medicina en el laboratorio biomédico (Baves 1985), situación que en cierta manera sigue acusando efectos pronunciados caracterizados por el dominio del modelo biomédico que destaca los efectos y consecuencias del organismo biológico soslayando las más de las veces el componente psicosocial del individuo (Capra, 1985) De tal manera, la plasmación en hipótesis, modelos y teorías de la estrecha relación que se supone existe entre lo psicológico y social, de una parte, y lo fisiológico y bioquímico, de otra, es relativamente reciente (Baves, 1985); en este sentido es importante mencionar la influencia que la perspectiva psicósomática ejerció en los inicios del siglo XX provocando que muchos profesionales de la salud volvieran la atención hacia los aspectos psicológicos profundos en el desarrollo de las llamadas “neurosis” en los seres humanos a los que le siguieron enfoques y perspectivas de diverso

orden teórico que se abocaron al estudio de la relación mente-cuerpo en los procesos de salud-enfermedad tratando de identificar los mecanismos interactuantes en dicho proceso

Bayes (1985) destaca tres ramas investigativas cuya influencia ha sido determinante para el desarrollo de la denominada **medicina conductual o comportamental** y en cierto sentido para la propia **psicología de la salud** (aunque definitivamente hayan influido más en la primera que en la segunda), estas visiones investigativas han sido: 1) el enfoque de la medicina psicosomática o psicobiológica, 2) los trabajos de fisiología experimental sobre los efectos de las emociones en el organismo y 3) la aproximación cortico-visceral*

Enfoque psicosomático. El enfoque psicosomático tuvo una arraigada influencia psicoanalítica a principios de los años 30s alcanzando su máximo en los 50s, sus principales exponentes fueron Franz Alexander y Flanders Dunbar fundadores del instituto psicoanalítico de Chicago. Según esta escuela, los conflictos inconscientes sin resolver son los responsables de diversos trastornos orgánicos.

No obstante que fueron estos destacados psicoanalistas quienes inauguraron el término psicosomático, éste se independizó y alcanzó un notable grado de autonomía respecto de la teoría que lo sustentaba, pasando con el tiempo a designar todos aquellos trastornos orgánicos cuya etiología puede asociarse con elementos de orden psicosocial, con independencia del marco conceptual con el que los mismos se contemplan (De la Fuente, 1986).

* Hay que destacar que estas tres concepciones son el basamento de la hoy denominada medicina conductual o comportamental y de las técnicas de biorretroalimentación biológica (biofeedback), el cual constituye uno de los ejes fundamentales de ésta perspectiva. En este punto es importante señalar que medicina conductual y psicología de la salud aunque coincidentes en muchos aspectos no deben entenderse como sinónimos. La medicina conductual es una práctica derivada en la disponibilidad de técnicas específicas que son producto del análisis conductual, tales como el condicionamiento o la biorretroalimentación, para el control directo o la mejoría de los síntomas físicos de la enfermedad. Mientras que, como se verá, la psicología de la salud tiende a constituirse más en una disciplina que parte de una perspectiva teórica más amplia del estudio del proceso de salud-enfermedad que permita una comprensión y explicación más profunda de dicho proceso, en un afán de no caer en análisis superficiales y fragmentados acerca del mismo.

Enfoque sobre fisiología experimental. Tal visión colocó el énfasis sobre los efectos de las emociones en el funcionamiento del organismo. El enfoque se originó en los estudios sobre la psicología de las emociones llevadas a cabo por Cannon en 1935; Selye en 1936 y 1946; Wolf en 1950 y Brady en 1958 sobre el fenómeno del estrés.

Enfoque cortico-visceral. Finalmente es preciso mencionar las aportaciones de la escuela Rusa cuyos precursores fueron Sechenov, Pavlov y su máximo exponente Bycov, quien desarrolló la idea que apoya en sólidas pruebas experimentales, de que las interacciones del medio interno con las del externo obedecen a las leyes generales del condicionamiento (Bayes, 1985).

Paralelamente con el desarrollo de estos enfoques, se han producido un sin número de investigaciones que han demostrado la estrecha relación que guarda lo psíquico con las funciones reguladoras de los sistemas nervioso y endocrino, los cuales afectan todos los sistemas funcionales somáticos del organismo desarrollando nuevas ramas del conocimiento como la psiconeuroendocrinología (Ader, 1987) que por su parte, viene a complementarse con sus aportaciones al campo de la medicina conductual y de la psicología de la salud en general.

Es evidente que la psicología contemporánea representa un sistema ramificado de disciplinas científicas que se encuentran en diferentes etapas de formación que están relacionadas con distintas ramas de la práctica, las cuales dadas las nuevas necesidades que va creando el desarrollo social son el fundamento que inspira la creación de nuevas ramas del conocimiento (Petrovski, 1986).

En el caso de la psicología de la salud, su desarrollo como campo específico de estudio resulta relativamente joven, surgiendo en condiciones excepcionales del desarrollo histórico del mundo contemporáneo, el cual por su parte ha sido testigo de múltiples y acelerados cambios socio-estructurales sin precedentes en la historia de la humanidad. Dichos cambios han sido productos del vertiginoso desarrollo económico-industrial característico de las sociedades modernas que son

esencialmente de consumo. Tal situación ha influido en las sociedades de prácticamente todo el mundo, propiciando profundos efectos en el seno de las comunidades, el funcionamiento de las familias y al bienestar psicológico de las personas (OMS, 1980). Es en este sentido que, el ser humano ha visto con contrariedad como al tiempo que se ha incrementado el promedio de la esperanza de vida de la población se han hecho más patentes la desorganización social en general con sus múltiples variables: injusticia social, violencia, desintegración familiar, drogadicción, delincuencia; o, de problemas como los incidentes y accidentes laborales, de tránsito, etc., los cuales aunados a los cambios correspondientes al modo de vida suscitados por el "progreso" que ha impuesto una vida regida por el tiempo de productividad, el consumo y la comodidad, han tenido a fomentar directrices hacia la conformación de ciertos estilos de vida no muy favorables en el ser humano. McKeown (1985) ha indicado que los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y el abuso de sustancias nocivas se han conformado como prácticas típicas del habitante promedio de las grandes urbes.

Hay que destacar que todos los factores mencionados son determinantes en las variaciones y tipos de enfermedades que se presentan en una sociedad específica (OMS, 1980). Si a los factores citados se agregan situaciones como: la degradación medioambiental, el abuso de sustancias químicas en la industria alimenticia, agropecuaria y pesquera (aditivos, conservadores y colorantes) y el estrés psicosocial que impone la vida de hoy, resulta más que patente el hecho del incremento de un grupo de enfermedades conocidas genéricamente como crónicas degenerativas o de larga evolución (Davidoff, 1990). Sin lugar a dudas, el impulso económico-industrial acaecido en las sociedades más industrializadas favoreció el desarrollo de la ciencia médica dotándola con incorporaciones de inversión y avances tecnológicos diversos, los que a su vez propiciaron descubrimientos terapéuticos de suma trascendencia para la historia contemporánea de la humanidad en materia del dominio de un gran número de enfermedades sobre todo de tipo agudo, las cuales tiempo atrás mermaron

severamente las comunidades constituyéndose en verdaderas epidemias que hicieron época (Barquin, 1974). Sin embargo, ha sido precisamente en las sociedades más industrializadas donde dadas las condiciones socioeconómicas descritas con anterioridad fomentaron la expresión de las enfermedades crónicas. A la larga los desajustes de salud crónicos han resultado más difíciles de establecer y controlar debido a las múltiples variables que las determinan (McKeown, 1985). Las enfermedades crónicas constituyen el azote de la vida contemporánea y han rebasado en muchos aspectos la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en muchos países incluyendo a los más avanzados (OMS, 1987).

Algunos de los padecimientos crónicos más comunes en el mundo son: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, algunos tipos de cáncer, la aterosclerosis, el asma bronquial, la cefalea crónica, la artritis reumatoide, entre otras (OMS, 1987).

En base a lo anterior, resulta claro indicar que el final de nuestro siglo y el comienzo del nuevo milenio plantearan serios y severos retos para la ciencia médica ya que desde hace varias décadas se ha venido evidenciando una singular paradoja advirtiendo que aparentemente en una época en la cual los conocimientos médicos son mayores y la técnica más fuerte que nunca, la medicina se ha visto asaltada con serias dudas referentes a la manera de cómo incidir de forma efectiva en la solución de un conjunto de padecimientos que en buena medida han sido el resultado de la vida moderna (McKeown, 1985).

Una breve conclusión a lo expuesto previamente es simple y llanamente el fracaso del modelo biomédico como único medio que intente abatir los índices de morbimortalidad de muchas enfermedades centrándose en las acciones de intervención de tipo curativo más que del fomento de las actividades preventivas (Costa y López, 1986). Por tal razón, los factores psicosociales han comenzado a reconocerse en la importancia y peso específico que tienen como determinantes del

éxito o fracaso de las políticas y propuestas de salud emanadas de los sistemas de seguridad social (Wayne, Evans, Kennedy e Iscoe, 1987)

Dentro de las acciones sociales se encuentran el reconocimiento de una gran cantidad de variables y eventualidades negativas que antes no se contemplaban pero que inciden en la expresión de ciertos padecimientos, de tal manera se ha llegado a aceptar que los programas tendientes a la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud deben basarse en un entendimiento de la dinámica social que se establece en una determinada comunidad o sociedad, sin olvidar el entendimiento de la cultura, las tradiciones, las creencias así como de los patrones de interacción familiar vigentes (Wayne et al, 1987), todos estos componentes deben de servir como elementos indispensables que guíen las acciones a seguir en las prácticas encaminadas hacia el mejoramiento de la salud

Ante estas condiciones han surgido disciplinas que hace menos de 30 años se concebían sin injerencia en aspectos relacionados con problemas de salud pública los cuales eran considerados competencia única y exclusiva de los profesionales médicos

En el caso particular de la psicología de la salud, si bien, ha comenzado a tener un amplio desarrollo en países como Estados Unidos y Europa, hay que resaltar que tuvo su conformación teórica en la República de Cuba en el año de 1969, ubicándose como área científica aun cuando sus objetivos y campo de acción se encuentran en proceso de formación admitiendo que actualmente acusa las limitaciones propias de un campo relativamente nuevo en el desarrollo de su actividad

Torres y Beltran (1985) han definido a la psicología de la salud como *la actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la vida psicológica (actitudes, concepciones, comportamientos, valores, hábitos, etc) que faciliten la vinculación estrecha equipo de salud-población en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que afectan a la población*

Matarazzo (1982) ha definido a la psicología de la salud como *las contribuciones de las disciplinas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud.*

Lo anterior significa la inserción del psicólogo en las tareas de salud, con la finalidad de fomentar un nivel de vida saludable en los habitantes de la comunidad, al mismo tiempo que lograr la integración del equipo de salud (médico, enfermera, trabajador social, nutriólogo, etc.) haciendo a un lado el énfasis biologicista y la práctica individual, para dar paso a una actividad profesional multidisciplinaria orientada en el estudio integral del hombre y de los factores promotores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, subrayando el hecho de que: el estado psicológico de una persona guarda una estrecha relación con su estado orgánico y físico en diversos grados (Torres y Beltran, 1985).

3.2 NOCIONES TEÓRICAS SOBRE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

En los últimos 20 años, cada vez más y con mayor insistencia se impone una concepción sistémica del proceso salud-enfermedad, el cual tiende a integrar a los agentes externos, nocivos a la salud, con el sistema de condiciones internas que de manera integral enfrentan dichos agentes, dependiendo el proceso etiológico de la enfermedad de esta compleja interacción, cuyos procesos y regularidades son objeto de atención creciente por los especialistas (González, 1990)

Por su parte, la psicología de la salud ha observado en un sentido amplio que el proceso de salud-enfermedad es una sucesión integral de lo psíquico y de lo somático, donde ambos se afectan dentro de un proceso cualitativo único y sistémico en diversos niveles, los que a su vez también son influenciados por factores sociales muy amplios y variados (Torres y Beltran, 1985). Estas relaciones presentan varias vías de manifestación entre las que se encuentran dos muy importantes: 1) lo psíquico, que esta presente en la mayoría de las enfermedades somáticas, variando su papel de

acuerdo con múltiples factores que incluyen los biológicos y los sociales, y 2) el hecho de que todo trastorno psíquico tiene implicaciones somáticas que, aún cuando no lleguen a declararse como enfermedad semiológicamente definida, implican estados somáticos no sanos. A su vez, las enfermedades somáticas presentan consecuencias en la psique del hombre, las que son activamente mediatizadas, por las características psicológicas de la personalidad del sujeto enfermo, que asume una u otra posición ante dicha enfermedad, lo cual es otro mediatizador importante del efecto de la enfermedad sobre la psique (González, 1990). La psicología de la salud concebida desde estas premisas parte de una perspectiva teórica del estudio del proceso salud-enfermedad que permita una comprensión y explicación más profunda de dicho proceso, con el fin de no caer en análisis superfluos y fragmentados acerca del mismo, advirtiendo la complejidad que rodea al fenómeno

Torres y Beltran (1985) indican la necesidad de partir de ciertas premisas fundamentales para desarrollar el abordaje científico de dicho proceso en los individuos debido a:

- a) En primer lugar, la salud y la enfermedad es un proceso binomial determinado en gran medida por las condiciones socioeconómicas y culturales que rodean al individuo.
- b) La forma en como se expresa el proceso de salud-enfermedad en una población en general o en un individuo en particular, no están dados de manera mecánica por las características estructurales, económicas y sociales que vive esa población; pero, subraya la dinámica social que surge de manera condicionada por el tipo de estructura socioeconómica que vive un sujeto o grupo de sujetos

Con relación a los puntos mencionados Lifshitz e Islas (1993) han destacado que en el caso de la diabetes (como en el de otras enfermedades) el estudiar su impacto social implica analizar al individuo en su vida social y al hacerlo automáticamente se involucra el modo de producción, o economía, la cual surge de una infraestructura geopolítica determinada.

En este contexto, valorar el impacto morbilístico, social y económico de una enfermedad como la diabetes mellitus requiere enfocar los estudios de la misma desde una dimensión total: hombre biológico, psicológico y social, considerando los criterios temporo-espaciales en que

interactúa con su medio. Además, es necesario analizar y valorar al sujeto en un contexto de salud-enfermedad determinado, así como su interrelación familiar, educacional y recreativa (Lifshitz e Islas, 1993).

A la larga, este complejo esquema acaba por determinar el comportamiento de una enfermedad particular dentro de un estrato social o comunidad en especial (Schraml, 1975).

Teniendo como caso a la diabetes, es bien sabido que su incidencia varía entre diferentes países y grupos poblacionales y que en ciertas naciones las cifras se han incrementado de manera constante (Escobedo, 1993). También se sabe que, las incidencias de los tipos de diabetes muestran variabilidad de acuerdo a la estructura de cada país siendo los tipo I y II los más prevalentes en las culturas occidentales, mientras que la diabetes relacionada con mal nutrición es mucho mayor en países como la India o Pakistan.

Otro ejemplo donde se observa el efecto que una determinada infraestructura económico-social ejerce en el desarrollo de una patología como la diabetes queda patente en el caso de la población mexico-estadounidense que radica en los E. U. debido a que se han encontrado en diferentes estudios basados en datos estadísticos que esta población, particularmente tiene un mayor riesgo de enfermarse de diabetes proporcional a casi el doble de la probabilidad de los mexicanos que habitan en el centro y oriente de México; así mismo, se ha observado que (en la misma población) una vez que desarrollan la enfermedad, su probabilidad de presentar complicaciones o de fallecer es también mayor. Se presume que las condiciones de vida generadas por la sociedad angloamericana influyen en el comportamiento de los índices descritos (Lifshitz e Islas, 1993).

Por lo anterior, se puede señalar sin temor a equívocos que no resulta fácil valorar el peso específico que determina el comportamiento de un padecimiento crónico como la diabetes mellitus sin evitar el enfrentamiento entre los factores hereditarios (biológicos) o los medioambientales (psicosociales) como causas primarias determinantes. Sin embargo, es cada vez mayor el número de

partidarios que propugnan por la integración de enfoques en la génesis no sólo de la diabetes, sino de todas aquellas enfermedades de “larga evolución” cuyo incremento en este fin de siglo es digno de analizar (McKeown, 1985).

Para finalizar, una de las mayores contribuciones de la psicología de la salud ha sido precisamente restituir la atención hacia “la persona que enferma” lo cual, si se entiende literalmente no representa ninguna relevancia, sin embargo, al contemplarla dentro de un marco de referencia más amplio se gana de manera significativa al proyectar una nueva visión en la manera de atender y entender a los pacientes, ya no tan sólo como un “sistema de órganos” que interactúan de un modo determinado ante tal o cual patología; sino como un individuo que vive, percibe e interpreta su enfermedad y las consecuencias de la misma experimentando toda una gama de sensaciones, sentimientos y emociones que el sujeto vivencia al enfrentarse no sólo con la pérdida de su salud, sino con la eventual posibilidad de asumir una serie de actitudes ante tal evento que le resulten negativos, el cual es siempre potencial a todo organismo vivo y que en el caso del ser humano dicho conocimiento puede posibilitarle mejores alternativas ante la adversidad que plantea la pérdida de la salud física (Wayne, et al, 1987).

3.3 FACTORES PSICOSOCIALES DEL PACIENTE DIABÉTICO.

Estar enfermo es, encontrarse en una situación de debilidad, en sí misma la enfermedad lleva implícita casi siempre: sufrimiento, daño corporal o limitación de las posibilidades físicas y psíquicas del individuo (Jeammet y Reynaud, 1982). La enfermedad comporta ineludiblemente daño a la integridad del sujeto y una molestia en el ejercicio normal de su vida.

Si bien, toda enfermedad física que acontece en el ser humano justifica y adquiere consideraciones psicoemocionales, es evidente que la diabetes mellitus las exige de manera

trascendente, en primer lugar por tratarse de una dolencia crónica. Es sabido que el cronicismo de cualquier enfermedad crea un especial problema de adaptación social. Las enfermedades que *duran muchos años* afectan la vida cotidiana del paciente y de su entorno social (familia, ambiente laboral, amistades, etc.) de manera muy distinta a como la hacen las enfermedades agudas, quizá graves, críticas pero pasajeras. La enfermedad crónica obliga a replantearse por necesidad muchos aspectos de la vida presente y futura. Afecta, por decirlo de manera sucinta, el proyecto de vida (Figuerola, 1990).

Se ha destacado que básicamente, todos los pacientes con enfermedades somáticas tienen componentes emocionales asociados, especialmente en el caso de las afecciones invalidantes, graves o crónicas (Ayuso, 1988)

Desde hace mucho tiempo se conoce la importancia que juegan los factores psicológicos en la diabetes mellitus. En el siglo XVII, Thomas Willis atribuyó la causa de la diabetes a una "pena prolongada", posteriormente, Maudsly en 1890, escribió acerca de la ansiedad relacionada con la diabetes. Estas y otras formulaciones similares buscaron establecer algunos casos de diabetes mellitus como de orden etiológico psicogénico: donde se consideraba un conflicto psicológico prolongado como una variable psicológica primaria. Todo esto ha cambiado con el curso de las investigaciones y de la falta de evidencia de una causalidad psicogénica en la diabetes (Lifshitz, 1996)

Actualmente se sabe que la angustia y la ansiedad no sólo representan la respuesta psicológica, adecuada o no frente a la enfermedad, sino que a su vez constituye un importante factor precipitante de numerosos trastornos como la arritmia cardíaca para el obeso, la trombosis coronaria para el hipertenso, la hiperglucemia para el diabético o un ataque agudo de asma para el asmático (Ayuso, 1988)

En general se reconoce que la diabetes mellitus, aunque en la actualidad representa un padecimiento muy generalizado, este puede significar un verdadero problema, difícil de superar para muchos pacientes, en especial, para aquellos que por motivo de control de sus niveles glucémicos exigen de la persona un esfuerzo adicional que le permita aceptar su problema (Kilo y Williamson, 1991). Para muchas personas diagnosticadas como diabéticas la aceptación de este hecho se produce en etapas similares a las del proceso de pesadumbre que tiene lugar cuando se acepta la muerte de un ser querido (Kilo y Williamson, 1991). De esta forma la negación viene a representar la primera característica de quien enfrenta una enfermedad que significa una amenaza potencial para la vida (Jeammet y Reynaud, 1983), en el caso de la diabetes dicha negación no suele ser la excepción.

Los aspectos emocionales que pueden caracterizar a la diabetes mellitus suelen considerarse como una consecuencia de la enfermedad y de las limitaciones que impone: régimen alimenticio, medicación regular, e incluso, a veces, cambios en la forma de vida y de profesión (Haynal y Pasini, 1980). En la diabetes (como en el caso de otras enfermedades), la respuesta puede y suele ser una dolorosa evasiva siempre difícil de manejar por parte del médico quien a menudo no encuentra las palabras apropiadas para confortar y tranquilizar al paciente explicándole qué es lo que le sucede a su organismo y las consecuencias que se relacionarán con cambios sustanciales en su estilo de vida (Figuerola, 1990).

Klotz (1972) apunta el papel que juega el médico en muchos de los casos señalando que la diabetes es una enfermedad extenuante que exige del enfermo una disciplina y un esfuerzo continuos por parte de él. Su repercusión afectiva es más evidente cuando ataca a personas plétóricas o a grandes comilones. La adaptación es fácil si el paciente recibe la ayuda necesaria por parte de su médico, mediante una psicoterapia directiva que disminuya las dificultades.

Lo anterior indica dos situaciones a destacar. En primer lugar se destaca el papel activo (de autocontrol) que el enfermo diabético debe ejercer como eje fundamental en el tratamiento de su

enfermedad, y en segundo término, se destaca la importancia que tiene la psicoterapia como elemento activo dentro de las directrices a seguir en la atención del paciente.

