The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man in a crown and robes, surrounded by various symbols including a lion, a castle, and a mountain. The text "UNIVERSITAS CAROLINA ACADÉMIA COACTEMALENSIS INTER CÆTERAS ORBIS CONSPICUA" is inscribed around the perimeter of the seal.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA DISMINUIR NIVELES DE
DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS, DE 35 A 50 AÑOS, PATRONATO DEL DIABÉTICO”**

POR

YOJANA INES PATZAN SANDOVAL

YULYZZA SAMANDRA GORDILLO GARCÍA

GUATEMALA, OCTUBRE 2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA DISMINUIR NIVELES DE
DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS, DE 35 A 50 AÑOS, PATRONATO DEL DIABÉTICO”**

POR

YOJANA INES PATZAN SANDOVAL

YULYZZA SAMANDRA GORDILLO GARC

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGOS(AS)

ACADÉMICO DE LICENCIADOS(AS)

GUATEMALA, OCTUBRE 2021



CONSEJO DIRECTIVO

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

MA. MAYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMIREZ ORIZABAL de de LEON

SECRETARIA

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

M. Sc. JOSE MARIANO GONZALEZ BARRIOS

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

VIVIANA RAQUEL UJPAN ORDOÑEZ

NERY RAFAEL OCOX TOP

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. OLIVIA MARLENE ALVARADO RUIZ

REPRESENTANTES EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg.070-2020
CODIPs.1192-2021

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

26 de julio de 2021

Estudiantes

Yulyzza Samandra Gordillo García
Yojana Ines Patzán Sandoval
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO SEGUNDO (12º) del Acta TREINTA Y OCHO GUIÓN DOS MIL VEINTIUNO (38-2021), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 22 de julio de 2021, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA DISMINUIR NIVELES DE DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS, DE 35 A 50 AÑOS, PATRONATO DEL DIABÉTICO”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

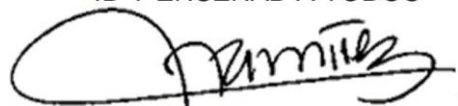
Yulyzza Samandra Gordillo García
Yojana Ines Patzán Sandoval

CARNÉ: 2042 03066 0114
CARNÉ: 2417 63584 0115

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Pablo Saturnino Tzoy y revisado por la Licenciada Reyna Aracely Corado Recinos. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramirez Orizabal
SECRETARIA



/Gaby

UGE-144-2020

Guatemala, 22 de julio de 2021

Señores

Miembros del Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM


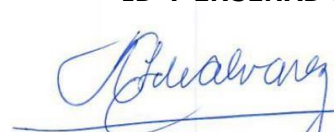
Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes, **YULYZZA SAMANDRA GORDILLO GARCIA, CARNÉ NO. 2042-03066-0114, REGISTRO ACADÉMICO No. 2011-24118 y Expediente de Graduación No. L-15-2020-I-EPS / YOJANA INES PATZÁN SANDOVAL, CARNÉ NO. 2417-63584-0115, REGISTRO ACADÉMICO No. 2007-13822 y Expediente de Graduación No. L-212-2018-C-EPS**, han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional**
- **10 créditos académicos por trabajo de graduación**
- **15 créditos académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado –EPS-**

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA DISMINUIR NIVELES DE DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS, DE 35 A 50 AÑOS, PATRONATO DEL DIABÉTICO"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 11 de ENERO del año 2021.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



M.A. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Lucia, G.

CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CIEPs.



REG. 029-2021
070-2020

INFORME FINAL

Guatemala, 04 de mayo de 2021

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Reyna Aracely Corado Recinos** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA DISMINUIR NIVELES DE DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS, DE 35 A 50 AÑOS, PATRONATO DEL DIABÉTICO”.

ESTUDIANTES:

Yojana Ines Patzán Sandoval
Yulyzza Samandra Gordillo García

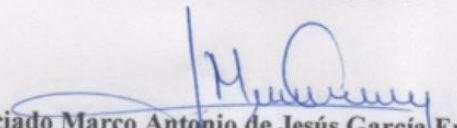
DPI No.

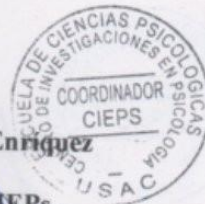
2417635840115
2042030660114

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 11 de enero de 2021 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 25 de abril de 2021, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”





CIEPs. 070-2020
REG. 0169-2015

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 28 de septiembre de 2020

ESTUDIANTES:

Yojana Ines Patzán Sandoval
Yulyzza Samandra Gordillo García

DPI. No.

2417635840115
2042030660114

Informo a usted que realicé la revisión del **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera **Licenciatura en Psicología** titulado:

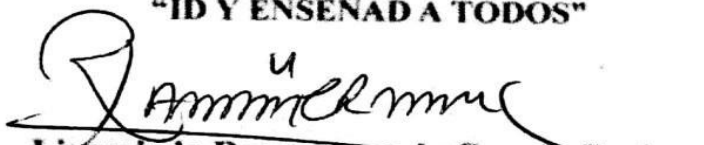
“INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA DISMINUIR NIVELES DE DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS, DE 35 A 50 AÑOS, PATRONATO DEL DIABÉTICO”.