Es un hecho que el paciente diabético deberá necesariamente adaptarse a muchos cambios en su vida cotidiana, además de aprender a vivir con su nueva situación y modificar el estilo de vida (modificaciones que no resultaran fáciles de manejar sin la ayuda de un profesional y de su familia). Por otra parte, regularmente el paciente ha tenido el tiempo suficiente para desarrollar un estilo de vida de acuerdo a los tiempos de hoy y que resultan altamente reacios al cambio (Díaz y Cuevas, 1993).

Sin lugar a dudas, recuperar el bienestar psíquico para una persona que se sabe diabética deberá formar parte de las metas primordiales para el inicio de un buen tratamiento ya que las características propias del mal exigen la aceptación sin paliativos que la situación requiere, pero a su vez ,implica capacidad y responsabilidad por parte del médico tendientes a actuar en favor del factor “aceptación” en el menor tiempo posible. El problema del diabético es encontrar un equilibrio ante su enfermedad. Este equilibrio supone que el sujeto acepte su estado sin el cual es prácticamente imposible el aprendizaje que condicione a dominar el mal. Contrariamente a lo que sucede con otras enfermedades crónicas letales (cáncer, enfermedades hemáticas, algunas enfermedades invalidantes del aparato motor, etc) aquí el médico puede ofrecer medios terapéuticos reales la aceptación no sería sino el primer paso en el camino hacia el equilibrio que le permita al sujeto vivir con su enfermedad después del duelo por la salud, el cual por su parte es variable en cada individuo dependiendo del nivel de fortaleza personal en cada caso (Haynat y Pasini, 1980). Por su parte, una relación médico-enfermo de franca colaboración será una condición indispensable para que resulte eficaz el largo trabajo que deberán realizar juntos. Los diabetólogos modernos insisten en la importancia de la enseñanza y de una información competente y completa que haga disminuir los “temores irracionales”, muchas veces mayores que los riesgos reales (Haynat y Pasini, 1980). Sin

embargo, como se ha señalado el médico frecuentemente se enfrenta con dificultades para manejar la angustia que presupone el informar a una persona que padece de diabetes, por lo que este hecho, generalmente empeora la situación, esto se debe en buena medida a aspectos que tienen que ver con la formación profesional propias del ejercicio médico, en cuyo ámbito los factores psicológicos suelen pasar inadvertidos dando mayor énfasis al aspecto orgánico del problema (Padilla et al, 1984).

En este sentido, es evidente e irremisible que el paciente deberá adaptarse no sólo a los cambios de vida, sino que también se percatará que los factores psicológicos-emocionales comenzarán a desempeñar un papel que hasta antes de instalarse la enfermedad pasaban inadvertidos en su vida. Por tal razón algunos investigadores han destacado los factores psíquicos, argumentando que frecuentemente sucede que los patrones psicológicos previos a la instalación de la enfermedad influyen de manera importante en el proceso de adaptación y control de la misma. En más de las ocasiones los problemas psicológicos pueden agravar el padecimiento e interferir seriamente con su estabilización (Lipkin y Cohen, 1984)

Un hecho innegable es que el bienestar psíquico es fundamentalmente la consecuencia de la adecuación ante los proyectos de vida de una persona y los resultados que obtiene. Es evidente que dentro del proyecto de vida de un individuo no se contempla el convertirse en diabético, por lo que la aparición de la enfermedad y las limitaciones que comporta pueden además representar una importante fuente de frustración. En algunos otros casos, los pacientes utilizan procesos intelectuales para dominar las emociones aflitivas desencadenadas por el padecimiento (Figueroa, 1990).

Otros factores que también influyen en la respuesta emocional ante un diagnóstico de diabetes y su tratamiento incluyen: la edad, personalidad básica, autoestima, creencias sobre la salud, ambiente social y nivel económico (Hermida et al, 1994).

La diabetes mellitus es considerada como una enfermedad multifactorial (herencia-ambiente) en donde el problema debe abordarse a partir de la información y comprensión de los sujetos afectados y que debe abarcar desde los sujetos que se encuentran con alto riesgo o con predisposición a la diabetes, los que no conocen a la enfermedad, así como también de los enfermos que no saben que la padecen; o de diabéticos conocidos que no quieren conocer su control ni sus secuelas (Dickinson, 1996). Por tanto, el impacto psicosocial se vincula con el momento en que el sujeto conozca el riesgo, su diagnóstico, las secuelas y la gravedad de estas, la percepción individual y familiar que se tenga, y la información que adquiera en grupos específicos de la historia natural del padecimiento (Lifshitz e Islas, 1993). Por tales motivos, no es extraño que los pacientes diabéticos sufran de crisis sobre todo en los inicios de la enfermedad declarada. En un estudio realizado por Weisman (1974) se encontraron 15 categorías actitudinales así como las respectivas estrategias que suele utilizar un paciente para enfrentar las crisis previsibles de una enfermedad cuya naturaleza implica riesgo constante en su vida (ver cuadro 3.1).

ACTITUD	ESTRATEGIA
1. Obtener más información -----	----- Estrategia racional / intelectual
2. Hablar con otros para disminuir la preocupación -----	----- Compartir.
3. Tratar de reír, hacer bromas -----	----- Revertir el efecto.
4. Tratar de olvidarlo -----	----- Supresión o negación.
5. Distraerse haciendo otras cosas -----	----- Desplazamiento / disipación.
6. Tomar medidas en base a la comprensión del problema -----	----- Confrontación.
7. Aceptar, cambiando el significado hacia algo más fácil de manejar -----	----- Redefinición.
8. Rendirse ante lo inevitable -----	----- Pasividad / fatalismo.
9. Hacer cualquier cosa precipitante -----	----- Exoactuación.
10. Buscar alternativas posibles -----	----- Negociación.
11. Beber, comer, automedicarse para bajar la tensión -----	----- Reducir la tensión.
12. Aislarse, encerrarse -----	----- Reducir los estímulos.
13. Culpar algo o a alguien -----	----- Proyección / externalización.
14. Atender las indicaciones de la autoridad competente -----	----- Adherencia.
15. Autoacusarse por sus faltas sacrificarse -----	----- Sentir lastima por si mismo.

Cuadro 3.1. Descripción de las 15 estrategias de enfrentamiento observadas por Weisman.

Sobra decir que es de esperar que el médico o equipo de salud en contacto con el paciente favorezca aquellas estrategias que tiendan a mejorar la adherencia terapéutica e incrementen la obtención de control de la enfermedad por el paciente y su familia.

Específicamente sobre diabetes Figuerola (1990) cita a Gfeller y Assal quienes han estudiado y tipificado secuencialmente las reacciones por las que suele pasar un paciente diabético al momento del diagnóstico, estableciendo las siguientes fases:

1. **Negación** más o menos inconsciente de la enfermedad. Perplejidad.

2. Actitud de **rebeldía** frente al diagnóstico y a los cambios de estilo de vida que el tratamiento comporta. Agresividad (más o menos contenida).

3. **Pacto**. Se produce, en esta fase, una **negociación** entre el paciente y el equipo asistencial. Son frases significativas las de "de acuerdo, seguiré el tratamiento si no me da insulina", o bien "de acuerdo, me pondré insulina si sólo me tengo que pinchar una vez al día".

4. Pasadas estas fases de perplejidad, rechazo, agresividad y regateo, es frecuente que el paciente entre en un período de cierta **depresión**, con pérdida de esperanza. Esta reacción dependerá mucho del talante fundamental de cada persona y de los mecanismos de compensación que tenga. Lo peor de esta fase es que resulta poco reactiva al proceso educativo, y puede llevar a inhibiciones importantes en la conducta terapéutica. Presupone una adaptación todavía pasiva.

5. Es deseable llegar a esta fase de **adaptación activa**. El paciente sabe y acepta que no curará de su dolencia, pero también ha conseguido convencerse de que puede tener y mantener una buena calidad de vida si acepta las reglas del juego. En esta fase la educación es muy rentable y se puede llegar a alcanzar un buen grado de autocontrol. Debe ser, por supuesto, una educación participativa.

Se advierte que las fases pueden variar en cada persona, pero en todo caso es deseable llegar a la quinta fase lo más pronto posible para eliminar la presencia de posibles conductas y actitudes nefastas para el paciente (Figuerola, 1990). En este sentido, es atinado mencionar la actitud **negativa** con que suelen conducirse un gran número de pacientes diabéticos. Al respecto Lipkin y Cohen (1984) señalan que frecuentemente los problemas del paciente diabético, incluyendo los que tenía antes de que se le diagnosticara la enfermedad se contraponen con sus actitudes y puntos de

vista, lo cual le impide hacer los ajustes necesarios para adaptarse a sus nuevas condiciones que el mal le impone.

La exposición anterior desgraciadamente suele traducirse en términos generales en un constante sabotaje o incumplimiento de las indicaciones prescritas por su médico tales como: no llevar la dieta, no tomar los medicamentos de la forma indicada, no hacer ejercicio, etc. (Zarate, 1992). El incumplimiento del tratamiento por parte del paciente diabético ha sido identificado desde hace tiempo como una seria causa de alteraciones diversas propias de la enfermedad que minan cotidianamente la calidad de vida de los pacientes, se ha estimado que de un 40 a 50 % de los pacientes diabéticos fracasa en el seguimiento de las instrucciones del doctor (Gillum y Basky, 1974).

Surwit, Feinglos y Scovern (1983) señalan que debido a que los pacientes diabéticos deben asumir un rol mayor, a menudo complejo, en su propio cuidado, la adherencia al régimen de tratamiento presenta un problema conductual único. Sin embargo, el incumplimiento se ha relacionado con muchas variables entre las que se destacan: la duración y complejidad del tratamiento, el grado de incapacidad producida por la enfermedad y el grado de cambio en la conducta requerida por el tratamiento el cual esta asociado con la adherencia a los programas del plan general médico (Blackwell, 1976). Otros reportes demuestran que el cumplimiento con regímenes diabéticos en particular esta asociado con: el entendimiento del paciente en cuanto al proceso de la enfermedad, la severidad percibida de la misma y los aspectos emocionales negativos asociados con el control (Alonga, 1980).

Por otro lado, no sólo las actitudes negativas tendrán un papel relevante en el curso de la adherencia terapéutica del diabético, es también muy común que el estado de tensión emocional (estrés) sea también determinante en el control glucémico del mismo.

Desde hace años los investigadores han demostrado los efectos concomitantes fisiológicos de los trastornos emocionales en el diabético. Estudios realizados por Hinkle, Wolf y colaboradores en la década de los 60s demostraron mediante observaciones detenidas los efectos del estrés emocional en la desregulación homeostática de los pacientes diabéticos. Sus estudios demostraron definitivamente que la regulación glucémica puede ser seriamente alterada por factores emocionales diversos. Sus resultados obtenidos sobre las fluctuaciones en los niveles de azúcar en sangre, según las variaciones del estado emocional de más de 100 sujetos llevadas a cabo en condiciones de laboratorio, comprenden ejemplos de curvas de tolerancia de glucosa notablemente distintas en el mismo individuo. En general, la curva es más alta cuando el sujeto se siente hostil y deprimido, y es más normal cuando el sujeto se siente aceptado y atendido por los investigadores (Wittkower et al, 1966). Haynat y Pasini (1980) también han destacado al estrés psicológico como elemento agravante del control metabólico del diabético; así mismo Lipkin y Cohen (1984) han llamado la atención de los trabajadores de salud exhortándolos a ser más conscientes de los problemas emocionales que enfrentan los pacientes diabéticos indican que: la tensión emocional puede incrementar en el paciente su nivel de glucosa. De hecho, el inicio de la enfermedad frecuentemente se relaciona con un período particularmente angustioso en la vida del paciente

Siguiendo con este punto, se ha establecido el papel que juega el estrés en el desarrollo de hiperglucemia, lo cual ha sido más justificado en los diabéticos tipo II que en los tipo I. Incluso, se ha demostrado que la administración de benzodiazepinas disminuye la glucemia cuando una persona se encuentra tensa. En general la diabetes puede ser vista como un problema de homeostasis regulada neuralmente en la que el estrés por medio del sistema nervioso autónomo interactúa influyendo en el curso de la enfermedad (Surwit y Feinglos, 1988).

Ahora bien, dicho lo anterior es conveniente enumerar las principales fuentes de estrés a las que se suele enfrentar comúnmente un paciente diabético (además del estrés típico de cada día).

Tales fuentes de estrés quedan comprendidos en:

1. **Inicio y diagnóstico de la enfermedad.** Las actitudes que se muestran desde que la enfermedad se manifiesta pueden convertirse rápidamente en patrones de conducta negativos hacia el tratamiento y hacia la vida misma del sujeto.

El diagnóstico de diabetes puede también ser punto de partida para la aparición de problemas conductuales, en especial de alimentación y de adaptación social; la satisfacción de gustos y caprichos durante el diagnóstico con el tiempo puede llevar a que se obtengan ganancias secundarias por el padecimiento estableciendo acciones que tiendan hacia la manipulación y el chantaje del paciente hacia los demás miembros de la familia (Hermida et al, 1994).

2. **Restricción dietética.** Para el paciente diabético, el desarrollar una dieta rigurosa viene a conformar una de las fuentes de ansiedad y angustia más duras de manejar por el paciente. Por verse impedidos de comer todo lo que antes gustaban (no hay que olvidar que entre 60 y 70 % de los diabéticos son obesos o presentan sobrepeso), la dieta viene a imponer un esquema sumamente traumante para el sujeto. Tal restricción a la comida puede afectar profundamente el psiquismo del adulto y del niño, y se ha observado en muchos enfermos de que a pesar de ser personas inteligentes y sensatas, no son capaces de atenerse a una dieta que resulta indispensable para su salud (De la Fuente, 1986).

3. **Presencia de complicaciones agudas y crónicas** El paciente diabético se angustia cuando sus resultados de laboratorio no son normales, muchas veces aunque la anomalía no tenga un mayor grado de significación clínica negativa. En esta circunstancia, no es raro que muchos pacientes experimenten temor, sentimiento de pérdida, tristeza y hasta culpa por no seguir las indicaciones del médico.

La incertidumbre acerca del futuro suele ser una fuente constante de angustia y ansiedad para el diabético que aunado al descontrol farmacológico provoca que muy comúnmente se presenten hospitalizaciones, complicaciones, confrontación con diversos tratamientos y en general disminución de su calidad de vida (Zarate, 1992).

Las sugerencias más usuales resaltan la conveniencia de identificar las crisis adaptativas por las que atraviesa el diabético desde el inicio y diagnóstico de la enfermedad, facilitando la expresión abierta de las emociones negativas asociadas a la pérdida de la salud por parte del paciente como de sus familiares. Al momento del diagnóstico habrá áreas que requieran de un mayor apoyo por la

incertidumbre y miedo respecto al futuro, los sentimientos de culpa o coraje, la impotencia y desesperanza respecto al manejo de la enfermedad, el abandono de las metas en la vida así como finalmente es de suma trascendencia lograr un reconocimiento de los ajustes requeridos en la vida ante una condición de este tipo (Etzwiler, 1986).

De tal manera, el impacto psicosocial se vincula con el momento en que el sujeto conozca el riesgo, su diagnóstico, las secuelas y la gravedad de éstas; la percepción individual y familiar que se tenga, y la información que adquiera sobre algunos aspectos específicos y relevantes de la historia natural del padecimiento (Lifshitz e Islas, 1993).

Por otra parte, a la fecha no existe evidencia científica de una "personalidad diabética", a diferencia de lo que sí se observa en otras enfermedades crónicas como la cefalea, el asma o la hipertensión (Dunn y Turtle, 1981). La misma opinión es compartida por Lloveras (1990) quien niega que el diabético presente una psicología especial o peculiar. Aunque, el mismo Lloveras admita tenga eso sí, la caracterología del enfermo crónico y problemas propios del paciente que, además, pueden influir decisivamente en el curso de su vida tales como: *aprensión, sentimientos de frustración y problemas del carácter.*

Dicho de otro modo, tiene los problemas del que para sentirse autónomo ha de responsabilizarse acertadamente en el autocontrol de su enfermedad. Además de "paciente" es, por lo tanto, "agente" de su dolencia (Lloveras, 1990).

Sin embargo, otros estudios llevados a cabo por Lustman y colaboradores (1986) han encontrado que el paciente diabético presenta un mayor grado de psicopatología que la población no diabética. En un estudio realizado a 114 pacientes diabéticos tipo I y tipo II reportó que el 70 % tenían algún padecimiento psiquiátrico, dentro del cual el trastorno depresivo mayor representaba 33 % de los casos, el trastorno de ansiedad generalizada 41 % y el 14 % sufría un episodio depresivo al momento del estudio, la frecuencia de trastornos psiquiátricos fue mayor en aquellos con mal

control metabólico y se observó que la presencia de trastornos psiquiátricos aumentaba a su vez la incidencia de los síntomas propios de la diabetes

En estudios más recientes Lustman y colaboradores (1992) informaron que la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo I y tipo II es más alta que en la población general (20 % vs 3 a 10 %), con predominio en los tipo II. Los síntomas de depresión que con mayor frecuencia se le atribuyen a la diabetes son: pérdida de peso, cansancio, hipersomnia, disminución de la actividad psicomotriz y pérdida del interés sexual (Vázquez et al, 1993)

En pacientes diabéticos es frecuente que se presenten estados de ansiedad y depresión en diversa gravedad, tanto en el período de duelo que se acompaña con el conocimiento del diagnóstico así como de la modificación de patrones de vida y posteriormente cuando se manifiestan complicaciones propias del padecimiento de larga evolución y, sobre todo si se ha cursado con un control irregular de cifras de glucemia (Lifshitz, 1996)

Vázquez et al (1993) mencionan que en el caso específico de la diabetes mellitus existen componentes biológicos que pueden provocar estados ansiógenos (como la hipoglucemia) pero que salvo estos casos, todo estado de ansiedad o depresión puede deberse al estrés al que es sometido el enfermo tales como diagnóstico, restricción dietética, presencia de algunas de las complicaciones o el simple hecho de encontrarse impedido físicamente de manera normal y permanente

La anterior enunciación puede confirmarse en la relación que existe entre enfermedad somática, ansiedad y depresión, la cual es confirmada cotidianamente en la práctica clínica por los médicos de todas las especialidades, ya que según algunos datos recabados por la OMS se estima que en las consultas médicas, entre un 25 y un 40 % de los pacientes presenta síntomas relevantes de ansiedad. Este porcentaje se eleva considerablemente a ciertos diagnósticos: cáncer, diabetes o afecciones cardiacas entre las más comunes (Ayuso, 1988). En todo caso conviene señalar la necesidad de conformar un perfil psicosocial del paciente diabético que incluya una valoración tanto

biológica como psicológica del mismo que tienda a constituirse dentro del expediente clínico, labor que bajo la óptica de Lifshitz e Islas (1993) resulta indispensable para la promoción del control de la enfermedad de los pacientes.

Por otra parte aunque la investigación de los factores psicológicos en la búsqueda de la personalidad diabética declinó con el tiempo, un grupo de investigadores continúa sosteniendo que la incidencia de problemas emotivos y de comportamiento es más alta entre las personas diabéticas que entre la población sin diabetes. Es también en este ámbito que Hernida, y colaboradores (1994) citan a Mazze quien en 1984, demostró la relación entre el estado psicológico y el control metabólico en el que establece que si los pacientes mejoran su control metabólico, disminuyen la ansiedad y la depresión.

En resumen se ha abordado el problema de los desajustes psicosociales de la diabetes desde un punto de vista causa-efecto estudiando a su vez la participación de los factores psicológicos sobre el inicio y curso de la diabetes, así mismo se ha analizado el impacto de la enfermedad en la adecuación psicológica y de ésta en la salud física del paciente.

Siguiendo estas líneas una conclusión indica la necesidad de desarrollar una relación estrecha entre el individuo y su enfermedad para lograr un grado de control metabólico satisfactorio.

En lo que toca a las personas con antecedentes y riesgo potencial a la diabetes es evidente que la mayor parte de los estudios se han realizado en el aspecto genético-fisiológico comparativo donde las investigaciones han tenido que realizarse particularmente en dos tipos de personas: hijos de diabéticos por un lado y, por el otro, poblaciones específicas que tradicionalmente han mostrado alta incidencia de diabetes no dependiente de insulina, como la de los indios pima (Johnson y Taylor, 1990). Sin embargo, en lo referente a los factores emocionales de éstos no es muy factible encontrar estudios que resalten algunos aspectos en particular, sobre todo en lo referido con la evaluación psicoafectiva de individuos "que saben" se encuentran ante una situación de amenaza real y que pone

en riesgo el futuro de su integridad física, de tal manera que existe una laguna en cuanto al conocimiento de los factores psicosociales que rodean a los individuos que presentan un alto riesgo para desarrollar la diabetes mellitus (Lifshitz, 1995).

3.4 ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE DIABÉTICO.

Como se ha tenido oportunidad de observar en el apartado anterior y en base a los principios señalados por la psicología de la salud, es obvio que el paciente diabético no funciona en un medio aislado, sino que interactúa en un medio familiar, laboral y social (Hermida et al, 1994).

Ahora bien, dado que la diabetes tiene un gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen se hace imprescindible que la atención del paciente introduzca otros aspectos además de aquellos relacionados al desajuste metabólico básico propio del padecimiento. Es por ello que en mayor grado los especialistas médicos han tenido que reconocer que el éxito del tratamiento de un paciente diabético requiere tiempo, comprensión y habilidades por parte del médico, el cual a su vez debe apoyarse (idóneamente) en un equipo multidisciplinario que incluya cuando menos a un nutriólogo y un oftalmólogo (Lerman, 1994). Así pues, en un estudio realizado por investigadores brasileños del Hospital Universitario de Londrina en Paraná se brindó una atención interdisciplinaria con pacientes diabéticos tratando de abordar a los pacientes en su integridad biopsicosocial. Para el estudio se conformó un equipo multidisciplinario compuesto por tres médicos docentes, tres médicos cirujanos, una enfermera, un trabajador social y un psicólogo.

El principal objetivo del equipo fue el de realizar un trabajo de educación y concientización de los pacientes donde el diabético aprenda sobre su enfermedad y a manejar las complicaciones. El trabajo educativo estuvo a cargo de los médicos y la enfermera, la adaptación social fue enfatizada por el trabajador social y un asistente, el psicólogo realizó un trabajo de apoyo individual y grupal favoreciendo la concientización del paciente ante su mal. Los resultados de esta

investigación se compararon con diabéticos atendidos bajo un régimen tradicional (puramente médico).

A partir de ésta experiencia se observa que, la atención a un diabético es más efectiva cuando se realiza de forma multidisciplinaria ya que ayudan a controlar más apropiadamente los índices glucémicos del paciente, además de controlar la angustia y depresión de los enfermos y de lograr una mejor adaptación social en general en contraste con los pacientes atendidos bajo un régimen tradicional quienes en general mostraron mayores dificultades para enfrentar la enfermedad (Scarinci et al, 1988).

Por su parte, el actual conocimiento sobre algunos factores de riesgo asociados a la diabetes así como los indicadores tempranos de la aparición de complicaciones abre grandes posibilidades en la medicina preventiva del paciente diabético. Sin embargo, también representa un enorme compromiso para los profesionales de las ciencias de la salud, especialmente para los médicos, quienes a diario encuentran pacientes diabéticos en su práctica profesional. Es obligatorio intentar la ayuda integral de tales pacientes, fomentando cambios en sus hábitos de vida tendientes a evitar complicaciones o cuando estas se presentan ayudar a enfrentarlas ofreciendo las mejores alternativas (Lerman, 1994). Finalmente hay que destacar que la diabetes afecta a todo el entorno familiar del paciente, por lo que hay que aprender a escuchar al enfermo y a sus familiares, así como comprender sus necesidades

CAPÍTULO IV

PRINCIPIOS DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

4.1 NOCIONES TEÓRICAS DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE).

Si se entiende por emoción a todo estado interno caracterizado por cogniciones y sensaciones específicas, reacciones fisiológicas, y conducta expresiva que aparece de manera repentina y que son difíciles de controlar, es lógico inferir que las cogniciones no sólo están mezcladas, sino también tienden a estar unidas a las emociones o afectos.

Rimm y Masters (1984) mencionan que la psicología cognoscitiva se interesa específicamente en los procesos de pensamiento y que por ello, un método cognoscitivo tiende a modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento del cliente.

Dentro de las terapias conocidas genéricamente como cognitivo-conductuales, la Terapia Racional Emotiva (TRE) creada por Albert Ellis en el año de 1955 es una de las más destacadas y reconocidas en el ámbito de la psicología clínica (Davidoff, 1990).

Concretamente en el enfoque de la TRE se enfatizó la forma en que se perciben los hechos y cómo estos interactúan con nuestra evaluación cognitiva, emocional y conductual; es decir,

parte de la base de que el sujeto percibe y configura su entorno como resultado de una integración de estímulos que se traducen en imágenes, pensamientos, esquemas y convicciones (Valdés y Flores, 1985).

El punto axial de la intervención terapéutica y también de la génesis y mantenimiento de las perturbaciones psíquicas es, según Ellis, el pensamiento; dicho con más precisión: unos procesos cognitivos disfuncionales que están representados en la forma de “actitudes irracionales” o de conglomerados de sistemas de ideas irracionales y que se asocian con conclusiones falsas, hipergeneralizaciones, simplificaciones indebidas y falta de flexibilidad al juzgar ciertos hechos (Kriz, 1990). A causa de la interdependencia de percepción, conducta, sentimiento y pensamiento, puesta de relieve por Ellis, estos procesos cognitivos (y por lo tanto también su manifestación terapéutica) afectan al mismo tiempo a todas las funciones vitales humanas fundamentales

Por su parte ya Ellis (1972) señala que en la antigüedad los filósofos estoicos advertían que “los hombres no se inquietan a causa de las cosas como tales sino de las opiniones que sobre ellas se tienen”.* Esta concepción que, exceptuando a los empiristas, no fue cuestionada prácticamente por ningún epistemólogo en los siglos que siguieron (Kriz, 1990).

Así por ejemplo, si alguien ha reprobado un examen y se siente y comporta como deprimido inmediatamente tanto el sujeto como quienes le rodean identificaran al hecho de reprobar el examen como el elemento o agente causal de tal estado depresivo.

Para Ellis, si alguien ha reprobado un examen, puede ocurrir que como consecuencia inmediata de ello se deprima, pero que al mismo tiempo elabore estrategias que le ayuden a

* Hay que destacar la profunda influencia de que fue objeto el estoicismo por parte de filosofías orientales, donde la manera de percibir e interpretar los acontecimientos o sucesos pesan más que los mismos hechos

superar el problema que se le presenta. Sin embargo, también puede ocurrir que como consecuencia de no haber acreditado el examen se deprima, se sienta un fracasado, tema nunca más poder pasar una prueba, permanezca inactivo y paralizado en su casa, y aun que se entregue a ideas de tipo suicidas. Si se pregunta a esta persona por las razones de su conducta y su depresión, lo más lógico para la persona y más probable es que responda que obedece a su fracaso en el examen. Sin embargo tal explicación considerada así en pura lógica es falsa; si fuera correcta, todas las personas que han fracasado en un examen tenderían a reaccionar de la misma manera. Pero las más viven esa circunstancia como algo desagradable en mayor o menor grado; y hasta es concebible que alguien reaccione con alivio y se diga "mejor desaprobado que con una mala nota de calificaciones en mi historia; así puedo repetir la prueba y tengo la posibilidad de mejorar la calificación" (Ellis y Dryden, 1989).

De tal forma, resulta evidente que la depresión, la ansiedad, las ideas suicidas, etc., en manera alguna son la única consecuencia directa del suceso "fracaso". Para la TRE son más efectivamente las valoraciones cognitivas las que ligan este suceso con aquellas consecuencias.

El fundamento teórico y práctico de la TRE plantea la hipótesis central de que las personas se hablan así mismas, y que la clase de cosas que se dicen afectan de forma significativa su conducta y sus emociones, y algunas veces las conduce a presentar ciertos disturbios emocionales. Dentro de este enfoque existe también la hipótesis de que la gente observa y piensa acerca de su conducta, y que al hacerlo afecta a la misma de manera importante. Así pues, si ante cualquier hecho que provoca un sentimiento depresivo tal sentimiento se percibe y se piensa traduciéndose en frases como "que malo es estar así" o "no debería sentirme deprimido, los demás se preocuparán si me ven así"; produciendo con ello mayor malestar y acentuando aun más el estado depresivo (Ellis, 1970).

En el caso anterior, la persona se siente deprimida porque se convence así misma de que es terrible que las cosas no salgan como uno desea, o porque se crea un fracasado si falla en alguna tarea o evento presente.

Resumiendo, la TRE se deriva directamente de una teoría que supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos e irracionales de pensamiento, advirtiendo que dichos patrones de pensamiento (cogniciones) típicamente se manifiestan por sí mismos en cadenas de verbalizaciones preconcientes implícitas, las cuales surgen de suposiciones que comprenden el sistema de creencias básicas del individuo.

4.2 EL MODELO A-B-C DE LA TRE Y LOS CONCEPTOS DE RACIONALIDAD E IRRACIONALIDAD.

Bajo las premisas esbozadas con anterioridad, Ellis creó el modelo A-B-C de su denominada TRE, en el que se sostiene que las cogniciones absolutistas, dogmáticas, cargadas de autoderrotismo y malestar se pueden caracterizar como irracionales, las cuales suelen (aunque no siempre) impedir y obstaculizar a las personas el alcanzar y superar metas y propósitos importantes en la vida (Ellis y Dryden, 1989).

De tal forma Ellis ha podido comprobar, apoyado en una gran producción experimental que los seres humanos realizan actos ilógicos cuando están alterados y que tales distorsiones cognitivas son una manifestación de alteración psicológica (Ellis y Dryden, 1989).

En su modelo A-B-C Ellis retoma ésta tesis haciendo hincapié en lo que se conoce como consecuencias o reacciones emocionales conductuales, señalando que la TRE observa cómo la personalidad y sus alteraciones comienzan con los intentos de la gente al ver realizados o frustrados sus objetivos al enfrentarse cotidianamente con un conjunto de factores

medioambientales que hacen las veces de acontecimientos desencadenantes o activadores conocidos como la parte "A" o "As" del modelo. Estos "As" suelen ser acontecimientos presentes y corrientes, o las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona a esos hechos, pero con la singularidad de hallarse envueltos en recuerdos o pensamientos (conscientes o inconscientes) de experiencias pasadas. Según Ellis, los individuos están dispuestos a buscar y responder a estos "As" debido a: 1) sus predisposiciones biológicas y genéticas; 2) su historia constitucional; 3) su aprendizaje social e interpersonal, y 4) sus patrones de comportamiento innatos y adquiridos (Ellis y Dryden, 1989).

La TRE afirma que las personas elaboran innumerables creencias, ideas o pensamientos sobre sus acontecimientos activadores (A), tales patrones de pensamiento quedan representados por el punto "B" del modelo; estas creencias a su vez ejercen una fuerte influencia en sus consecuencias cognitivas, emocionales y comportamentales las cuales quedarían expresadas en el punto "C"

De esta manera aunque se suele pensar que "A" es la causa directa de "C", esto casi nunca es verdad, ya que "B" es causa o crea la forma más directa de "C" (Ellis y Dryden, 1989) En el caso de las enfermedades orgánicas Ellis opina que cuando por ejemplo caemos enfermos (acción precipitante A) y nos sentimos ansiosos o deprimidos (punto C), no es directamente A lo que nos hace sentir tales emociones, sino que es más propiamente B (nuestro sistema de creencias irracionales) lo que provoca estos estados aunque destacando que el evento A también contribuye de forma significativa (Ellis, 1990).

Ahora bien es conveniente distinguir entre creencias o ideas irracionales de aquellas que son racionales.

De acuerdo con la TRE, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida, y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone que en el establecimiento y

persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor conciencia de que viven en un mundo social.

Por tanto, una filosofía del propio interés, implica que una persona se coloca a sí misma en primer lugar, pero pone a los otros en un segundo lugar muy cercano. Esto supone una contradicción con la filosofía del egoísmo donde los deseos de los demás no son respetados ni tenidos en cuenta. Suponiendo que las personas tiendan a ir directamente hacia sus metas y propósitos básicos lo racional impele hacia la consecución de dichas metas y objetivos; por el contrario lo irracional sería lo que les frena. Sin embargo, la racionalidad no puede definirse de forma absoluta, ya que es relativa por naturaleza (Ellis y Dryden, 1989) lo cual sin embargo no debe ser un obstáculo para intentar definirla.

Según Ellis y Bernard (1990) las creencias racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial (no absoluto). Por lo tanto, el pensamiento que aspire a la racionalidad implica ser más científico, claro y sobre todo flexible, colaborando a que las personas vivan más y mejor mediante: 1) el establecimiento o la elección para sí mismas de ciertos valores, fines, metas o ideas que generen (presumiblemente) el bienestar personal y el de otros; y 2) el empleo de medidas eficientes, flexibles, científicos y lógicos-empíricos para conseguir (también presumiblemente) tales valores y metas para de esta manera evitar resultados contradictorios y autoderrotistas.

Los sentimientos positivos de placer y satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean, por el contrario, los sentimientos negativos de displacer e insatisfacción (tristeza, preocupación, disgusto, ira, etc.) suelen experimentarse cuando no se consigue lo que se desea. Tales sentimientos humanos negativos y naturales (cuya fuerza está estrechamente ligada con la importancia del deseo) son considerados para la TRE como respuestas naturales a los acontecimientos negativos que hayan podido ocurrir, siempre y cuando estas no interfieran en la

persecución de nuevas metas y propósitos básicos. Estas creencias serían racionales por dos aspectos: 1) porque son relativas, y 2) porque no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos en el ser humano (Ellis, 1962).

En consecuencia las creencias irracionales se definen como pensamientos que intervienen seriamente y sin necesidad en la vida, más específicamente en las metas individuales a corto y a largo plazo. Su característica básica se determina por su alto grado de dogmaticidad y de ser absolutistas por naturaleza, carentes de medios flexibles en la forma de elaborar una evaluación (juicio) óptimo y funcional (Ellis, 1962; Ellis y Bernard, 1990). La TRE contempla las creencias irracionales, los sentimientos inadecuados y las conductas autoderrrotistas como hechos interactivos y transaccionales (sistémicos). De tal manera, si una mujer piensa: "tengo que hacer bien mi trabajo no importa bajo que condiciones" o "es terrible si no lo hago y eso hace que sea una mala persona", tenderá a sentirse ansiosa, deprimida e inadecuada y es probable que con toda seguridad actúe de manera pobre e ineficiente durante las entrevistas de selección de personal y demás situaciones laborales. Lo que es más, sus sentimientos inadecuados de, por ejemplo, depresión, fomentarán el que piense de manera más irracional y se comporte peor aún (ejemplo, nunca podré llevar a cabo ningún tipo de trabajo) lo que a su vez favorecerá sentimientos de ansiedad y acentuarán en mayor grado su depresión (Ellis y Bernard, 1990).

Tal y como señalan las teorías cognitivo-conductuales, la TRE no contempla los pensamientos, sentimientos y conductas humanas como "puras" o monolíticas, sino que casi siempre se hallan íntimamente ligadas unas a otras; y esto puede resultar especialmente cierto tratándose de pensar, sentir y comportarse (Kriz, 1990).

Al contrario de otras teorías que acentúan el impacto de los acontecimientos vitales significativos en la aparición de una alteración psicológica, la TRE afirma que la tendencia "natural" de las personas a pensar de forma irracional está determinado por factores biológicos

(que interactúan siempre con las condiciones ambientales) apoyándose en la evidencia de que en potencia todos los seres humanos tienen pensamientos “retorcidos”, incluso las personas que han sido educadas en la racionalidad y que a pesar de haber recibido una educación conforme a la racionalidad eventualmente todos los individuos podrían convertir sus preferencias individuales y sociales en exigencias absolutistas e irracionales respecto a: 1) sí mismos, 2) a los demás, 3) al mundo que los rodea (Ellis, 1970).

Ellis y Dryden (1989) presentan lo que constituyen sus evidencias a favor de la hipótesis sobre la base biológica de la irracionalidad humana:

- 1) En potencia todos los seres humanos, incluidas las personas brillantes y competentes, demuestran tener los principales pensamientos irracionales
- 2) Todos los pensamientos irracionales productores de trastornos que se han descubierto en nuestra sociedad, también han sido encontrados en prácticamente todos los grupos sociales y culturales que se han estudiado en Historia y Antropología
- 3) Muchas de las conductas irracionales que realizamos, como “el dejar para mañana lo que puedes hacer hoy” o la falta de autodisciplina, van en contra de las enseñanzas de nuestros padres, amigos y medios de comunicación
- 4) Los humanos (incluso las personas inteligentes y brillantes) una vez abandonadas y superadas las irracionalidades, adoptan otras nuevas
- 5) Las personas que se oponen con toda su fuerza a diversos tipos de conductas irracionales a menudo son presas de estas mismas irracionalidades. Los ateos y agnósticos predicán filosofías profundamente religiosas y los individuos profundamente religiosos actúan inmoralmente
- 6) Caer en la cuenta de los pensamientos y conductas irracionales ayuda a cambiarlos sólo parcialmente. Por ejemplo, hay personas que saben que beber alcohol en grandes cantidades es dañino, pero el hecho de saberlo no les conduce necesariamente a abstenerse de beber
- 7) Los humanos a menudo recaemos en hábitos y patrones de conducta irracional, incluso aunque hayamos trabajado mucho para vencerlos
- 8) Las personas a menudo encuentran más fácil aprender conductas de autodestrucción que de valoración. De hecho, no suele haber problemas para comer más de la cuenta, pero sí para seguir una dieta sencilla
- 9) Psicoterapeutas que debieran ser un buen modelo de racionalidad para sus pacientes, a menudo actúan irracionalmente en su vida personal y profesional

10) Las personas con frecuencia se autoengañan creyendo que algunas experiencias negativas (divorcio, estrés, infortunios diversos) no les van a ocurrir.

No obstante, la TRE sostiene que los seres humanos tienen una segunda tendencia biológica básica, destinada a ejercitar la capacidad de elección y a trabajar contra el pensamiento irracional. Por eso, tienen: 1) la habilidad de darse cuenta de que se trastornan así mismos por su visión irracional de las situaciones, 2) la habilidad de darse cuenta de que pueden cambiar su pensamiento, y lo más importante 3) la habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar este pensamiento, mediante la aplicación de métodos cognitivos, emotivos y conductuales (Ellis y Dryden, 1989). En este sentido hay que destacar que para la TRE todos los seres humanos con un mínimo grado de conciencia y juicio mostrarán ideas irracionales en algún grado más o menos variable pudiendo ir desde moderado hasta altamente irracional, así como de observar variaciones en el contenido de las mismas (Ellis, 1985).

De esta manera y después de muchos años de investigación, Ellis identificó 12 ideas irracionales más frecuentes en la cultura occidental las cuales son el sustento cognitivo de una gran variedad de desajustes emocionales (Ellis, 1972), estas se enumeran como sigue:

1. La idea de que un adulto tiene que ser apreciado absolutamente en todas sus acciones, en lugar de concentrarse él en su autorrespeto, en obtener reconocimientos con fines prácticos y en amar en lugar de ser amado.
2. La idea de que una persona debe ser en todos los terrenos posibles en extremo competente, inteligente y obtener logros, en lugar de la idea de que mejor sería hacer las cosas bien y aceptarse como un ser enteramente imperfecto que tiene límites como todos los hombres y, además sus propias flaquezas.
3. La idea de que ciertas acciones son terribles o malas, y que las personas que las producen deberían recibir un riguroso castigo, en lugar de la idea de que ciertas acciones son inadecuadas o antisociales, y que las personas que las producen son ignorantes, se conducen neuróticamente y lo mejor sería ayudarlas a cambiar.
4. La idea de que es terrible que las cosas no sean como a uno le gustaría, en lugar de la idea de que es lástima que ocurra de esa manera, y que lo mejor es tratar de modificar o de controlar las

condiciones de tal suerte que se vuelvan más satisfactorias y, si esto no es posible, aceptar temporariamente su existencia.

5. La idea de que la miseria humana es causada desde fuera y nos es impuesta por personas o sucesos, en lugar de la idea de que las perturbaciones emocionales son causadas por la visión que el individuo tiene de las circunstancias.
6. La idea de que uno se irritará terriblemente si se presenta o amenaza algo peligroso o terrible, en lugar de la idea de que es mejor hacerle frente y volverlo inofensivo y, si esto no es posible, aceptar lo inevitable.
7. La idea de que es más simple evitar que afrontar las obligaciones y las dificultades de la vida, en lugar de la idea de que el camino que pretende ser simple es a la larga el más difícil.
8. La idea de que uno necesita algo más fuerte o más grande que uno mismo en lo cual confiar, en lugar de la idea de que lo mejor es asumir los riesgos de pensar y actuar con independencia.
9. La idea de que algo influirá irrestrictivamente sobre la vida porque antes tuvo mucho influjo, en lugar de la idea de que uno puede aprender de sus experiencias anteriores sin quedar adherido a ellas ni resultar dañado.
10. La idea de que es preciso ejercer controles seguros y perfectos sobre las cosas, en lugar de la idea de que el mundo esta habitado por la probabilidad y el azar, y de que a pesar de ello es posible gozar de la vida.
11. La idea de que la felicidad se puede alcanzar por medio de la pereza o la inactividad, en lugar de que la idea de que los hombres son más felices cuando se entregan por entero a fines creadores o cuando se dedican a otros hombres y proyectos.
12. La idea de que uno no gobierna sus propios sentimientos y de que no puede hacer nada para sentir determinadas cosas, en lugar de la idea de que uno tiene un enorme gobierno sobre los sentimientos destructivos si se decide a modificar las hipótesis ciegas y anticientíficas sobre cuya base produce esos sentimientos destructivos.

4.3 IRRACIONALIDAD Y SALUD FÍSICA.

En el año de 1953 (dos años antes de que Ellis presentara su teoría de la TRE) El Dr. Adr Vander en su obra titulada *Los nervios y la curación de sus trastornos* presenta su teoría sobre lo que llama: *las ideas perturbadoras como unidad de causas de los trastornos nerviosos y del carácter*. En su obra cita: “Estudiando a fondo, desde hace años, los trastornos del carácter, las diversas neurosis, los desequilibrios nerviosos, etc., todo lo cual suma un sin fin de trastornos diversos, llegamos a descubrir que hay una causa fundamental y unitaria, de la cual nacen todos ellos. Esta causa son ciertas ideas que el sujeto elabora y se van acumulando dentro de la personalidad, envenenándola y haciéndola enfermar, al igual que los venenos e impurezas materiales hacen enfermar el cuerpo. A estas ideas las hemos llamado ideas perturbadoras porque por diversas que sean, todas tienen el común de perturbar el normal equilibrio psicológico y emocional de la persona” (Vander, 1953)

A lo largo de su experiencia clínica Ellis apunta se estima hasta en más de 50% de los pacientes examinados por los médicos presentan algún trastorno emocional que no procede directamente del mal orgánico, sino de reacciones emocionales. Según este punto de vista no se trata de saber si la enfermedad de un paciente es orgánica o funcional, sino más bien de tratar de determinar en que extensión lo es, ya que como él mismo apunta: “toda enfermedad es una combinación de ambas cosas en proporciones variables” (Ellis, 1991).