ASESORADO POR: Licenciado Pablo Saturnino Tzoy

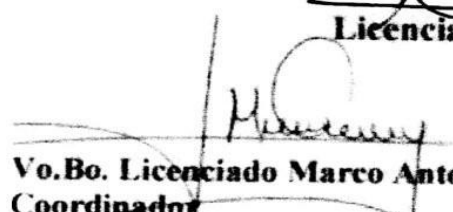
Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.- fue **APROBADO** 07 de julio de 2020 y por el Docente Revisor el 03 de julio de 2020. Por lo que se solicita iniciar la fase del Informe Final de Investigación.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Reyna Aracely Corado Recinos
DOCENTE REVISORA




Vo.Bo. Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez
Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología. CIEPs. “Mayra Gutiérrez”




Guatemala, 18 de agosto de 2020

Coordinación
Centro de Investigaciones en
Psicología -CIEPs- "Mayra
Gutiérrez".

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las Estudiantes Yojana Inés Patzán Sandoval, CUI: 2417635840115 y Yulyzza Samandra Gordillo García CUI: 2042030660114 realizaron en esta institución 30 entrevistas a pacientes como parte del trabajo de investigación titulado: "Intervención Psicoeducativa para disminuir niveles de Depresión en Diabéticos de 35 a 50 años," Patronato del Diabético, en el periodo comprendido del 03 al 07 de agosto del presente año, en horario de 8:00 a 13:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución. Sin otro particular, me suscribo.


Lic. Alexis Maldonado
Gerente General

"Patronato del Diabético"



Guatemala, 4 septiembre 2020.

Licenciado
Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
(CIEPs) "Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe de investigación titulado "Intervención Psicoeducativa para disminuir niveles de Depresión en Diabéticos de 35 a 50 años, Patronato del Diabético" realizado por los estudiantes Yojana Inés Patrón Sandoval, CUI 2417635840115 y Yulyzza Samandra Gordillo García CUI 2042030660114.

El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación del correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Licenciado Pablo Saffirino Treoy
Psicólogo
Colegiado No. 3423
Asesor de contenido

PADRINOS DE GRADUACION:

LUIS FELIPE FORTIN MORATAYA

MEDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO: 10231

CRABY ALEJANDRO ESCOBAR PAPPA

LICENCIADO EN CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES, ABOGADO Y NOTARIO

COLEGIADO: 17822

BYRON OSWALDO DE LA CRUZ LOPEZ

LICENCIADO EN CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES, ABOGADO Y NOTARIO

COLEGIADO: 5548

Dedicatoria

- A DIOS: Por darme la fortaleza para continuar mi formación profesional y haberme permitido alcanzar mis metas.
- A LA MEMORIA DE MI MADRE: Dorinda Sandoval Lucero (Q.P.D): Por ser mi inspiración y motivación de superación personal, modelo a seguir. Hoy no estas físicamente, pero sé que desde el cielo estará celebrando pues lo puedo sentir así en mi corazón. Siempre has estado y seguirás presente en mis días dándome aliento a seguir continuando por mis aspiraciones mil gracias mamita
- A MI PADRE: Por ser pilar ejemplo de tenacidad y perseverancia
pues aún con su diabetes siempre sigue con toda la actitud y no desmaya, por enseñarme que el mejor conocimiento que se puede tener es aquel que se aprende por sí mismo, por enseñarme también a ser valiente y perseverante lo aprendí de usted
- A MI ESPOSO: Por su apoyo incondicional, siempre me animo
cuando quise rendirme, por apoyarme en todo momento, has estado siempre para mí, creyendo en mí, sin ti hubiera sido imposible gracias.
- A MIS HIJOS: Samantha y Brandon, mi mayor tesoro, que este logro sea un ejemplo para ustedes, que todo en la vida con esfuerzos se puede lograr. El cielo es el límite, todo lo que sueñen y se propongan con dedicación y Dios en sus corazones lo pueden alcanzar.