De tal forma cuando las personas están enfermas o lastimadas tienden a experimentar cambios psicológicos en diversos grados de intensidad, tales cambios son a veces más importantes que la enfermedad, tan es así que con frecuencia dan a los pacientes la motivación primaria para buscar tratamiento médico. En muchos casos es bien sabido que los pacientes se hallan más asustados que enfermos y cuando se les asegura que su trastorno físico no es grave o serio, su alivio emocional permite reducir sus quejas al mínimo (Ellis, 1991).

En este sentido, conviene señalar que por lo que toca a la diabetes mellitus ésta sí representa una enfermedad seria, la cual suele manifestar un carácter altamente estresante para el individuo. Por ello Ellis (1991) señala que las personas que padecen alguna enfermedad crónica pueden más fácilmente albergar creencias irracionales debido a que tales sujetos suelen encontrarse ante la disyuntiva en la que se hallaran pidiendo o exigiendo, más bien que intensamente deseado o prefiriendo tener buena salud, aduciendo que dichas exigencias o demandas lejos de coadyuvar a contender o afrontar con la posibilidad o realidad de la mala salud facilitan a que se sienta severamente trastomada o más enferma de lo necesario.

Forman, Tosi y Rudi (1987) encontraron que pacientes que padecen ciertos desórdenes psicósomáticos: *migraña* y *ulcera péptica*, presentan un mayor número de ideas irracionales comparados con sujetos control, particularmente en perfeccionismo, autodevaluación y culpabilidad.

Kaplan y Sadock's (1994) lo mismo que Duncan (1976) han destacado el carácter psicósomático de la diabetes sobre todo en lo que se refiere al incremento del nivel glucémico como consecuencia emocional aunque no se cuente con referencias sobre su vinculación con ideas irracionales. Por otra parte como lo han señalado Lipkin y Cohen (1984) lo mismo que Figuerola (1990) destacan la "actitud negativa" con que suele conducirse el diabético afectando el control metabólico y médico desarrollando aun más la misma enfermedad.

Ellis y Bernard (1990) han mencionado que la no adherencia de los pacientes a su tratamiento es un problema que a menudo se pasa sin más por alto. Esto resulta erróneo porque cualquier tratamiento y las "tareas para casa" del mismo son útiles únicamente si son llevadas a cabo directamente a los problemas.

En el caso de la diabetes mellitus este aspecto resulta ser el punto axial del control para evitar complicaciones. Meichenbaum (1977) ha mencionado que las terapias de reestructuración

cognitiva (incluyendo la TRE) suelen utilizarse para analizar el contenido de los pensamientos de los clientes y más concretamente el estilo de su pensamiento, sentimientos y conductas ya que estos dan indicios de las premisas, supuestos y actitudes que subyacen a sus condiciones.

Por lo tanto una evaluación cognitiva de los pacientes diabéticos coadyuvaría a dilucidar en que medida las ideas irracionales podrían estar implicadas con desajustes emocionales y estos a su vez afectar otra serie de aspectos que se relacionan con la calidad de vida del paciente, ya que como se ha visto con antelación los correlatos emotivos de los pacientes que sufren enfermedades crónicas se encuentran estrechamente vinculados a la interpretación psicológica-cognitiva que el sujeto realiza de su situación, lo que le lleva a realizar una configuración perceptiva, interpretativa y vivencial de la situación que le condiciona una determinada enfermedad (Wayne et al, 1987).

Finalmente, para concluir esta introducción a la teoría de Ellis más recientemente un grupo de psicólogos cubanos de la Universidad de la Habana han hecho referencia a lo que bien podría llamarse el equivalente conceptual de las ideas irracionales apuntadas por Ellis (1972). Los investigadores cubanos han hecho referencia de una serie de ideas las cuales han sido encontradas en personas con problema de salud de tipo crónico, principalmente en individuos con problemas cardíacos y de insuficiencia renal aduciendo lo siguiente: "es importante que debemos referirnos a una serie de mecanismos psicológicos directamente responsables de la aparición de eventos emocionales indeseables, pueden presentarse de manera situacional en sujetos aparentemente con adecuados recursos personológicos que enfrentan situaciones de conflicto, estos mecanismos son los *circuitos tensionales reverberantes* (González, 1990).

Los circuitos tensionales reverberantes, a diferencia de las ideas obsesivas (las cuales son un trastorno psicológico caracterizado por una angustia provocada por una idea fija, un impulso o un temor irresistible) son preocupaciones que el sujeto no puede eliminar y gradualmente

elabora, enriqueciendo con reflexiones incongruentes que aumentan la tensión por su carácter anticipatorio, no guardando relación proporcional con el hecho real que le afecta (González, 1990).

Hay que advertir que las observaciones realizadas por los investigadores cubanos son esencialmente las mismas desarrolladas por Ellis con la diferencia que este último las ha estudiado sistemáticamente por más de 40 años.

4.4 INVENTARIO PARA MEDIR IDEAS IRRACIONALES.

El inventario de Ideas Irracionales creado por Jones en 1968 es el instrumento que más típicamente se utiliza para medir índices de irracionalidad. El inventario existe en dos versiones, la primera consta de 100 reactivos que evalúan el nivel de irracionalidad retomando las primeras 10 ideas irracionales propuestas por Ellis (1972). La segunda versión es una forma abreviada de la primera y contempla la aplicación de 50 reactivos para su calificación

La calificación se lleva a cabo por idea y se establece que la presencia de 5 ideas irracionales o más (para el caso del inventario de 100) y de 3 o más (para el de 50) considera como irracional a esa idea en particular.

La prueba es de autoaplicación y el sujeto debe leer cada una de las afirmaciones y valorar en una escala que va de 1 a 5 donde:

1. Significa "completamente en desacuerdo"
2. Significa "moderadamente en desacuerdo"
3. Significa "ni de acuerdo ni desacuerdo"
4. Significa "moderadamente de acuerdo"
5. Significa "totalmente de acuerdo"

Al sujeto se le debe dejar en claro que debe marcar lo que realmente siente acerca de tal o cual afirmación y no lo que debería sentir.

En lo que se refiere a la confiabilidad De San Miguel (1992) cita que Heman en el año de 1987 (en México) realizó un análisis factorial del inventario encontrando que son 26 reactivos, agrupados en cinco factores, los que dan cuenta del 70 % de la varianza. Aunque habría que destacar que los resultados de este estudio deben ser tomados con reservas, ya que la población a la que se le aplicó el inventario (100 estudiantes universitarios de la carrera de psicología) fue muy homogénea, y sus resultados carecen de generalidad a otras poblaciones.

Por su parte Palacios (1992) reporta validez de constructo para el inventario de Jones al correlacionar las ideas irracionales con las diversas escalas del MMPI en población mexicana.

CAPÍTULO V

PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS

A través del marco general se ha enfatizado que actualmente la diabetes mellitus por su carácter de enfermedad crónica degenerativa, constituye un problema de salud pública de primer orden a nivel nacional e internacional (OMS, 1994)

Ayuso (1988) ha destacado el hecho de que básicamente todos los pacientes con enfermedades somáticas tienen componentes emocionales asociados, especialmente en el caso de las afecciones invalidantes, graves o crónicas; estos correlatos emocionales expresan cómo el sujeto siente su enfermedad y como reacciona frente a ella. Los correlatos emotivos de los pacientes que sufren enfermedades crónicas se encuentran estrechamente vinculados a la interpretación psicológica cognitiva que el sujeto realiza de su situación, lo que le lleva a formar una configuración perceptiva, interpretativa y vivencial de la situación, que le condiciona una determinada enfermedad (Wavne et al., 1987). dicha configuración está mediada por el pensamiento, el cual, por sí mismo es capaz de alterar los sentimientos y las conductas de los sujetos (Ellis, 1985)

Según el enfoque teórico de la TRE, las consecuencias o reacciones emocionales que surgen ante un evento trascendente para la vida de un individuo se encuentran mediados, de manera significativa por sus pensamientos, los que siendo racionales o irracionales promueven estados de

ánimo positivos o negativos (Ellis, 1966; Ellis 1970). En aspectos relacionados con problemas de salud física, Ellis (1991) señala que especialmente las personas aquejadas con alguna dolencia crónica pueden estar particularmente más expuestas a albergar creencias irracionales debido a la disyuntiva que su situación les impone. Por lo tanto, podría ser factible que el elemento generador de malestar emocional en el paciente diabético sea un patrón de pensamiento de tipo irracional.

Dentro de los objetivos de la psicología de la salud se contemplan aquellos aspectos relacionados con el estudio de la vida psicológica de los individuos que tiendan a identificar, influenciar y solucionar distintos problemas de salud que afectan a la población como son: actitudes, pensamientos, comportamientos, valores, hábitos, etc., los cuales constituyen el objeto de su estudio (Torres Beltran, 1985). Se sabe que la enfermedad suele comportar una situación de debilidad, en sí misma la enfermedad lleva implícita casi siempre sufrimiento, daño corporal o limitaciones de las posibilidades físicas y psicológicas del individuo (Jeammet y Reynaud, 1982). De tal forma, la enfermedad implica ineludiblemente daño a la integridad del sujeto y una molestia en el ejercicio normal de su vida. El cronicismo de cualquier enfermedad crea un especial problema de adaptación social, ya que es evidente que los peligros, los pesos crónicos y los cambios pueden llenar la vida de las personas con dificultades e irritaciones de naturaleza menor, o llegar a provocar verdaderos conflictos que favorecen la aparición de serios desajustes psicoafectivos.

Las investigaciones encaminadas al estudio de las reacciones emocionales del paciente diabético señalan que la ansiedad y la depresión son los principales factores emotivos asociados que suelen manifestarse con el desarrollo de la enfermedad (Lustman et al, 1986; Lustman et al, 1992; Lifshitz, 1996). Otros investigadores han destacado que los estados emotivos de ansiedad y depresión promovidos en el paciente diabético se deben al estrés a que es sometido dicho paciente, el cual involucra aspectos que van desde el período de duelo que se acompaña con el conocimiento del diagnóstico, la restricción dietética, medicación regular, presencia de algunas de las complicaciones

de largo y mediano plazo, o simplemente, al hecho de encontrarse físicamente impedido para desarrollar un estilo de vida "normal" de manera permanente (Figuerola, 1990; Vázquez et al, 1993). Sin embargo, no hay que olvidar que los desajustes emocionales incluyendo la ansiedad y depresión, constituyen entidades frecuentemente vinculadas y condicionadas de manera multifactorial (Avuso, 1988; Vallejo y Gastó, 1990; Nares, 1992).

Por otra parte, se ha estipulado la necesidad de conformar un perfil psicológico en el paciente diabético que tienda a constituirse dentro del expediente clínico, con el fin de promover las acciones preventivas necesarias para el fomento del control de la salud y de la vida de los pacientes (Lifshitz e Islas, 1993). En el caso de los sujetos con antecedentes importantes de riesgo a la diabetes, existe un desconocimiento sobre el estado psicológico-emotivo que guardan estos sujetos en comparación con individuos físicamente sanos, la relación con una situación que ciertamente implica una condición de mayor probabilidad de riesgo a la integridad física no ha sido abordada por los investigadores.

Hasta donde se sabe, no existen en México estudios que comprueben si efectivamente los sujetos diabéticos dada su condición de enfermedad presentan una mayor propensión hacia la irracionalidad en comparación con sujetos control (individuos físicamente sanos). En el mismo caso se establece con sujetos que muestran factores importantes de riesgo a la diabetes (prediabéticos) que tengan conocimiento de las posibilidades para desarrollar la enfermedad; así mismo de estos últimos no se han desarrollado investigaciones que muestren una valoración de sus estados emotivos en materia de ansiedad y depresión, los cuales se puedan comparar con individuos de un grupo control (sujetos físicamente sanos sin antecedentes ya sean clínicos o familiares de diabetes).

Del tal forma, en base a lo anterior se puede establecer un estudio de seguimiento comparativo entre tres condiciones de salud (tres grupos diagnósticos) cualitativamente diferentes: 1) sujetos diabéticos, 2) sujetos prediabéticos, y 3) sujetos físicamente sanos sin ningún tipo de

antecedentes al desarrollo de diabetes que involucren una valoración de los patrones de pensamiento de tipo irracional que median la presencia de estados emocionales indeseables como la ansiedad y la depresión.

5.1 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.

En base a los argumentos mencionados se establecen los siguientes problemas a investigar:

1) ¿Existen diferencias entre los índices de irracionalidad en los grupos de personas con diabetes mellitus tipo II, personas con anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa y en personas físicamente sanas sin ningún tipo de antecedente a la diabetes?

2) ¿Que patrones ideacionales median la presencia de ansiedad y depresión en cada uno de los grupos a estudiar?

OBJETIVOS:

Para el planteamiento No. 1

1.1 Determinar cuál (es) de los grupos presentan mayor grado de irracionalidad en cuanto a número de ideas irracionales

1.2 Identificar cuáles son los tipos de ideas irracionales que se presentan en los diferentes grupos a evaluar

Para el planteamiento No. 2

2.1 Determinar si existen diferencias significativas entre índices de ansiedad y depresión de cada uno de los grupos

2.2 Determinar que patrones ideacionales median la presencia de ansiedad y depresión en cada uno de los grupos

5.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Hipótesis 1: Los sujetos diabéticos tipo II presentarán mayor grado de irracionalidad que los sujetos con anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa y éstos a su vez presentarán mayor grado de irracionalidad que los sujetos físicamente sanos sin antecedentes de diabetes ya sean potenciales o clínicos estableciéndose la siguiente relación: a mayores posibilidades de pérdida de la salud física corresponden mayores tendencias hacia el desarrollo de ideas irracionales.

Hipótesis 2: Los niveles tanto de ansiedad como de depresión en cada uno de los grupos a evaluar se asocian con mayores grados de irracionalidad con la siguiente relación: a mayor grado de irracionalidad mayores índices de ansiedad y depresión.

5.3 MÉTODO.

a) Sujetos

Participaron un total de 72 sujetos que incluyeron hombres y mujeres que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social. El total de sujetos comprendió 3 grupos diagnósticos de 24 individuos cada uno incluyendo a igual número de elementos por género (12 por cada uno).

Los tres grupos diagnósticos se establecieron de la siguiente manera

1) sujetos diabéticos tipo II, 2) sujetos con anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa, y 3) sujetos físicamente sanos sin antecedentes clínicos y potenciales de diabetes

Para seleccionar a los sujetos de todos los grupos se manejaron los siguientes criterios de inclusión:

1) Contaran con una edad comprendida entre un mínimo de 30 años y un máximo de 55, con capacidad para leer y escribir.

2) No estuvieran siendo tratados con algún tipo de psicofarmaco.

3) No padecieran de problemas de drogadicción o alcoholismo.

4) No hubieran sido objeto recientemente de algún tipo de pérdida moral y/o material.

Por otra parte, por cada grupo se establecieron otros criterios particulares que incluyeron los siguientes:

Para diabéticos

<u>Criterios de inclusión</u>	<u>Criterios de no inclusión</u>	<u>Criterio de eliminación</u>
1) Fuera diabético tipo II.	1) Fuera diabético tipo I o cualquier otra clase diferente a tipo II.	1) Fuera diabético tipo II insulino dependiente.
2) No presentara otro tipo de enfermedad que no fuera diabetes.	2) Presentara otras enfermedades ajenas a su diabetes.	2) No se presento criterio para este caso.
3) Tuviera minimamente 1 año de haber sido diagnosticado como diabético y un máximo de 10.	3) Tuviera menos de 1 año y más de 10 de diagnóstico.	3) No se presento criterio para este caso.
4) No presentara de forma regular hipoglucemia.	4) Presentara hipoglucemia regularmente.	4) Presentara hipoglucemia al momento de la evaluación.
5) No presentara trastorno invalidantes o graves propios de su enfermedad.	5) Hubiera presentado trastornos invalidantes o graves propios de su enfermedad como: amputación de algún miembro, diálisis renal, problemas cardiacos, ceguera parcial o total, etc.	5) No se presento criterio para este caso.

Para sujetos con anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa.

<u>Criterios de inclusión</u>	<u>Criterios de no inclusión</u>	<u>No hubo criterios de eliminación</u>
1) No padeciera de diabetes mellitus o alguna otra enfermedad crónica o aguda.	1) Padeciera de diabetes o alguna otra enfermedad.	
2) Tuviere familiares consanguíneos con diabetes tipo II.	2) No tuviere familiares con diabetes tipo II.	
3) No tuviere antecedentes clínicos de anomalía previa de la tolerancia a la glucosa.	3) Presentara antecedentes de anomalía previa de la tolerancia a la glucosa.	
4) Estuviera informado de que la diabetes se puede heredar.	4) No fuera de su conocimiento que la diabetes se puede heredar.	

Para sujetos sanos y sin antecedentes clínicos o potenciales de diabetes

<u>Criterios de inclusión</u>	<u>Criterios de no inclusión</u>	<u>No hubo criterios de eliminación</u>
1) Estuviera exento de cualquier tipo de enfermedad.	1) Padeciera alguna enfermedad crónica o aguda.	
2) No presentara antecedentes clínicos ni familiares de diabetes.	2) Presentara antecedentes clínicos o familiares de diabetes.	

Los sujetos evaluados corresponden a un nivel socioeconómico medio a medio-bajo y el tipo de muestreo que se utilizó corresponde a un muestreo no probabilístico de carácter intencional (Namakforoosh, 1995).

b) Material o instrumentos.

Fueron los siguientes:

1) Una entrevista estructurada específicamente para obtener datos para descripción demográfica y criterios de inclusión para los diferentes grupos (Anexo 1.1).

2) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (IDARE, 1967) en su escala de rasgo (SXR) (Anexo 1.2).

3) Inventario de Depresión de Beck (IDB, 1961) (Anexo 1.3).

4) Inventario de Ideas Irracionales de Jones (1968) (Anexo 1.4).

Los inventarios psicológicos IDARE, IDB e Ideas Irracionales presentan una escala de medición de tipo ordinal, todos cuentan con sus propias instrucciones, son autoaplicables, sencillos de llenar y cuentan con plantillas especiales para su calificación.

c) Situación experimental

La Unidad de Medicina Familiar No. 28 cuenta con un total de 30 consultorios médicos de atención a derechohabientes los cuales se distribuyen en dos plantas principales. Cuenta con un cubiculo para trabajo social, otro para asistentes médicos, uno más para psicología y una sala de usos múltiples. Las áreas administrativas, las coordinaciones, la farmacia, el laboratorio médico y los consultorios de odontología y dermatología se encuentran independientes de los consultorios médicos. En lo que toca a las salas de espera del área de consultorios médicos estas son muy amplias, cuentan con luz natural y artificial bastante aceptables y asientos suficientes para los derechohabientes.

d) Procedimiento

El tipo de diseño empleado correspondió al de una investigación de campo *ex post facto* de tipo exploratorio-comparativo. Es *ex post facto* ya que no se manipulan las variables independientes por parte del investigador y los sujetos son seleccionados en base a juicios o criterios preestablecidos y es exploratorio-comparativo porque finalmente es un estudio piloto que compara variables en diferentes grupos de sujetos (Namakforoosh, 1995).

La evaluación se llevó a cabo en las salas de espera previa autorización de las autoridades médicas de la unidad. Se abarcaron la totalidad de los consultorios y se consiguió el apoyo de las asistentes médicas para la canalización de los sujetos diabéticos así como para el manejo de los expedientes clínicos de los mismos.

Pasos para la obtención de la muestra:

- En diabéticos:

1) Diariamente se procedía a checar las relaciones de citas para el día (orden R1) proporcionadas por las asistentes médicos. En primera instancia se obtenían datos de primera mano como sexo y edad a la vez que, se obtenía el expediente para identificar si se tenía otro tipo de padecimientos ajenos a la diabetes o muy graves asociados a la misma. Si el sujeto cubría en principio con los criterios de inclusión se anotaban el número de consultorio y la hora de su cita.

2) Una vez localizado el paciente la asistente médico le indicaba al sujeto que se le realizaría una evaluación y se encargaba de canalizarlo con los evaluadores. En ese momento se procedía con la presentación y se le indicaba lo siguiente: "estamos realizando un trabajo de evaluación psicológica de los pacientes diabéticos de esta clínica. Dicha evaluación forma parte de un estudio que pretende incorporar sus resultados a su expediente clínico con la finalidad de incluir aspectos emocionales dentro de éste".

3) Una vez que el sujeto aceptaba y se encontraba en posibilidad de realizar la evaluación se aplicaba en su totalidad la entrevista del anexo 1.1 donde se obtenían los criterios de inclusión. Si cubría los criterios se le proporcionaban uno a uno los inventarios IDARE, IDB e Ideas Irracionales (en el mismo orden).

4) Para todas las personas diabéticas que acudían sin previa cita y que cubrieron con los criterios se recurría a cotejar el expediente clínico.

- Para sujetos con anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa:

1) En su mayoría fueron personas que acompañaban a familiares diabéticos mayores (tercera edad) y que tenían cita, otros fueron personas a las que se les preguntaba si tenían familiares directos que padecieran diabetes.

2) Una vez localizado algún sujeto se le pedía su apoyo y colaboración para llenar los inventarios, se les decía lo siguiente: "ésta clínica está desarrollando una investigación sobre algunos problemas relacionados con salud emocional con el fin de conocer más a fondo algunas características de la población que acude a la unidad y brindar un mejor servicio a sus derechohabientes". Si el sujeto aceptaba se llenaban los datos demográficos del anexo 1.1 y solamente se les cuestionaba sobre las preguntas: 1, 2, 3, 9, 10, 11 y 12.

3) Si cubrían con los criterios se llevaba a cabo la evaluación en el orden establecido previamente y con aquellos que tenían expediente se procedió a corroborar sus datos.

4) Se procuró que fueran personas que asisten a la unidad médica o que por lo menos estuvieran inscritos en el IMSS. Se tuvo cuidado de incluir a sólo personas con anomalía potencial a la diabetes y no personas con algún tipo de antecedente clínico de anomalía previa a la enfermedad.

- Sujetos sanos sin antecedentes de diabetes:

1) Este grupo lo conforman personas que acudían acompañando a un familiar a consulta o que ingresaban a la unidad con fines ajenos a la consulta propia.

2) Se siguieron los mismos pasos que en el caso del grupo con anomalía potencial, sólo que era criterio indispensable no presentar antecedentes clínicos y/o familiares de diabetes, además de cubrir con los criterios estipulados para este grupo.

Las instrucciones generales que se dieron para el llenado de los inventarios psicológicos en todos los grupos fueron de la siguiente manera: "enseguida le proporcionare unos cuestionarios que usted me hará el favor de contestar, en estos cuestionarios no hay respuestas correctas o incorrectas, solamente tiene que contestar lo que usted sienta o piense marcando la opción que más creas que se ajusta a su realidad; Si tiene alguna duda con las instrucciones o sobre alguna pregunta en especial hágame saber para aclararla, si tiene algún tipo de inquietud en este momento dígame en que consiste para comentarla".

La fase de evaluación se llevó a cabo en el turno matutino en horario de trabajo de 8 a. m. a 2 p. m.

e) Variables

Variables independientes:

1. **Diabetes tipo II.** Proceso patológico con carácter de síndrome crónico degenerativo establecido por la elevación de los índices glucémicos superiores a la norma producido generalmente por una falla o falta relativa de insulina en el organismo. Se caracteriza por presentarse en personas mayores de 30 años y sus síntomas más comunes son: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida importante de peso y cansancio generalizado.

2. **Anormalidad potencial de la tolerancia a la glucosa.** Se entiende por este concepto a toda persona que no ha presentado alteraciones de sus niveles de glucosa, pero que podría en un futuro presentar alteraciones glucémicas debido a la presencia de historia familiar consanguínea que ha padecido diabetes tipo II.

3. **Personas físicamente sanas sin antecedentes potenciales de diabetes.** Sujetos caracterizados por la ausencia de indicadores, signos y síntomas de manifestación patológica orgánica, además de la no presencia de historia familiar consanguínea que haya padecido diabetes mellitus.

Las variables independientes descritas son de tipo **categorías** ya que los sujetos son clasificados en base a características que poseen y que los distinguen o definen unos de otros (Kerlinger, 1979).

Variables dependientes:

1. **Ansiedad.** Estado emocional complejo caracterizado por la presencia de estados de tensión psíquica y somática identificada por pensamientos y estados orgánicos indeseables como: sudoración, palpitaciones, hipermotricidad y temblor.

2. **Depresión.** Presencia de un grado de signos y síntomas diversos que pueden afectar distintas modalidades del funcionamiento psicológico y orgánico de un sujeto, se caracteriza por la falta de satisfacción, sentimientos de abatimiento, desesperanza, pesimismo y preocupación somática entre otros muchos elementos.

3. **Ideas Irracionales.** Es todo pensamiento, idea o creencia cuya afirmación o aseveración presenta un carácter dogmático e inflexible ante los acontecimientos o sucesos cotidianos. Las 10 principales ideas irracionales son:

1. Aprobación
2. Perfeccionismo
3. Culpabilidad
4. Reactividad a la frustración
5. Locus de control externo
6. Preocupación
7. Evitación
8. Dependencia
9. Determinismo del pasado
10. Soluciones ideales

Las variables dependientes anteriores son atributivas, ya que son atributos que un sujeto posee en un momento determinado; además de ser variables no activas ya que no se manipulan sus manifestaciones sólo se miden (Kerlinger, 1979). El nivel de medición correspondiente a dichas variables representan escalas de tipo ordinal (Namakforoosh, 1995).

f) Tratamiento y análisis de los datos.

En base a los objetivos derivados por los planteamientos, al tipo de diseño y nivel de medición de las variables, el análisis de los datos consistió en las siguientes pruebas estadísticas: 1) para responder a los dos objetivos del primer planteamiento (índices de irracionalidad y tipo de ideas presentadas) se recurrió a la estadística descriptiva (tabla de frecuencias y promedios) (Levin, 1977); 2) para el primer objetivo del segundo planteamiento (niveles de ansiedad y depresión en cada grupo) se llevó a cabo un análisis de varianza no paramétrico de la prueba Kruskal - Wallis (Daniel, 1982) y para finalizar con el segundo planteamiento (observar si existe o no asociación entre índices de irracionalidad con ansiedad y depresión) se utilizó el coeficiente de correlación por rangos de Sperman (Johnson, 1990).

CAPÍTULO VI

RESULTADOS CUANTITATIVOS Y RESULTADOS CUALITATIVOS

6.1 ANÁLISIS CUANTITATIVOS.

I. Características demográficas de los grupos clínicos.

En la tabla I se presentan las características demográficas de cada uno de los grupos clínicos estudiados integrando tanto a hombres como a mujeres.

Datos	Diabetes (N= 24)	Con riesgo (N= 24)	Sin riesgo (N= 24)
Edad promedio	47	43	42
Estado civil:			
- soltero	--	16 % (4)	25 % (6)
- casado	100 % (24)	74 % (19)	70 % (17)
- unión libre	--	--	--
- divorciado	--	4 % (1)	4 % (1)
Escolaridad:			
- primaria	42 % (10)	34 % (8)	38 % (9)
- secundaria	29 % (7)	34 % (8)	25 % (6)
- técnica	4 % (1)	8 % (2)	25 % (6)
- bachillerato	12 % (3)	8 % (2)	8 % (2)
- profesional	12 % (3)	16 % (4)	4 % (1)
Ocupación:			
- hogar	42 % (10)	25 % (6)	29 % (7)
- servicios	38 % (9)	34 % (8)	38 % (9)
- comercio	8 % (2)	8 % (2)	20 % (5)
- estudiante	--	29 % (7)	12 % (3)
- profesionista	12 % (3)	4 % (1)	--

Tabla I. Características demográficas de los grupos estudiados

Entre los datos más sobresalientes se encuentran: 1) la edad promedio de los grupos diagnosticados fue de 47 años para el grupo de diabéticos, 43 para los sujetos con riesgo potencial a diabetes y 42 para sujetos sin riesgo; 2) el 100 % de los diabéticos fueron casados mientras que 79 % y 70 % de los sujetos con riesgo y sin riesgo respectivamente manifestaron ser casados; 3) en lo referente al nivel escolar el mayor porcentaje se mostró en el nivel primaria y secundaria el cual tendió a uniformarse en los tres grupos, aunque al grupo sin riesgo se agregó el nivel técnico y el grupo con riesgo presentó el índice más alto de estudios profesionales; 4) con referente a la ocupación, el 100 % de actividades relacionadas con el hogar en todos los grupos correspondió a mujeres presentando su mayor porcentaje en el grupo de diabéticos ya que 10 de las 12 mujeres de este grupo mencionó dedicarse a dichas tareas, las actividades de servicios ocupó un lugar relevante en general en toda la muestra y la actividad comercial fue más significativa en los sujetos sin riesgo que en los dos grupos restantes; finalmente, el grupo de diabéticos mostró mayor incidencia de actividades profesionales.

II. Niveles de irracionalidad de los grupos.

La tabla II muestra las frecuencias de irracionalidad obtenidas por idea en cada grupo así como el total de las mismas y promedio de cada condición, también se dividieron (de manera adicional) las frecuencias de las 10 ideas irracionales de acuerdo al género de los grupos.

Ideas irracionales	Diabéticos		Con riesgo		Sin riesgo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Idea número 1	2	5	3	4	4	5
Idea número 2	5	6	3	6	2	5
Idea número 3	6	10	4	5	3	3
Idea número 4	4	6	4	3	3	5
Idea número 5	7	2	5	2	3	1
Idea número 6	7	8	3	4	5	5
Idea número 7	8	9	4	6	3	2
Idea número 8	9	11	4	4	4	5
Idea número 9	8	9	7	8	6	4
Idea número 10	10	11	4	7	6	8
Total ideas (género)	66	77	41	49	39	43
Promedio	5. 50	6. 41	3. 41	4. 08	3.25	3. 58
Total ideas (grupo)	143		90		82	

Tabla II. Frecuencias de ideas irracionales en cada grupo.

Siguiendo los resultados presentados en la tabla II, se observa que la mayor cantidad de frecuencias de ideas irracionales correspondió al grupo de diabéticos con un total grupal de 143 ideas, le siguieron el grupo de sujetos con riesgo y el grupo sin riesgo con 90 y 82 respectivamente. Cabe apuntar (como datos adicionales) que en todos los grupos los mayores índices de irracionalidad se ubicaron en el género femenino acentuándose particularmente en el grupo de diabéticos (5. 50 hombres vs 6.41 mujeres), mientras que en los grupos restantes la diferencia no fue tan significativa tanto intergrupalmente como intragrupalmente aunque haya sido ligeramente mayor entre los géneros del grupo con riesgo (3. 41 hombres vs 4. 08 mujeres).

Para observar más significativamente los índices de irracionalidad general por grupo así como algunas otras diferencias, la tabla III presenta los índices totales con sus respectivos promedios porcentuales.

Datos	Diabéticos	Con riesgo	Sin riesgo
Total de ideas irracionales grupales.	143	90	82
Promedio general	5.95	3.75	3.41
Porcentajes de irracionalidad	59.50 %	37.50 %	34.10 %

Tabla III Índices generales grupales de irracionalidad.

Así se tiene que en el grupo de diabéticos cuyo índice de irracionalidad fue de un 59.50 % indica que aproximadamente 14 sujetos de cada 24 son altamente irracionales, mientras que en el grupo de riesgo con 37.50 % de irracionalidad general indica que 9 de cada 24 son altamente irracionales, finalmente en el grupo de sujetos sin riesgo que mostró 34.10 % de índice irracional estadísticamente supone que 8 de cada 24 sujetos son altamente irracionales. Como se puede observar no existe una diferencia significativa entre índices de irracionalidad en sujetos con riesgo y sin riesgo, aunque en promedio el índice haya sido ligeramente más alto en los sujetos con riesgo con un 3.4 % de diferencia.

En lo relativo a la prevalencia del tipo de ideas mostradas por cada uno de los grupos (tomadas grupalmente) la tabla IV expone el porcentaje y número correspondiente de ideas irracionales en cada condición.

Número de idea	Porcentaje y número de ideas Diabéticos	Porcentaje y número de ideas sujetos con riesgo	Porcentaje y número de ideas sujetos sin riesgo
1. aprobación	29 % (7)	29 % (7)	37 % (9)
2. perfeccionismo	45 % (11)	37 % (9)	29 % (7)
3. culpabilidad	66 % (16)	37 % (9)	25 % (6)
4. reactividad a la frustración	41 % (10)	29 % (7)	33 % (8)
5. locus de control	37 % (9)	29 % (7)	16 % (4)
6. preocupación	62 % (15)	29 % (7)	41 % (10)
7. evitación	70 % (17)	41 % (10)	20 % (5)
8. dependencia	83 % (20)	33 % (8)	37 % (9)
9. determinismo del pasado	70 % (17)	62 % (15)	41 % (10)
10. soluciones ideales	87 % (21)	45 % (11)	58 % (14)

Tabla IV Prevalencia de ideas irracionales en los grupos evaluados.

El grupo de diabéticos presentó prevalencias superiores al 50 % en las siguientes ideas:

Soluciones ideales	idea 10	87 %
Dependencia	idea 8	83 %
Evitación	idea 7	70 %
Determinismo del pasado	idea 9	70 %
Culpabilidad	idea 3	66 %
Preocupación	idea 6	62 %

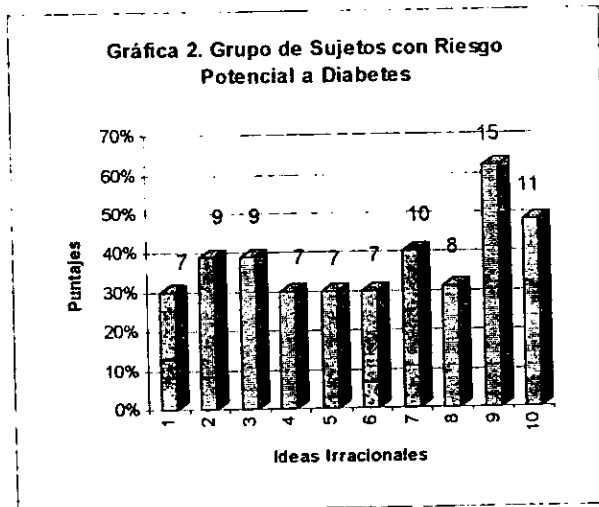
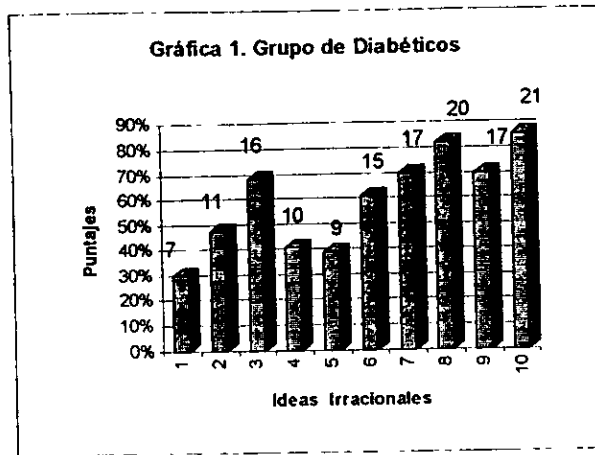
En lo referente al grupo con riesgo, las principales ideas fueron:

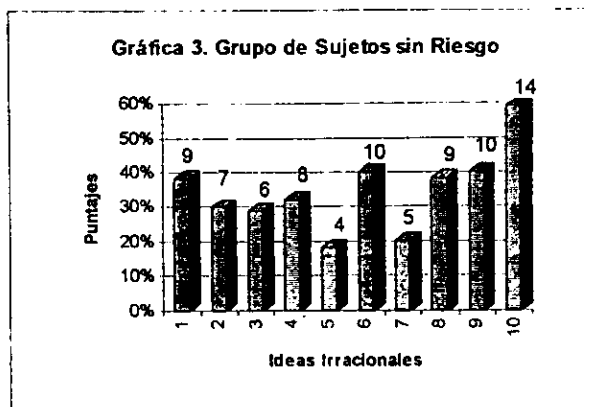
Determinismo del pasado	idea 9	62 %
Soluciones ideales	idea 10	45 %
Afirmación	idea 7	41 %

Por su parte, el grupo sin riesgo presento las siguientes ideas más relevantes:

Soluciones ideales	idea 10	58 %
Preocupación	idea 6	41%
Determinismo del pasado	idea 9	41 %

En las gráficas 1, 2 y 3 se presentan esquemáticamente los resultados de las prevalencias de cada uno de los grupos en relación al porcentaje de cada una de las ideas emocionales por cada condición respectivamente





III. Índices de ansiedad y depresión en los grupos.

Las tablas V y VI presentan respectivamente los índices de ansiedad y depresión obtenidos por los inventarios IDARE e IDB mostrando índices de acuerdo al género así como el índice general de cada condición.

GRUPOS	ÍNDICES DE ANSIEDAD		ÍNDICE PROMEDIO DE ANSIEDAD GENERAL
	HOMBRES	MUJERES	
Diabéticos	45.75	51.25	48.5 ansiedad normal
Con Riesgo	39.83	43.16	41.49 ansiedad normal
Sin Riesgo	39.58	40.08	39.83 ansiedad normal

Tabla V. Índices de ansiedad de cada uno de los grupos.

GRUPOS	ÍNDICES DE DEPRESIÓN		ÍNDICE PROMEDIO DE DEPRESIÓN GENERAL
	HOMBRES	MUJERES	
Diabéticos	7.58	11.16	9.37 depresión moderada
Con Riesgo	3.33	9.83	6.58 depresión nula
Sin Riesgo	3.16	6.08	4.62 depresión nula

Tabla VI. Índices de depresión por cada grupo

Los índices promedio tanto de **ansiedad** como de **depresión** fueron más altos en el grupo de diabéticos con 48.5 y 9.37 respectivamente, le siguieron los sujetos con riesgo cuyos promedios se establecieron en 41.49 y 6.58; por último el grupo sin riesgo presentó los índices más bajos con 39.83 y 4.62. Para tener una mayor precisión en los resultados grupales, se determinó si las diferencias mostradas por cada uno de los grupos en índices de ansiedad y depresión eran estadísticamente significativas, por lo que se procedió a realizar un análisis de varianza no paramétrico en la modalidad de prueba de Kruskal-Wallis, que es una extensión de la prueba de mediana para muestras independientes y datos ordinales (Daniel, 1982). Al llevar a cabo las pruebas los índices de ansiedad y depresión a un nivel de significancia de 0.05 con 2 grados de libertad y realizar las pruebas de ajuste correspondientes a la estadística de Kruskal-Wallis (aproximación a la distribución ji cuadrada) se comprobó que *si existieron diferencias estadísticamente significativas* entre los diferentes grupos en sus niveles tanto de ansiedad como de depresión.

Como datos adicionales en la tabla V se observa que los grupos de varones con riesgo y sin riesgo presentaron índices de ansiedad muy similares 39.83 (con riesgo) vs. 39.58 (sin riesgo), mientras que las mujeres del mismo grupo mostraron mayores índices que los varones como diferencias entre sí 43.16 (con riesgo) vs 40.08 (sin riesgo), estas observaciones en los resultados se hacen extensivos al caso de la depresión (tabla VI) en cuyo ámbito los varones presentaron índices promedio de 3.33 (con riesgo) vs 3.16 (sin riesgo), mientras que las mujeres indicaron promedios de 9.83 (con riesgo) vs 6.08 (sin riesgo), por lo que se puede concluir en base a los resultados observados que en general tendió a observarse mayor grado de ansiedad y depresión en mujeres así como mayores diferencias intragrupalas en las mismas con relación a los varones.

Los cuadros VII y VIII indican los porcentajes y frecuencias en los reactivos de los inventarios de IDB señalados por los distintos grupos diagnósticos, a la vez que se identifican algunos reactivos que sugieren la manifestación de algunos síntomas de la diabetes, sobre todo en el IDB.

REACTIVO	DIABÉTICOS	CON RIESGO	SIN RIESGO
21. Sensación de bienestar	58 % (14)	62 % (15)	75 % (18)
22. Cansancio	0.41 % (10)	29 % (7)	20 % (5)
23. Llanto	54 % (13)	33 % (8)	29 % (7)
24. Querer ser feliz como otros	70 % (17)	54 % (13)	45 % (11)
25. Pérdida de oportunidades	37 % (9)	25 % (6)	29 % (7)
26. Sensación de no cansancio	58 % (14)	58 % (14)	79 % (19)
27. Tranquilidad y serenidad personal	37 % (9)	45 % (11)	58 % (14)
28. Sentir dificultades extrañas	45 % (11)	41 % (10)	25 % (6)
29. Preocupación	54 % (13)	50 % (12)	16 % (4)
30. Ser feliz	66 % (16)	58 % (14)	75 % (18)
31. Aprensión	62 % (15)	41 % (10)	29 % (7)
32. Desconfianza personal	33 % (8)	37 % (9)	25 % (6)
33. Sentirse seguro	41 % (10)	50 % (12)	66 % (16)
34. No afrontar las crisis y dificultades	50 % (12)	41 % (10)	33 % (8)
35. Melancolía	54 % (13)	45 % (11)	25 % (6)
36. Sentirse satisfecho	37 % (9)	54 % (13)	62 % (15)
37. Ideas perturbadoras	58 % (14)	37 % (9)	29 % (7)
38. Desengaños	37 % (9)	33 % (8)	29 % (7)
39. Estabilidad personal	45 % (11)	45 % (11)	62 % (15)
40. Tensión por pensamiento de asuntos pendientes	54 % (13)	50 % (12)	37 % (9)

Tabla VII Porcentajes y frecuencias de los reactivos de IDARE en su escala de rasgo por cada condición. Los reactivos 23, 24 y 35 indican síntomas sugerentes de depresión, mientras que el reactivo 22 puede indicar uno de los síntomas de la diabetes.

REACTIVO	DIABÉTICOS (N= 24)	CON RIESGO (N= 24)	SIN RIESGO (N= 24)
A. Estado de ánimo	75 % (18)	62 % (15)	29 % (7)
B. Pesimismo	66 % (16)	54 % (13)	8 % (2)
C. Sentimiento de fracaso	20% (5)	25 % (6)	12 % (3)
D. Falta de satisfacción	25 % (6)	16 % (4)	8 % (2)
E. Sentimiento de culpa	20 % (5)	25 % (6)	4% (1)
F. Sentimiento de castigo	4 % (1)	0 % (0)	4 % (1)
G. Odio así mismo	0% (0)	8 % (2)	0 % (0)
H. Autoacusaciones	8% (2)	4 % (1)	0 % (0)
I. Descos autopunitivos	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
J. Brotes de llanto	29 % (7)	25 % (6)	12 % (3)
K. Irritabilidad	45 % (11)	50 % (12)	40 % (10)
L. Aislamiento social	33 % (8)	25 % (6)	16 % (4)
M. Indecisión	12 % (3)	12 % (3)	8 % (2)
N. Imagen corporal	20 % (5)	12 % (3)	4 % (1)
O. Inhibición al trabajo	37 % (9)	33 % (8)	16 % (4)
P. Perturbaciones del sueño	45 % (11)	37 % (9)	12 % (3)
Q. Fatigabilidad	70 % (17)	16 % (4)	16 % (4)
R. Pérdida de apetito	25 % (6)	8 % (2)	4 % (1)
S. Pérdida de peso	20 % (5)	8 % (2)	0 % (0)
T. Preocupación somática	29 % (7)	12 % (3)	8% (2)
U. Pérdida de la libido	12 % (3)	4 % (1)	0 % (0)

Tabla VIII. Porcentajes y frecuencias de los reactivos de IDB en cada condición. Los reactivos Q y S pueden sugerir en el grupo de diabéticos síntomas propios de su enfermedad

IV. Análisis correlativo.

Los cuadros IX y X presentan respectivamente los resultados de los análisis de correlación entre cada una de las ideas irracionales y los niveles tanto de ansiedad como de depresión por cada uno de los grupos diagnósticos evaluados, al asignar la prueba no paramétrica de correlación de rangos de Sperman (Johnson, 1990; Daniel, 1982) en su modalidad de prueba unilateral.

Para cada grupo: $P(r_s > r_s^*) \leq 0.05, n = 24$			
Idea Irracional	Diabéticos	Con riesgo	Sin riesgo
	- 0.10	0.14	- 0.16
Idea 1	N.S	N.S	N.S
	0.06	- 0.33	- 0.04
Idea 2	N.S	N.S	N.S
	0.34	- 0.06	- 0.04
Idea 3	$P(r_s > r_s^*)$	N.S	N.S
	- 0.03	- 0.05	- 0.06
Idea 4	N.S	N.S	N.S
	- 0.42	- 0.32	0.13
Idea 5	N.S	N.S	N.S
	0.03	- 0.14	- 0.22
Idea 6	N.S	N.S	N.S
	0.39	0.15	- 0.07
Idea 7	$P(r_s > r_s^*)$	N.S	N.S
	0.36	0.23	- 0.37
Idea 8	$P(r_s > r_s^*)$	N.S	N.S
	0.38	0.35	- 0.11
Idea 9	$P(r_s > r_s^*)$	$P(r_s > r_s^*)$	N.S
	0.43	- 0.08	0.35
Idea 10	$P(r_s > r_s^*)$	N.S	$P(r_s > r_s^*)$

Tabla IX. Resultados del análisis de correlación entre índices de las ideas irracionales y niveles de ansiedad en cada grupo diagnóstico.
N.S = Probabilidad no significativa.

Para cada grupo:	$P (r_s > r_s^*)$	$< 0.05, n = 24$	
Idea Irracional	Diabéticos	Con riesgo	Sin riesgo
	-0.10	0.25	0.16
Idea 1	N.S	N.S	N.S
	0.38	0.35	0.26
Idea 2	$P (r_s > r_s^*)$	$P (r_s > r_s^*)$	N.S
	-0.22	0.38	-0.09
Idea 3	N.S	$P (r_s > r_s^*)$	N.S
	0.21	0.21	0.24
Idea 4	N.S	N.S	N.S
	-0.37	-0.13	0.10
Idea 5	N.S	N.S	N.S
	0.41	0.25	0.10
Idea 6	$P (r_s > r_s^*)$	N.S	N.S
	-0.05	-0.44	0.02
Idea 7	N.S	N.S	N.S
	0.24	-0.32	0.11
Idea 8	N.S	N.S	N.S
	0.35	0.47	-0.02
Idea 9	$P (r_s > r_s^*)$	$P (r_s > r_s^*)$	N.S
	0.34	0.16	0.26
Idea 10	$P (r_s > r_s^*)$	N.S	N.S

Tabla X Resultados del análisis de correlación entre las ideas irracionales y los niveles de depresión en cada grupo diagnóstico.
N.S. = Probabilidad no significativa.

Los resultados de la tabla IX indican correlaciones significativas entre índices de ansiedad y niveles de irracionalidad en cinco de las ideas irracionales para el grupo de los sujetos diabéticos, las ideas que correlacionaron significativamente fueron las número 3, 7, 8, 9 y 10, en el grupo con riesgo solo se observó una correlación significativa que correspondió a la idea número 9; finalmente, en la tabla se encuentra que el grupo sin riesgo mostró una sola correlación significativa la cual se presentó en la idea 10

En la tabla X las ideas irracionales en cada grupo que correlacionaron significativamente con los índices de depresión fueron los siguientes: para el grupo de diabéticos correlacionaron las ideas número 2, 6, 9 y 10; el grupo de riesgo potencial correlacionó significativamente en las ideas 2, 3 y 9, mientras que el grupo sin riesgo no mostró ninguna correlación significativa al respecto.

6.2 ANÁLISIS DISCURSIVO E INTERPRETATIVO.

Teniendo como base los planteamientos establecidos, los objetivos derivados de ellos y los resultados obtenidos, se pueden suponer las siguientes argumentaciones teóricas:

Particularmente en lo que se refiere al primer objetivo propuesto *cuál de los diferentes grupos evaluados presenta el mayor grado de irracionalidad*, los hallazgos cuantitativos señalan que de los diferentes grupos evaluados, el perteneciente a los diabéticos presenta los índices más altos de irracionalidad; mientras que los grupos de sujetos con anormalidad potencial de la tolerancia a la glucosa (sujetos con riesgo) y físicamente sanos sin antecedentes potenciales a la misma enfermedad no indican diferencias marcadas entre sí, aunque en general el índice grupal de irracionalidad resulte ligeramente mayor en el primero de ellos con respecto al segundo (ver tabla II). De tal manera, al referir los resultados encontrados con la relación que establece la primera hipótesis, en el sentido de que *a mayores posibilidades de pérdida de la salud física corresponden mayores tendencias hacia el desarrollo de ideas irracionales*; se puede establecer que dicha relación hipotética se cumple para el grupo de sujetos diabéticos en comparación con los dos grupos restantes. Por su parte la relación establecida no resulta evidente, señalando que la misma no se niega definitivamente al realizar el análisis por grupo, ya que, aunque mínimas, las diferencias existen. Con relación a este aspecto, también se observó que llevar a cabo la división de los datos de frecuencias de ideas irracionales por géneros en cada uno de los grupos, la relación que supone la primera hipótesis se hace más evidente en lo que respecta al género femenino de todos

los grupos, no resultando de la misma forma en el caso de los varones, donde las diferencias entre los dos últimos grupos evaluados son prácticamente inexistentes, por lo que se puede establecer de antemano que hay diferencias generales importantes entre los grupos evaluados*

En este orden de ideas, se puede establecer que la hipótesis fundamentada se responde afirmativamente sólo de manera parcial al realizar estrictamente el análisis por grupo, sin tomar en consideración las diferencias entre géneros. De esta manera, los altos niveles de irracionalidad que muestran los sujetos diabéticos si se comparan con los otros grupos evaluados son en principio congruentes con los argumentos expuestos en su momento en el marco general en lo que se refiere al hecho de que *toda enfermedad física comúnmente presupone y representa una limitación de las posibilidades no sólo físicas, sino también psíquicas en el individuo* (Jeammet y Reynaud, 1984) a lo que habría que complementar con las limitaciones de corte social que van implícitas

Dentro de las premisas de la psicología de la salud se destacan los procesos internos (psíquicos), los cuales pueden en muchos casos y en según las condiciones definir la vulnerabilidad del organismo en el desarrollo y evolución de cualquier patología orgánica dichos procesos psicológicos se destacan como elementos importantes en el desenvolvimiento posterior que habrá de seguir el curso de la enfermedad, independiente del tipo que se trate (González 1990). A su vez se ha señalado que dentro del enfoque de la TRE se acentúa la forma en que las personas perciben los hechos y cómo éstos interactúan con la evaluación cognitiva, emotiva y conductual. Lo anterior representa en primera instancia que el sujeto enfermo a la par que percibe los síntomas que le comporta determinada patología, realiza una evaluación psíquica de su condición configurando con ello un entorno que resulta de una integración de estímulos que se traducen a su vez en una serie de imágenes, pensamientos, esquemas y convicciones diversos (Valdés y Flores 1985), de ahí se

* Sobre este punto cabe aclarar que, dentro de los objetivos del presente trabajo investigativo no se concibieron planteamientos dirigidos hacia la diferenciación de los aspectos abordados en los problemas de investigación que compararán géneros en cada grupo, y en este caso estos datos sólo sirvieron como un apoyo en el análisis cuantitativo grupal

tiene que muchos de los correlatos psicológicos y emotivos asociados con los padecimientos de salud (sobre todo si son crónicos) implican necesariamente cómo el sujeto siente y percibe su enfermedad (Ayuso, 1988), por lo tanto, dentro de las limitaciones en el terreno de lo psicológico se incluyen la interpretación cognitiva y junto con ellas las reacciones emotivas y conductuales. Sobre este mismo hecho, Ellis (1991) destaca que los pacientes aquejados con algún tipo de dolencia crónica se encuentran más expuestos a la elaboración de ideas irracionales en comparación con la demás gente (físicamente sana), esto debido fundamentalmente a la condición que impone el evento pérdida permanente de la salud y las consecuencias que el acontecimiento representa en todos los campos de la vida del sujeto. En consecuencia con lo anterior, Lipkin y Cohen (1984) lo mismo que Figuerola (1990) han señalado precisamente que en el paciente diabético la condición de su padecimiento implica la modificación en el estilo de vida, a la vez que, una vigilancia y control permanentes de los hábitos, los cuales suelen representar un duro golpe tendientes al favorecimiento de serios desajustes en la esfera psicológica de los pacientes en distintos grados y modalidades; por tanto, la situación que se establece en el paciente diabético en lo referente a la expresión de sus niveles de irracionalidad son claras al observarse (en términos generales) un desajuste cognitivo denotado por marcados patrones de irracionalidad, esta situación se puede constituir en una posición desventajosa tendiente a traducirse en una serie de problemas psicológicos que se suman a la ya de por sí difícil tarea que en principio involucra el mantener un plan general de tratamiento que la misma enfermedad requiere y demanda.

Por lo que cabe a los niveles de irracionalidad en los grupos con riesgo potencial y sin riesgo, la ausencia de una diferencia significativa entre ambos grupos (que supone la primera hipótesis) indica que no sería factible señalarla como una confirmación de la relación hipotética establecida. Al parecer se puede suponer que el sólo conocimiento del riesgo que implica ser una

persona con antecedentes de anomalía potencial a los azúcares no representa una condición que conlleve hacia el desarrollo de niveles de irracionalidad marcadamente superiores a los que presenta la gente sin antecedentes potenciales a la diabetes (esto con las debidas reservas dado los resultados que mostraron las mujeres) por lo tanto, se puede exponer que el hecho de percibir los signos y síntomas propios de la patología diabética así como las pautas que se establecen al conformarse un diagnóstico hacen la diferencia entre el estado psicológico-cognitivo de un sujeto declarado como diabético con relación a individuos físicamente sanos sin antecedentes a la enfermedad y aún también con respecto aquellos que presentan antecedentes potenciales a la diabetes. En este sentido, resulta claro destacar que el sujeto en condiciones de riesgo potencial aunque en cierta medida muestra un grado de conocimiento del riesgo que guarda su situación en materia de salud*, es evidente que tal condición (al menos de forma general) no se puede determinar que se alcance a percibir como situación de amenaza real a la integridad para estos sujetos (aún cuando ésta exista), por otra parte, los sujetos con riesgo tampoco comparten con los diabéticos la experiencia de vivir la enfermedad y por lo tanto, no se encuentran insertos en la dinámica que establece la manifestación patológica de este mal que como se ha tenido ocasión de apreciar y valorar tiende cotidianamente a lesionar las distintas esferas de la vida en un individuo.

En cuanto al segundo objetivo propuesto, establecido por *la identificación de los tipos de ideas irracionales que se presentan en cada uno de los grupos*, tuvo el propósito de complementar al primer planteamiento expuesto y de lo cual se deriva lo siguiente:

- **En el paciente diabético**, la manifestación de las ideas irracionales mostradas en este grupo pueden ser reflejo de la condición que guardan estas personas en cuanto a su estado de salud y

* Hay que recordar que precisamente uno de los criterios de inclusión para los sujetos con riesgo potencial a diabetes fue que se tuviera un conocimiento de que la diabetes es una enfermedad que se puede heredar.

evidenciar algunas de las particularidades manifiestas que identifican a la diabetes como una enfermedad que implica peligro constante para la vida de un individuo (además de otros factores que por el momento escapan a las posibilidades de análisis del presente estudio) por tal motivo algunas de las ideas presentadas se pueden vincular con diversos aspectos actitudinales del proceder en el diabético. Así pues, la expresión de estas ideas irracionales con algunas posibles relaciones en la manera de comportarse del diabético se pueden enumerar como sigue: 1) en el caso de la idea correspondiente a *soluciones ideales* (idea 10), la cual supone que *es preciso ejercer controles seguros y perfectos sobre las cosas*, esto podría involucrar una tendencia que atañe directamente el vivir bajo un control permanente de la salud y con el cual sobreviene el cambio en el estilo de vida del paciente (principal agente estresante del diabético); 2) en lo que se refiere el tomar una actitud de *dependencia* excesiva que se alimenta por la misma idea (idea 8) ya Hermida y colaboradores (1994) han destacado que la satisfacción de gustos y caprichos en el paciente conducen muy frecuentemente a la obtención de ganancias secundarias, donde se incluirían las dependencias excesivas de los individuos diabéticos para con quienes les rodean, además si a esto se agrega que el sólo hecho de ser privado permanentemente del "estado de salud" puede comportar sentimiento que minan la autoestima y el valor que la persona posea de sí misma restándole capacidad para sentirse autosuficiente y segura; 3) la idea de *evitación*, la cual impele hacia una "evasión de las dificultades y obligaciones de la vida" expresa de manera significativa la confusión en la que suelen caer muchos diabéticos ya que precisamente el tratamiento de su enfermedad obtiene el éxito cuando el sujeto afronta las obligaciones y se hace responsable de su autocuidado, por lo que la presencia de esta idea puede ser indicio (muy probablemente) de que el sujeto curse con dificultades para cumplir con su tratamiento médico, además de que se establece una contradicción interna con el contenido de la idea 10 (soluciones ideales) con lo cual, se justifica el evento muy frecuentemente observado por los médicos relacionado con el hecho de que muchos

pacientes diabéticos al tiempo que buscan encontrar medios seguros para subsistir, descuiden concomitantemente el control de su salud; 4) indudablemente la idea que encierra el *determinismo del pasado* (idea 9) indica de algún modo la trascendencia que para el sujeto puede significar el perder la salud de manera permanente, en este aspecto resulta típico escuchar frases como: "antes de que yo fuera enfermo(a)", "cuando yo podía comer lo que quería", "la vida me ha cambiado desde entonces", etc.; es decir se expresa una referencia al evento sucedido cuya trascendencia resulta determinante en el presente y, muy probablemente lo siga siendo para el futuro de la persona; 5) la idea de *culpabilidad* (idea 3) genera un malestar que puede ser influido tanto por aspectos individuales como sociales del paciente, de tal modo Hermida y colaboradores (1984) citan que el incumplimiento de las condiciones prescritas conduce muy constantemente a la adquisición de sentimientos de culpa en la persona enferma, o por el contrario busca deslindar responsabilidades a otras personas que le rodean (familia, compañeros de trabajo e incluso a los médicos o equipo asistencial) sin llegar a aceptar verdaderamente la posibilidad de lograr un cambio favorable que le permita vivir mejor a él (ella) y a los suyos, y 6) la idea de *preocupación* (idea 6) confirma el estado de tensión psíquica que se establece en el diabético que aunque para la mayoría de los individuos en los tiempos actuales resulte "típica y corriente" en el paciente diabético tiene el agravante significado de convertirse en un agente capaz de favorecer el descontrol metabólico de los niveles de glucosa (Wittkower et al. 1966; Haynat y Pasini 1980; Lipkin y Cohen 1984)

-En los sujetos con anormalidad potencial de la tolerancia a la glucosa. Las ideas mostradas por este grupo de sujetos, todas ellas se encuentran contenidas en el grupo de diabéticos sólo que con una menor expresión cuantitativa. Sobre el mismo puede resultar que ideas como: 1) *determinismo del pasado* 2) *soluciones ideales* y 3) *evitación* (las cuales resultaron ser las más frecuentes), si se considera que muchas de estas personas pueden en un mediano plazo desarrollar la

enfermedad diabética, indican que la presencia de este tipo de ideas pueden interferir directamente con la eventual posibilidad de establecer una fase de "precontrol" que coadyuve el evitar en la medida de lo posible el advenimiento de la enfermedad, o más aun, el de incrementar su expresión gradiente al establecerse un control estricto si llegase a manifestarse el problema.

- **En sujetos físicamente sanos sin antecedentes potenciales y clínicos de diabetes.** Las ideas más representativas para este grupo fueron: 1) *soluciones ideales*, 2) *preocupación* y 3) *determinismo del pasado*. Al igual que los sujetos con riesgo, todas las ideas de este grupo se encontraron contenidas también en el grupo de diabéticos pero con un mucho menos grado de expresión. Comparando las ideas de este grupo con respecto al grupo de riesgo potencial se observa que 2 de las 3 ideas más comunes (determinismo del pasado y soluciones ideales) también resultaron ser las de mayor relevancia en el grupo de sujetos sanos sin antecedentes, aunque resaltando algunas pequeñas variantes en cuanto al orden, ya que soluciones ideales fue la primera en orden de importancia para el grupo de sujetos sanos sin antecedentes, mientras que para sujetos con riesgo fue la segunda. Además para este grupo figura la idea de preocupación, lo cual viene a confirmar el señalamiento realizado por la OMS (1980) en el sentido de que *actualmente se vive con más presión* debido a las condiciones generadas por el estilo de vida contemporáneo, por lo cual se puede deducir que en general las personas tienen muchos más elementos para "vivir preocupados" y condicionar de esta manera esta clase de ideas.

El segundo planteamiento tuvo por objetivo encontrar si *existe asociación entre los niveles de ansiedad y depresión de cada uno de los grupos diagnosticados con relación a los índices de irracionalidad de los mismos*; por tanto, al analizar los datos que correspondieron al objetivo 2.1 se tuvo que, el grupo de diabéticos presentó en forma general mayores niveles tanto de ansiedad como de depresión en comparación con los dos grupos restantes, encontrando en el caso de la

depresión que existe una mayor variabilidad entre los resultados de cada grupo en comparación con la ansiedad, aunque finalmente en ambas situaciones existen diferencias estadísticamente significativas estimables en por lo menos dos de los tres grupos evaluados (análisis de varianza no paramétrica). Así mismo, es necesario puntualizar que al observar la división del promedio general grupal y asignar el valor correspondiente de acuerdo a las puntuaciones obtenidas por cada género en sus inventarios IDARE e IDB, se encontró que al igual que el caso de los niveles de irracionalidad al parecer existe una mayor variabilidad en los subgrupos correspondientes al género femenino ya que en todas las condiciones presentó los índices más altos de ansiedad y depresión acentuándose sobremanera en la depresión; esta situación no resulta de la misma manera en los varones, donde la diferencias en las variables estudiadas sólo es posible determinarla claramente en lo que se refiere al grupo de diabéticos con relación a los subsecuentes grupos, en los que por su parte no se presentaron diferencias que resulten en algún modo significativas. Sin embargo, hay que destacar que al llevar a cabo la integración de calificaciones grupales se afecta singularmente al promedio general de cada grupo incrementando los índices generales en los grupos con riesgo y sin riesgo (ver tablas V y VI); en este caso al igual que en lo descrito con los niveles de irracionalidad, la idea fue realizar una exploración de las variables involucradas de forma general sin tener en cuenta las diferencias genéricas de los grupos, no obstante desde el momento en que tales diferencias se hacen patentes se conforma la necesidad de exponer más adelante la forma en que los resultados afectan al estudio en general y más aún la posibilidad de encontrar nuevas directrices de investigación (ver conclusiones del estudio y sugerencias). Indudablemente las diferencias genéricas saltan a la vista señalando a las mujeres de todas las condiciones estudiadas como un grupo altamente susceptible a los desajustes cognitivos-emotivos en relación con los varones. En este caso habría que considerar una multiplicidad de variables biológicas, culturales y sociales que estarían incidiendo dentro de los resultados encontrados y que no fueron tomados en cuenta para la presente investigación.

En consecuencia por lo anterior, se determina que el grupo de sujetos diabéticos en general presenta marcadamente mayor vulnerabilidad en lo referido a sus estados psicoafectivos en comparación con sujetos que no padecen la enfermedad, situación que se corresponde de alguna manera con lo que Lustman y colaboradores (1986) han descrito al mencionar que el paciente diabético presenta un mayor grado de psicopatología que la población no diabética puntualizando además que en observaciones más recientes hechas por el mismo equipo investigativo (Lustman et al, 1992) se encuentra congruencia con los resultados del presente estudio al señalar a la depresión como principal agente afectivo-emotivo vinculado con este tipo de pacientes. En este sentido se tiene que en general las personas aquejadas con diabetes mellitus están expuestas a una mayor disregulación psicoafectiva si se comparan sus tendencias con la gente físicamente sana sin antecedentes previas de intolerancia a la glucosa. Los individuos con riesgo potencial a la diabetes presentan (ligeramente) una mayor tendencia a los desordenes psicoafectivos estudiados, sobre todo en lo que a depresión se refiere advirtiendo nuevamente el papel relevante que guarda con los resultados obtenidos las marcadas diferencias encontradas por géneros

Por otra parte, al momento de tratar de justificar los resultados de los pacientes diabéticos en lo referido a sus tendencias hacia los desórdenes psicoafectivos en comparación con los demás grupos estudiados, resulta claro que la diabetes mellitus por ser un trastorno de salud crónico degenerativo combina a todos los elementos desencadenantes que propician el desenvolvimiento de alteraciones psicoemocionales de diverso orden y que han sido descritos por la mayoría de los expertos como agentes activos que en combinación con otra serie de eventos que constitucionalmente predisponen hacia tales desordenes elicitán determinadas alteraciones (Nares, 1992). En este caso en primera instancia hay que destacar que *la diabetes mellitus en sí misma ya representa un factor físico tensionante* que se acompaña de otra serie de factores estresantes de diverso orden y contenido como por ejemplo: 1) el periodo de inicio y diagnóstico de la enfermedad. 2) la restricción

dietética, 3) la eventual presencia o posible presencia de algunas complicaciones propias de la enfermedad, y 4) los factores de cambio en los estilos de vida de la gente afectada con este problema de salud.

Indudablemente un factor físico tensionante de esta naturaleza establece además otros elementos que se tienen que considerar de manera concatenada y que se describen como agentes elicidores importantes que contribuyen en el desajuste emocional. De tal manera como consecuencia directa de la enfermedad regularmente se establecerá un sentimiento de *pérdida* en el equilibrio saludable, el cual adquiere carácter de permanente, lo anterior favorece desajustes en el terreno personal con tendencias a conformar una fuente constante de *frustración* ya que el sujeto se siente y ve imposibilitado de continuar con sus patrones de vida desarrollados a lo largo de la misma, lo que incide directamente en la no aceptación del problema y que en resumen puede conllevar muy cotidianamente (y los resultados de la investigación apuntan en este sentido) a que las personas que padecen esta enfermedad vivan en un constante *conflicto*. Tal conflicto puede establecerse fundamentalmente entre el dilema que impele hacia el cumplimiento de las directrices que establece un plan general de tratamiento y por lo tanto modificar gran parte del estilo de vida del paciente que le impelen a establecer sentimientos de "privación" a todo aquello a lo que el sujeto está acostumbrado a realizar cotidianamente como: comer en demasía ciertos alimentos, abusar de ciertas sustancias que resultan dañinas para su salud, cambiar ciertos hábitos generales y personales de vida los cuales antes de presentarse la enfermedad no se tomaban en consideración, o por el contrario, se puede seguir con el desarrollo de los hábitos "normales" de vida omitiendo la mayoría de los puntos que señala el plan general de tratamiento acosta por lo tanto de la salud y la vida del afectado, esta situación establece por lo tanto el dilema del diabético que como han señalado algunos investigadores resulta ser el "encontrar el equilibrio" adecuado que le permita al sujeto sobrellevar de la mejor manera posible su enfermedad (Haynat y Pasini, 1980)

Para terminar con el segundo planteamiento, el objetivo 2.2 determinó si *existen correlaciones estadísticamente significativas entre los índices de ansiedad y depresión con relación a los niveles de irracionalidad en cada uno de los grupos*; obteniéndose que para el grupo de diabéticos la ansiedad correlaciona con 5 de las ideas irracionales más frecuentes en el grupo; el grupo con riesgo correlaciona en una sola idea y el mismo caso se dio con los sujetos sin antecedentes (ver tabla IX).

En lo que corresponde a depresión, los diabéticos correlacionaron en 4 de las ideas irracionales con mayor prevalencia, el grupo con antecedentes correlaciono con 3 de las ideas y el grupo sin antecedentes no presentó correlación alguna (ver tabla X). De este modo se tiene que en los tres grupos la diferencia se establece y acentúa nuevamente en el caso de los sujetos diabéticos en ambas condiciones (ansiedad y depresión) no resultando en la misma forma para los dos grupos restantes donde la diferencia se hace evidente sólo en el caso de la depresión en la cual existe una notable diferencia entre el número de correlaciones de ambos grupos, mientras que en lo que toca al estado ansiógeno la variabilidad no resulta tan clara en este sentido

En consecuencia con lo anterior, al tratar de responder la segunda hipótesis investigativa enunciada en el sentido de que *a mayores niveles de irracionalidad mayores grados de ansiedad y depresión*, dicha relación se cumple para las tres condiciones en lo que a depresión se refiere quedando aún por determinarla más precisamente en el caso de la ansiedad donde al parecer sólo se pueden establecer diferencias notables entre diabéticos y los dos grupos siguientes. Sin embargo, hay que señalar que si se analizan los datos grupales se podrá observar que tanto en índices de irracionalidad como en niveles de ansiedad en términos generales existen mayores expresiones de valores correlativos en el grupo de sujetos con riesgo en comparación con los sujetos físicamente sanos. Los resultados presentados dan evidencias empíricas del modelo establecido por Albert Ellis

en el aspecto referido a que la irracionalidad se encuentra vinculada con la promoción y mantenimiento de ciertos estados de ánimo indeseables en los sujetos (Ellis, 1962; Ellis, 1985; Ellis y Bernard, 1990), ya que como puede observarse en las tablas IX y X, las correlaciones más significativas se dieron precisamente en los grupos que en términos generales mostraron los mayores grados de irracionalidad e índices de ansiedad y depresión.

Considerando el modelo A-B-C establecido en la TRE, se tiene que el evento activador "A" (en este caso determinado por la diabetes mellitus) es gradual para cada uno de los grupos estudiados, ya que mientras para el grupo de diabéticos el evento "A" queda conformado por la enfermedad misma. En el caso de los sujetos con riesgo potencial el evento no representa la misma fuerza y significación elicitoria para el desajuste emocional, mientras que para los sujetos sanos se establece que en su caso (como grupo control) hay una ausencia total del evento en cuestión, por lo cual, es más factible realizar un análisis comparativo de los dos primeros grupos tomando como referencia precisamente a este último grupo.

Así pues, se considera a la irracionalidad (evento B) como un agente activo dentro del proceso elicitor de los desajustes emocionales en los individuos que padecen diabetes mellitus, los cuales dependiendo de la influencia e integración del evento elicitor "A" pueden condicionar el establecimiento de determinados desajustes emotivos, conductuales y actitudinales. Específicamente en los diabéticos resulta clara la intromisión de factores cognitivos de tipo irracional, los cuales se vinculan directamente con experiencias emotivas adversas que tienden a retroalimentarse mutuamente con las emociones y afectos conformando con ello un círculo vicioso del cual es muy difícil salir sin la ayuda adecuada. En este sentido conviene ponderar nuevamente la necesidad que existe de abordar los aspectos cognitivos de los pacientes diabéticos así como del papel que tienen en la conformación de estados emotivos-afectivos inadecuados que tienden a minar severamente las posibilidades de afrontamiento y contender más efectivamente con esta patología orgánica.

6.3 CONCLUSIONES.

En el presente estudio se ha podido observar mediante un análisis comparativo la relación que se establece entre sujetos que cualitativamente presentan distintos grados de salud física-orgánica con relación a sus estados cognitivos-emoitivos.

Considerando el contenido de los resultados obtenidos así como del apoyo teórico sustentado en la investigación, se tiene que indudablemente un desajuste manifiesto en el desarrollo de la salud física (representado en esta caso por la diabetes mellitus) implica una serie de repercusiones en la esfera psíquica-emocional del individuo en distintos grados y modalidades; esto dependiendo de la magnitud y gravedad que la patología represente en los individuos afectados

Partiendo del supuesto teórico psicológico que expone la conformación y desarrollo de los estados afectivos humanos como el resultado de un conjunto de expresiones diversas que involucran componentes de pensamiento, conducta y emoción (conjugados de manera íntima e integral) se tiene que una de las premisas fundamentales establecidas por Albert Ellis como ejes determinantes de la TRE señala al pensamiento como un elemento activo incidente en la formación de estados indeseables muy diversos de conducta y emoción desempeñando una evaluación cognitiva de los eventos que son juzgados por un individuo como particularmente trascendentes en su vida, los cuales, siendo positivos o negativos determinan la importancia del evento en cuestión para el establecimiento de actividades futuras.

Al llevar acabo las premisas establecidas por la TRE en cuanto al impacto que tienen ciertos eventos en la vida de un individuo se determina que el evento pérdida de la salud repercute en los aspectos cognitivos de manera relevante. Así pues, en los pacientes diabéticos se puede señalar que su enfermedad significa un evento que modifica el entorno de las distintas esferas de la vida del afectado (biológica, psicológica y social)

Dentro del desajuste biológico se destacan la disregulación homeostática y las repercusiones de orden fisiopatológicas subsecuentes propias de la enfermedad las cuales son definidas y enfatizadas comúnmente por los médicos. Los aspectos psicosociales derivados de la enfermedad regularmente se conjugarán con la evolución misma del padecimiento determinando el desarrollo posterior que habrá de seguir el individuo en cuanto a su calidad de vida

Advirtiendo que una enfermedad como la diabetes mellitus dadas sus características que la definen como un mal crónico degenerativo, representa un evento que repercute de manera trascendente en la vida de un sujeto. La anterior enunciación se sustenta en el hecho de que los sujetos diabéticos tipo II abordados en el presente estudio presentan mayores desajustes en sus actividades cognoscitivas-emotivas en comparación con individuos que no presentan la enfermedad. En el caso de los diabéticos evaluados, es notable que su estado emocional guarde una relación estrecha con sus patrones de pensamiento que a su vez influyen en otros eventos que muy probablemente condicionan aspectos conductuales y actitudinales de su proceder, los cuales han sido reiteradamente señalados por los médicos e investigadores definiéndolos como de carácter altamente negativos para la vida del paciente. En este sentido, habría que destacar que el entorno que rodea al paciente diabético establece una fuente constante de carga tensionante que directamente se vincula con la generación de pensamientos alimentados por la irracionalidad para conformar de esta forma un estado psicológico-emocional que se puede considerar como insano; de ahí se tiene el que muchos de los profesionales médicos identifiquen particularmente al paciente diabético como un individuo "difícil" de atender que frecuentemente acusa un descuido generalizado de su salud y de su vida. Esta situación en el caso específico de los diabéticos no deja de resultar paradójica dado el estado actual de desarrollo que la ciencia médica ha logrado alcanzar por lo menos en materia del control metabólico para este tipo de trastorno. De tal manera, puesto que en términos generales el plan de tratamiento médico ofrece alternativas reales para hacer frente al problema con un mínimo de

malestares así como para desarrollar una vida plena y productiva. no siempre es comprensible entender los problemas de afrontamiento que encuentran los pacientes para aceptar su situación y la incapacidad que muestran para seguir las sugerencias pertinentes en pro de su bienestar. En consecuencia, todos los intentos por establecer un plan general de tratamiento aún cuando involucre aspectos tan importantes como la educación del paciente, el trabajo de grupo y otros más, no serán rentables si no se genera la conciencia suficiente en el afectado que lo guíen a aceptar el problema y aceptarlo de la mejor manera posible. El desarrollo de patrones ideacionales que bloquean las acciones pertinentes con la promoción de estados de ánimos inadecuados no favorecen los esfuerzos que se generan de parte del equipo asistencial mermando en todo caso la efectividad de cualquier tratamiento que se enfoque única y exclusivamente de la atención orgánica del problema. Los estados de ansiedad y depresión asociados con los desajustes cognitivos que muestran los diabéticos sólo coadyuvan al deterioro orgánico incapacitando al sujeto para sortear la enfermedad de manera adecuada y oportuna

Por otro lado, en lo que concierne a sujetos que muestran un evento ligado a un estado de eventual posibilidad de manifestar un desajuste de salud físico-orgánico con la condición que indica una mayor probabilidad de adquirir la diabetes mellitus (sujetos con anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa), al parecer no hay elementos significativos que hagan suponer (en términos generales) una mayor proclividad en estos sujetos (sobre todo en los varones) hacia los desajustes cognitivo-emotivos que los que presenta cualquier otro individuo común que no tiene antecedentes potenciales o clínicos de diabetes, quedando por determinar más precisamente en otro estudio las relaciones abordadas entre los géneros (particularmente en las mujeres). En los sujetos "prediabéticos" al comparar sus tendencias cognitivas-emotivas vinculadas con el establecimiento de patrones de irracionalidad en individuos físicamente sanos sin antecedentes a la diabetes, los resultados indican que existen diferencias notables entre cada uno de los géneros evaluados (en cada

grupo) Las diferencias fueron más altas y variadas en el caso de las mujeres con relación a los varones. Sobre esto habría que destacar solamente de manera tentativa que hay una serie de variables que pueden estar incidiendo de manera importante en los resultados mostrados por ambos géneros y que estarían relacionadas con las diferencias biológicas, culturales y sociales entre hombres y mujeres, las cuales no fueron abordadas en el presente trabajo. No obstante, los resultados presentados para este tipo de sujetos indican que no es posible señalar para el grupo de varones prediabéticos un estado intermedio de sus estados cognitivos y afectivos que correspondan al de un individuo en estado de "pre-enfermedad", no resulta de la misma manera en el caso de las mujeres donde al parecer se hace más patente un estado intermedio entre las condiciones de salud-enfermo en cuanto a su valoración cognitiva-emotiva se refiere. En términos generales se puede mencionar tentativamente que en hombres y mujeres existe una tendencia diferencial en cuanto a la manera de percibir y de vivir los eventos tensionantes que caracterizan una forma cualitativamente diferente de pensar y actuar en relación a los eventos que cotidianamente le rodean y afectan.

Finalmente hay que destacar que los resultados indican una tendencia revalorizadas de los aspectos psicológicos en el paciente diabético destacando la necesidad que existe de fomentar la atención psicoterapéutica y psicopedagógica de los pacientes. Esto es un desafío claro para la psicología en materia de intervención influyentes sobre problemas significativos del cuidado y fomento de la salud. En el caso de los pacientes diabéticos estudiados hace falta implementar un programa de reestructuración cognoscitiva que favorezca las estrategias de atención integral para este tipo de enfermos, los cuales dicho sea de paso no son precisamente aún los más afectados por la enfermedad. Es tiempo de que los equipos asistenciales comiencen a percatarse que los estados psicoafectivos de los pacientes diabéticos determinaran en buena parte el éxito o fracaso de los tratamientos y que juegan un papel definitivo en la estabilidad general de vida para los afectados por esta enfermedad.

6.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

En seguida se mencionan las limitaciones en las que incurrió la presente investigación señalando algunos puntos a considerar. En primer instancia, hay que apuntar que los estudios *ex-post-facto* se orientan como un antecedente previo de una investigación de mayor envergadura, por lo cual, debe preceder a cualquier experimento definitivo: por otra parte, considerando las limitaciones para el presente estudio específicamente habría que considerar tres tipos de problemas fundamentales: 1) limitaciones metodológicas, 2) limitaciones técnicas y 3) limitaciones físicas.

1) **Limitaciones metodológicas.** La investigación presenta problemas de confiabilidad, de muestreo y de validez interna. Los resultados obtenidos suelen considerarse como “debiles” en ciertos aspectos debido fundamentalmente a los procedimientos de muestreo (no probabilísticos), el manejo de datos (pruebas no paramétricas) y la falta de manejo de las variables independientes con el máximo rigor como por ejemplo: 1) no se considero en el caso de los sujetos con riesgo si estos llevaban o no algún tipo de precontrol de sus azúcares, 2) no se evaluó en ninguno de los grupos de estudio si algunos sujetos hubieran sido hospitalizados alguna vez en su vida o que presentaran historia familiar de otros padecimientos crónicos como: cáncer, artritis reumatoide, afecciones cardiacas u otras (sólo se evaluó historia familiar de diabetes). Los puntos redundan en la falta de validez interna del estudio.

Por lo anterior, no es posible generalizar los resultados y hallazgos obtenidos en todos los casos y condiciones; ya que en el caso de los sujetos diabéticos y con riesgo potencial a diabetes sus resultados pueden variar significativamente en diferentes condiciones y en distintos estratos sociales que no se consideraron para el presente estudio.

2) **Limitaciones técnicas.** En estas pueden destacarse principalmente las de procedimiento en la asignación de los sujetos debido a que faltó un mayor grado de control de algunas variables extrañas sustentadas en una mejor y mayor información de datos de carácter biológico que se apoyaran en una valoración médica rigurosa sobre el estado físico de los grupos diagnósticos (sobre todo en el caso de los diabéticos y de los sujetos con riesgo potencial a diabetes). En el caso de las mujeres, hizo falta una valoración específica sobre ciertos eventos fisiológicos importantes como *el periodo menstrual o el climatérico* que eventualmente pudieran incidir en sus estados afectivos y psicológico-cognitivos.

3) **Limitaciones físicas.** Las limitaciones físicas de incomodidad tanto de espacio y tiempo que surgen dentro de un proceso evaluativo en una unidad clínica donde las personas acuden a recibir atención médica, se traducen en problemas de aplicación ya que faltan condiciones más favorables para la evaluación como: 1) la asignación de un cubículo privado para la aplicación de las pruebas y 2) el tiempo requerido para realizarlo; en este sentido, los puntos anteriores suelen ser un serio obstáculo para el investigador durante el proceso evaluativo y en un momento determinado pueden interferir en la validez de los resultados.

6.5 SUGERENCIAS.

Después de la realización de este trabajo de investigación y dado el estado actual alcanzado por el mismo, es prudente y oportuno apuntar las siguientes sugerencias:

- 1) Es necesario llevar a cabo el estudio con un máximo rigor de control de las variables en un trabajo que tienda hacia la evaluación interdisciplinaria involucrando por lo menos una valoración médica exhaustiva con apoyo de exámenes de laboratorio y gabinete así como de una valoración psicológica más profunda
- 2) Realizar un estudio más específico sobre la valoración de géneros, tomando en cuenta los aspectos biológicos, culturales, económicos y sociales
- 3) Es importante detectar los beneficios que brinda la intervención psicológica en aspectos relacionados con enfermedades crónicas con el objetivo de seguir estructurando y modificando estrategias de intervención para promover una mejor calidad de vida en estos sujetos. Por esto es que se sugiere la realización de estudios de caso donde se evalúen los tratamientos psicológicos empleados
- 4) También se hace necesario investigar la participación que la familia del diabético tiene en el abordaje de la enfermedad, así como el detectar las posibles dificultades emocionales a las que se enfrentan tanto el diabético como su familia. Esto con el fin de establecer programas de intervención más completos

B I B L I O G R A F Í A

- Ader, Robert (1987) Psychoneuroimmunology, New York: Academic Press
- Aguilar, G E (1990). Cartas a un diabético. Como prolongar la vida saludable, México: Trillas
- Alonga, N. (1980) Perception and severity of disease and health locus of control in compliant and noncompliant patients Diabetes Care, vol 8: 533-534
- Anderson, J. (1990). Diabetes, cómo controlarla, España: Fondo Educativo Interamericana
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV, España: Masson.
- Ayuso, J L (1988). Trastornos de angustia, Barcelona: Martínez Roca
- Barquin, M (1979) Historia de la medicina Su problemática actual, México: Oteo
- Bayes, R (1985) Psicología Oncológica, Barcelona: Martínez Roca
- Beck, A (1972) En: Flores M A y Hernández (1996) Ansiedad y depresión en la mujer estéril que acude al Instituto Nacional de Perinatología Tesis para licenciatura, UNAM-FES Zaragoza
- Beck, A, Rush, J y Shaw, E. (1983) Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Descleé de Brouwer
- Blackwell. (1976) Treatment adherence in hypertension. American Journal of pharmacology, vol 148: 78-85
- Calderón Narváez, Guillermo (1990). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento, México: Trillas
- Capra, F (1985) El punto crucial, Barcelona: Integral
- Costa, M y López, E (1986) Salud comunitaria, Martínez Roca: Madrid
- Daniel, W (1987) Bioestadística Bases para el análisis de las ciencias de la salud, México: Limusa
- Davidoff, L L (1990) Introducción a la psicología, España: Mc Graw Hill
- De la Fuente Muñoz R (1986) Psicología Médica, México: Fondo de la Cultura Económica
- De San Miguel Guerrero, J L (1992) Depresión e ideas irracionales en cefaléicos Tesis de licenciatura México: UNAM (FES ZARAGOZA)

- Díaz, Nieto y Galán Cueva (1993). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. Salud Publica de México. vol 35 (2): 168-175.
- Dickinson, B. (1986) Diabetes al día, vol. 1 (2): 1 - 4.
- Duncan, L. J (1976): Diabetes Mellitus, Edimburgo: University Press.
- Dunn S. M. y Turtle J.R (1981). The myth of the diabetes personality Diabetes Care, vol (4): 640- 646
- Ellis, A. (1962). Dic. Rational - emotive Therapie, Munich: Pfeiffer.
- Ellis, A. (1970). Reason and emotion in psychotherapy, New York: Lyle Stuart
- Ellis, A. (1972). The essence of rational psychotherapy, Nueva York: Institute of Rational Living
- Ellis, A. (1985) Cognition and affect in emotional disturbance American Psychologist, vol 40: 471-472.
- Ellis, A. (1991) Terapia Racional Emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad, México: Pax
- Ellis, A. y Bernard. M. (1990) Aplicaciones clínicas de la Terapia Racional Emotiva, España: Desclée de Brouwer
- Ellis, A. y Dryden. W. (1984) Práctica de la Terapia Racional Emotiva, España: Desclée de Brouwer
- Epstein, S. (1977) En: Valdés, M. y Flores, T. (1985) Psicobiología del estrés, Barcelona: Martínez Roca
- Escobedo de la Peña, J. (1993) Epidemiología de la diabetes mellitus En: Lifshitz e Islas (1993) Diabetes mellitus, México: Interamericana.
- Etchegoyen, R. H. (1979) Etología. En: Enciclopedia de psiquiatría (1981) Buenos Aires: El Ateneo
- Etwiler, D. (1986) Diabetes management. The importance of patient education and participation. Postgrado Medicine. vol 80: 67-72
- Eysenck, H. J. (1959) Los efectos de la psicoterapia En: Kris, J. (1990). Corrientes fundamentales en psicoterapia, Buenos Aires: Amorrortu editores
- Fajardo, G. (1990) Diabetes mellitus. Sus costos directos en el IMSS. Revista Médica del IMSS, vol 30 (2): 115-117
- Fernández, F. y Orduña, C. (1995) Ansiedad Tesis de Licenciatura México: UNAM (Facultad de Psicología)

- Figuerola, Daniel (1990) Diabetes mellitus: guía para su conocimiento y control. Barcelona: Salvat
- Flores, Chagoya, L y Meza Aguirre, A (1980) Estudio comparativo de la ansiedad con el instrumento IDARE antes y después de una terapia de apoyo en un grupo de pacientes de sala de terapia intensiva. Tesis de Licenciatura, México: UNAM. Facultad de Psicología
- Flores Mendoza A. y Hernández Camacho M. A (1996) Ansiedad y depresión en la mujer estéril que acude al Instituto Nacional de Perinatología. Tesis para Licenciatura. UNAM - FES ZARAGOZA.
- Forman, M. A. Fosi, D. J. y Rudy, D.R. (1987) Common irrational beliefs associated with the psychophysiological conditions of low back pain, peptic ulcers and migraine headache: A multivariate study. Journal of Rational Emotive Therapy, vol 5: 255-256
- Freud, S (1986) Los textos fundamentales del psicoanálisis. Barcelona: Altava
- Gale E. A y Bingley P. J (1994) Can we prevent IDM? Diabetes Care, vol 17: 330 - 344
- Gastó, C. Vallejo, J y Menchón, J.M (1993) Depresiones crónicas. Barcelona: Ediciones Dovsky
- Gillum, R.F y Baskv, A. (1974) Diagnosis and management of patient noncompliance. Journal of American Medical Association, vol 228: 1563-1567
- González, Rey F (1991) Key lecture Primary prevention of type II diabetes mellitus. Diabetes Care, vol 14: 399 - 410
- Haynal, A. y Pasini, W (1980). Manual de medicina psicosomática, Madrid: Toray - Masson
- Hennida, Gutiérrez Y Barron Uribe C y Pérez Pastén E (1994) Aspectos psicosociales en la diabetes mellitus. En Ierman Garber, Y Atención integral del paciente diabético. México Interamericana
- IMSS (1994) Anuario Estadístico de Servicios Médicos. México: Dirección de prestaciones Médicas
- IMSS (1995) Dirección de Finanzas y Sistemas, Dirección de prestaciones médicas
- Jeammet P y Revnaud, M (1982) Manual de psicología médica. Barcelona: Masson
- Johnson, A. B y Tavior R (1990) Diabetes mellitus. Journal Postgrad Medicine, vol 66: 1010 - 1024
- Johnson, R (1990) Estadística elemental, México: Iberoamericana
- Kaplan y Sadock's (1994 a) Sinopsis de psiquiatría. Selección de temas de la 7a edición original - 1994. Psiquiatría clínica y ciencias de la conducta, vol 7: 104 - 223

- Kaplan and Sadock's (1994 b) Sinopsis de psiquiatría Selección de temas de la 7a edición original
- 1994, Psiquiatría clínica y ciencias de la conducta, vol. 8: 237 - 239.
- Keesler, L G, Cleary, P. D y Bruke, J D (1985). Psychiatric disorders in primary care. Archives of general Psychiatry, vol 42: 583 - 527
- Kerlinger, P (1979). Investigación del comportamiento, México: Interamericana
- Kilo, C y Williamson, J (1991). Controle su diabetes, México: Limusa.
- Kissebah, A H (1991) Insulin resistance in visceral obesity. Internatíonal Journal of obesity, vol 15: 109 - 115
- Klotz, B (1972) La diabetes en el adulto y su tratamiento. Buenos Aires: Manual de la práctica médica
- Krall P L. y Braser S R (1992) Manual Joslin de diabetes, Barcelona: Masson - Salvat medicina
- Kriz, J (1990) Corrientes fundamentales en psicoterapia, Buenos Aires: Amorrortu editores
- Lazarus, A y Averill, L (1972) En: Vallejo R J y Gastó Ferrer (1990) Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, Barcelona: Salvat
- Leiva González, F A Salas Romero M F. y Cevallos Galán L F. (1996) Diabetes mellitus tipo II y disfunción sexual eréctil Revista Médica del IMSS, vol 34 (2): 139 - 143
- Lerman. Garber I (1994) Atención Integral del paciente diabético, México: Interamericana
- Levin J (1977) Fundamentos de estadística en la investigación social México: Harla
- Lifshitz, A (1996) Depresión y diabetes, Revisiones bibliográficas para el médico general Academia Nacional de Medicina, vol 1 (7): 37
- Lifshitz, A e Islas, S (1993) Diabetes mellitus, México: Interamericana
- Lifshitz, Alberto (1995) Información general. el estado prediabético Revista Médica del IMSS, vol 33(2): 197 - 205
- Lilly, Eli (1994) Cómo controlar su diabetes, Indianapolis: Eli Lilly and Company
- Lipkin, G y Cohen, R. (1984) Atención emocional del paciente, México: La Prensa Médica Mexicana
- Iloveras, G (1990) Aspectos psicosociales del paciente diabético En: Figuerola, D (1990) Diabetes mellitus: guía para su conocimiento y control, Barcelona: Salvat
- Lustman, P J, Griffith L S, Clouse R E y Cryer P E (1986) Psychiatric illness in diabetes mellitus: Relationships to symptoms and glucose control Jovinal Nerv Disease, vol 174: 736 - 742

- Lustman, P. J., Griffith L.S., Gavard J. A. y Clouse, R. E. (1992) Depression in adults with diabetes. Diabetes Care, vol. 15: 1631 - 1639.
- Maier, S. y Laudenslager, M. (1985). En: Davidoff, L. L. (1990). Introducción a la Psicología, España: Mc Graw Hill
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's Challenge to academic, scientific and professional psychology, American Psychologist, vol. 37: 1 - 14
- McKeown, T. (1985). La gente y la Salud, Foro Mundial de la Salud, vol. 6: 82 - 88
- Meichenbaum, D. (1977) Cognitive behavioral modification, New York: Plenum Press
- Mendels, J. (1989) La depresión, Barcelona: Harder.
- Moncada, L. (1984). Educación en diabetes, Guía para educadores, Barcelona: Científico - médica
- Muller, F. L. (1991) Historia de la psicología, México: Fondo de Cultura Económica
- Namakforoosh (1995) Metodología de la investigación, México: Limusa
- Nares Rodríguez Daniel (1992) Neurosis, Revista de Psicología, vol. 12: 2 - 31
- Nuñez R. (1985) Integración del estudio psicológico, Uso del DSM III, México: Manual moderno
- Organización Mundial de la Salud (1980) Factores psicosociales y salud: nuevos programas de dirección. En: Ahmed, P. y Coelho, G., Hacia una nueva definición de la salud, New York: Plenum Press
- Organización Mundial de la Salud (1987) Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000. Análisis Mundial de la OMS, vol. 1: 271 - 308
- Organización Mundial de la Salud (1992) Décima revisión de la clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud (1994) Análisis estadísticos sobre los principales padecimientos crónicos en el mundo, vol. 21: 372 - 387.
- Padilla G. P., Ezbán B. M., Medina, M. E., Mas C.C. y Campillo S. C. (1984) El médico general en la detección de trastornos emocionales, Salud Pública de México, vol. 26 (?): 138 - 145
- Palacios, P. (1992) El perfil multimodal del paciente cefaléico. Tesis de Maestría. México: UNAM (ENEP Iztacala)
- Pehn, L. P. (1976) Assessment of Depression. En: Hersen, M. M. y Bellack, A. S. Behavioral Assessment: A practical Handbook, N. Y.: Pergamon Press
- Pernutt, M. A. (1990) Genetics of NIDDM, Diabetes Care, vol. 13: 1150 - 1154

- Petrovski, A (1986) Psicología general. Manual didáctico para los institutos de pedagogía, Moscú: Progreso.
- Polaino Lorente, A. (1985). La depresión, Barcelona: Martínez Roca.
- Price, R. H (1981). Perspectivas sobre la conducta anormal, México: Interamericana
- Raboudi, S. H., Mitchell B. D., Stem M. D., Eifler C. W. y Hafner S. M. (1989). Type II diabetes mellitus and polymorphism of insulin - receptor gene. Diabetes Care, vol. 38: 975 - 980
- Rimm, D. y Masters, J. (1984) Terapia de la conducta, técnicas y hallazgos empíricos, México: Trillas.
- Scarinci, Y., Almeida H., Haddad M. Focushima; E y Ferreira, C. (1988). Atuação da psicologia no atendimento interdisciplinar ao diabético, Seminário, vol. 9 (3): 151 - 156.
- Schraml, W J (1975). Psicología clínica, Barcelona: Herder.
- Secretaría de Salud (1993) Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, México
- Seligman, M E P (1975) Helplessness: on depression, Development and Death, San Francisco: W H Freeman
- Steinke, J y Thom, G (1988). Diabetes mellitus, capítulo 04. En: Harrison, Medicina interna, Tomo I, México: La Prensa Médica Mexicana
- Stern, M P. (1991) Key lecture Primary prevention of type II diabetes mellitus Diabetes Care, vol 14: 390 - 410
- Surwit, R S y Feinglos, M N y Scovern, A W. (1983) Diabetes and behavior: A paradigm for health psychology American Psychologist, vol 38: 255-262
- Surwit, R S y Feinglos, M N (1988) Stress and autonomic nervous system in type II diabetes: A hypothesis Diabetes Care, vol 2: 83 - 85
- Torres, Y y Beltran, F. (1985) La psicología de la salud: Campos y aplicaciones, México: Centro de Estudios psicológicos - Universidad Veracruzana
- Tyrer, P (1982) Major common symptoms in psychiatry: Anxiety, Journal Britis Hosp. Med., núm: 27: 109 - 113
- Ullman y Krasner (1965) En: Rimm, D y Masters, J (1984) Terapia de la Conducta, técnicas y hallazgos empíricos, México: Trillas.
- Valdés, M. y Flores, T (1985) Psicobiología del estrés, Barcelona: Martínez Roca

- Vale, W. Spleess, J. Rivier, C. y Rivier, J. (1981). Characteristics of a 41 - residue ovine hypothalamic peptide that stimulates secretion of cortico tropin and B - endorphin. Science, num 213: 1394 - 1397
- Vallejo, J. A. (1985) Neurosis de Angustia y fóbica. En: Vallejo y Gastó (1990) Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, Barcelona: Salvat
- Vallejo, J. A. (1986). Ante la depresión, Barcelona: Plaza y Janés
- Vallejo, R. J. y Díez P. (1990). En Vallejo R. J. y Gastó Ferrer, C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, Barcelona: Salvat
- Vallejo, Ruiloba J. y Gastó Ferrer, C. (1990). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, Barcelona: Salvat
- Vander, A. (1953) Nervios. Curación de sus trastornos, Barcelona: Ronda Universidad
- Vázquez M y Escobedo J (1990). Análisis de mortalidad por diabetes mellitus en el IMSS 1990. Análisis de mortalidad por diabetes mellitus en el IMSS 1970 - 1987. Revista Médica del IMSS, vol 28 (3): 157 - 170
- Vázquez Estupiñán, F., Arreola, F., Castro Martínez, G., Escobedo de la Peña J. y otros (1993) Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. Revista Médica del IMSS, vol. (32) (3): 267 - 270
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920) Conditioned emotional reaction. En: Davidoff I. J. (1990) Introducción a la psicología, España: Mc Graw Hill
- Wayne, H., Evans, R., Kennedy, S. e Iscoe, Y. (1987) Psicología y salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, vol. 65 (6): 245 - 281
- Weisman, A. (1974) The realization of death. A guide for the psychological autopsy, New York: Janson Aronson Inc
- Wittkower, E., Cleghorn, C. y Col (1966). Progresos en medicina psicosomática. Buenos Aires: EUDEBA
- Zárate, Treviño Arturo (1992). Diabetes Mellitus. Bases para su tratamiento, México: Trillas
- Zárate, Villalpando S., Espinosa, L. y Miranda R. (1988). Bases para el tratamiento de la diabetes mellitus, México: Subdirección General Médica - Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación del IMSS

A N E X O S

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 No. de afiliación: _____ No. de consultorio _____

A continuación conteste las siguientes preguntas marcando con una "X" la respuesta que más se adecuó a su caso o completando cuando sea necesario, conteste lo más acertado posible y con honestidad.

1. ¿Es usted diabético o ha tenido periodos donde su azúcar haya aumentado significativamente? Si ___ No ___

2. ¿Tiene usted familiares diabéticos? Si ___ No ___
 Si la respuesta fue afirmativa mencione si son:
 a) Ambos progenitores ___ b) Sólo un progenitor ___ c) Varios hermanos ___
 d) Tíos ___ e) Abuelos ___

3. ¿Esta usted enfermo de otro padecimiento diferente a la diabetes? Si ___ No ___

4. ¿Cuál tipo de diabetes es la que usted padece?
 a) Tipo I ___ b) Tipo II ___ c) Otro (especifique) _____ d) No sabe ___

5. ¿Normalmente con cuál de las siguientes formas controla su azúcar?
 a) Sólo dieta ___ b) Sólo pastillas ___ c) Sólo insulina ___
 d) Dieta y pastillas ___ e) Dieta e insulina ___ f) Dieta, pastillas e insulina ___

6. ¿Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron la diabetes? _____

7. ¿Regularmente se le baja el azúcar? Si ___ No ___

8. ¿Cuáles de los siguientes signos y síntomas muestra usted?

Cualquiera de éstos signos y síntomas que sean marcados sí incluyen al sujeto.

Cualquiera de éstos signos y síntomas que sean marcados no incluyen al sujeto.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| a) Presión alta ___ | h) Catarata en los ojos o ceguera grave ___ |
| b) Problemas de circulación ___ | i) Amputación de algún miembro ___ |
| c) Infección en vías urinarias ___ | j) Insuficiencia renal o diálisis ___ |
| d) Dolores musculares ___ | k) Problemas del corazón ___ |
| e) Dolores de cabeza ___ | l) Incapacidad o impotencia sexual ___ |
| f) Problemas visuales moderados ___ | m) Pie diabético ___ |
| g) Cansancio generalizado ___ | |

9. ¿Actualmente toma algún tipo de medicina para los nervios o para dormir? Si ___ No ___
 Si toma alguno puede mencionar cuál es: _____

10. ¿Sufre de problemas de drogadicción o alcoholismo? Si ___ No ___

11. ¿Cree usted que la diabetes sea una enfermedad que se puede heredar? Si ___ No ___

12. ¿Ha sufrido recientemente algún tipo de pérdida ya sea moral o material que actualmente signifique motivo de preocupación o tristeza? Si ___ No ___

IDARE

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
22. Me canso rápidamente	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
23. Siento ganas de llorar	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
26. Me siento descansado	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
30. Soy feliz	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
31. Tomo las cosas muy a pecho	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
32. Me falta confianza en mí mismo	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
33. Me siento seguro	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
35. Me siento melancólico	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
36. Me siento satisfecho	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
39. Soy una persona estable	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	⓪	Ⓛ	Ⓜ	Ⓞ

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de Depresión. Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A ESTADO DE ANIMO

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste o melancólico
- 2a Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo.
- 2b Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso
- 3 Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo

B PESIMISMO

- 0 No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro
- 1a Me siento desalentado con respecto al futuro
- 2a Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro
- 2b Siento que nunca podré salir de mis problemas
- 3 Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar

C SENTIMIENTO DE FRACASO

- 0 No me siento fracasado
- 1 Siento que he fracasado más que la persona promedio
- 2a Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
- 2b Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, solo encuentro una serie de fracasos
- 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

D FALTA DE SATISFACCION

- 0 No estoy particularmente insatisfecho
- 1a Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
- 1b No disfruto de las cosas en la misma forma que antes
- 2 Nunca volveré a obtener satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho con todo

E SENTIMIENTO DE CULPA

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo
- 2a Me siento bastante culpable
- 2b Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo
- 3 Me siento como si fuera muy malo o despreciable

F SENTIMIENTO DE CASTIGO

- 0 No siento que esté siendo castigado
- 1 Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme
- 2 Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado
- 3a Siento que merezco ser castigado
- 3b Quiero ser castigado

G ODIIO A SI MISMO

- 0 No me siento desilusionado de mi mismo
- 1a Me siento desilusionado de mi mismo
- 1b No me gustó a mi mismo
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
- 3 Me odio a mi mismo

H AUTOACUSACIONES

- 0 No siento que yo sea peor que las demás personas
 - 1 Me critico mucho a mi mismo por mi debilidad o mis errores
 - 2a Me culpo a mi mismo por todo lo que sale mal
 - 2b Siento que tengo muchos malos defectos
 - 3 Siento que no sirvo para nada
-

I DESEOS AUTOPUNITIVOS

- 0 No tengo ninguna intención de dañarme a mi mismo
 - 1 He pensado dañarme a mi mismo pero no lo llevaría a cabo
 - 2a Pienso que estaría mejor muerto
 - 2b Tengo planes definidos para cometer suicidio
 - 2c Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - 3 Me mataría a mi mismo si pudiera
-

J BROTOS DE LLANTO

- 0 No lloro más que lo usual
 - 1 Ahora lloro más de lo que acostumbraba
 - 2 Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme
 - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo aunque quiera
-

K IRRITABILIDAD

- 0 No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho
 - 1 Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual
 - 2 He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que les pase
 - 3 He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase
-

L AISLAMIENTO SOCIAL

- 0 No he perdido interés en otras personas
 - 1 Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual
 - 2 He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que les suceda
 - 3 He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase
-

M INDECISION

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre
 - 1 Estoy menos seguro de mi mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones
 - 2 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
 - 3 En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión
-

N IMAGEN CORPORAL

- 0 No siento que me vea peor ahora que antes
 - 1 Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo
 - 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y que ellos me hacen parecer poco atractivo
 - 3 Siento que soy feo o repulsivo a la vista
-

O INHIBICION DEL TRABAJO

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
 - 1a Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo
 - 1b No trabajo tan bien como lo acostumbraba
 - 2 Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo
 - 3 De plano no puedo hacer nada
-

P PERTURBACION DEL SUEÑO

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
 - 1 Ahora despierto más cansado que antes
 - 2 Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que no vuelva a dormir.
 - 3 No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.
-

Q FATIGABILIDAD

- 0 No me canso más que lo usual
 - 1 Me canso más fácilmente que antes
 - 2 Me cansa hacer algo
 - 3 Estoy muy cansado para hacer algo
-

R PERDIDA DE APETITO

- 0 Mi apetito no es peor que lo usual
 - 1 Mi apetito es tan bueno como antes
 - 2 Mi apetito es mucho peor ahora
 - 3 No tengo apetito de nada
-

S PERDIDA DE PESO

- 0 No he perdido mucho peso, o ninguno, últimamente
 - 1 He perdido más de 3 kilos
 - 2 He perdido más de 5 kilos
 - 3 He perdido más de 7 kilos
-

T PREOCUPACION SOMATICA

- 0 No estoy más interesado en mi salud que lo usual
 - 1 Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable
 - 2 Estoy tan preocupado por cómo o qué siento que no puedo hacer nada
 - 3 Estoy completamente absorto en lo que siento
-

U PERDIDA DE LIBIDO

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 - 1 Estoy menos interesado en el sexo ahora
 - 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
 - 3 He perdido el interés en el sexo por completo
-

Nombre del Paciente: _____

Terapeuta: _____

Puntuación: _____

Fecha de Aplicación: _____

INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES

Este inventario pretende investigar la manera en que usted piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación hallará los números del 1 al 5. Deberá tachar aquél número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números con respecto a cada aseveración es la siguiente:

1. Significa "COMPLETAMENTE EN DESACUERDO"
2. Significa "MODERADAMENTE EN DESACUERDO"
3. Significa "NI ACUERDO NI DESACUERDO"
4. Significa "MODERADAMENTE DE ACUERDO"
5. Significa "TOTALMENTE DE ACUERDO"

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como REALMENTE SIENTE acerca de la afirmación y no como usted cree que DEBERIA SENTIR. Trate de evitar de evitar las respuestas con el número 3 o neutrales lo más que sea posible.

1. Es importante para mi que otros me aprueben	1	2	3	4	5
2. Odio fracasar en algo	1	2	3	4	5
3. La gente que comete errores merece lo que le pasa	1	2	3	4	5
4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede	1	2	3	4	5
5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia	1	2	3	4	5
6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan	1	2	3	4	5
7. Frecuentemente voy retrasando decisiones importantes	1	2	3	4	5
8. Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo	1	2	3	4	5
9. "El que nace para maceta, del corredor no pasa"	1	2	3	4	5
10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa	1	2	3	4	5
11. Me gusta que me respeten pero no me es necesario	1	2	3	4	5
12. Evito cosas que no puedo hacer bien	1	2	3	4	5
13. Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen	1	2	3	4	5
14. Las frustraciones no me molestan	1	2	3	4	5
15. Las personas no se perturban por las situaciones sino por lo que piensan de ellas	1	2	3	4	5
16. Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o inesperado	1	2	3	4	5
17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan	1	2	3	4	5
18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes	1	2	3	4	5
19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado	1	2	3	4	5

20. No hay solución perfecta para algo	1	2	3	4	5
21. Quiero que todos me estimen	1	2	3	4	5
22. No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo	1	2	3	4	5
23. Los que se equivocan merecen ser castigados	1	2	3	4	5
24. Las cosas deberían ser mejores de como son	1	2	3	4	5
25. Yo causo mis propios estados de ánimo	1	2	3	4	5
26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones	1	2	3	4	5
27. Evito enfrentar mis problemas	1	2	3	4	5
28. La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma	1	2	3	4	5
29. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro	1	2	3	4	5
30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida	1	2	3	4	5
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén	1	2	3	4	5
32. Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario	1	2	3	4	5
33. La inmoralidad debe ser fuertemente castigada	1	2	3	4	5
34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan	1	2	3	4	5
35. Las gentes miserables se han hecho miserables a sí mismas	1	2	3	4	5
36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo por eso	1	2	3	4	5
37. Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo	1	2	3	4	5
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho	1	2	3	4	5
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado	1	2	3	4	5
40. Siempre tendremos algunos problemas	1	2	3	4	5
41. Si le caigo mal alguien, el problema es suyo no mio	1	2	3	4	5
42. Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago	1	2	3	4	5
43. Rara vez culpo a la gente por sus errores	1	2	3	4	5
44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten	1	2	3	4	5
45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así	1	2	3	4	5
46. No puedo tolerar el probar fortuna	1	2	3	4	5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras	1	2	3	4	5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies	1	2	3	4	5
49. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser	1	2	3	4	5
50. Cada problema tiene una solución perfecta	1	2	3	4	5