- A MIS HERMANOS: Henry y Luis, por estar conmigo en cada momento, han sido parte fundamental en mi vida.
- A MI ABUELA: (mi nanita) Q.P.D. por sus sabios consejos y sus oraciones. Siempre la llevare en mi corazón
- A MIS TÍAS, TÍOS: Primos gracias por ser parte de mi vida.
- A MIS AMIGAS: Brendita, Yani y Carol gracias por su amistad y los buenos momentos que vivimos dentro y fuera de la Universidad.
- A MIS CATEDRÁTICOS: Especialmente al Licenciado Abraham Cortez, Licenciado Luis Alvarado y el Licenciado Josué Samayoa

Dedicatoria

- A DIOS:** Especialmente, ya que me ha sido mi guía y fortaleza en todo momento, para lograr culminar una meta más y con mucha satisfacción.
- A MI MADRE QUERIDA:** Por haber siempre luchado por mi educación y fomentar en mí, el deseo de superación y profesionalismo, siempre confirmándome y recordándome lo capaz e inteligente que soy, y los más importante por heredarme valentía, capacidad, inteligencia, fuerza, visión y educación, acompañado de valores que me han hecho crecer personal y profesionalmente.
- A MI ESPOSO:** Por su apoyo incondicional y desmedido, por darme fuerzas y alientos en momentos difíciles y por motivarme siempre a seguir luchando por mis sueños, por recordarme a cada momento lo orgulloso que se siente de mí y cada uno de mis logros, por creer en que todo lo puedo y por ese amor y admiración con la que sus ojos me ven.
- A MI HIJO:** Por ser mi motor y mi motivación para ser mejor cada día, sé que seguirás mis pasos y un día mis ojos te verán culminando esta y muchas metas más, como hoy tu madre ha hecho.
- A LA MEMORIA DE MIS ÁNGELES:** Que eternamente me amaron y creyeron en mí, mis ojos no los pueden ver, pero son parte de este logro y sé que me han acompañado en todo proceso, porque los he llevado y llevare siempre en mi corazón.

A MIS HERMANOS:

Por creer en mí, porque cada logro en mi vida ha sido para ustedes, por ser personas inteligentes y con visión, y sobre todo porque sé que como hermana mayor siguen mis pasos, por lo mismo luche por ser un buen ejemplo para sus vidas.

A MI ABUELITA:

Por su valentía y actitud con la que ha llevado la enfermedad de la diabetes, por siempre ser optimista, positiva y conservar esa alegría que la caracteriza.

A MI PADRE:

Por haber sido inspiración para elegir el tema de mi proyecto, con el fin de entenderlo y comprender como su vida cambiaba y lo difícil que muchas veces fue aceptarla y aprender a vivir con ella.

“No es grande el que siempre lucha, si no el que jamás se desalienta”

Agradecimientos

El presente trabajo lo agradecemos a Dios por ser nuestro guía y acompañarnos en el transcurso de nuestra vida brindándonos paciencia y sabiduría para culminar con éxito nuestras metas propuestas.

A nuestros padres por ser pilar fundamental y habernos apoyado incondicionalmente, por su amor y comprensión gracias infinitas

A nuestros hermanos por llenarnos de alegría día tras día, por todos los consejos brindados.

A nuestros Esposos por el apoyo incondicional el respaldo y la paciencia en este proyecto de estudio, gracias por estar a nuestro lado para concluir esta meta.

A nuestros Hijos por llenar nuestras vidas cada día de alegrías

A nuestra gloriosa Universidad de San Carlos de Guatemala, A nuestros catedráticos quienes nos guiaron académicamente con su experiencia y profesionalismo.

Al personal del Patronato del Diabético filial de Villa Nueva

A la Escuela de Ciencia Psicológicas

A los Catedráticos especialmente al Lic. Marco Antonio García, Lic. Pablo Saturnino Tzoy Coxic

A todas aquellas personas que hicieron posible este momento, mil gracias

INDICE

RESUMEN	- 1 -
PRÓLOGO	- 3 -
CAPÍTULO 1	- 5 -
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO	- 5 -
1.01 Planteamiento del Problema	- 5 -
1.02 Objetivos.....	- 9 -
1.03 Marco Teórico	- 10 -
1.04 Consentimiento Informado	32
CAPITULO II	33
2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	33
2.01 Enfoque y modelo de investigación	33
2.02 Técnicas	34
2.03 Instrumentos.....	38

2.04 Operacionalización de Objetivos, categorías/variables: Operacionalización de objetivos	41
CAPITULO III	43
3.PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	43
3.01Características del lugar y de la muestra	43
3.01.01Características del lugar	43
3.01.02Características de la muestra	45
3.02 Presentación e interpretación de resultados	50
3.03. Análisis general.....	56
CAPITULO IV	58
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
4.01 Conclusiones	58
4.02 Recomendaciones	60
ANEXOS	61
4.03 Referencias	83
• Salud pública Méx vol.48 no.3 Cuernavaca, 2006, Calidad de vida de la diabetes. Tomado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000300004.....	86

Resumen

“Intervención psicoeducativa para disminuir niveles de depresión en diabéticos, de 35 a 50 años, Patronato del Diabético”

YULYZZA SAMANDRA GORDILLO GARCÍA

YOJANA INES PATZAN SANDOVAL

Esta investigación fue realizada para dar cumplimiento al objetivo general de determinar la eficacia de la aplicación del Protocolo de Intervención Psicoeducativa dirigido a personas que presentan síntomas de depresión leve y moderada, concomitante al diagnóstico de diabetes, para lo cual se establecieron los siguientes objetivos específicos: 1) identificar los casos de pacientes que presentan síntomas de depresión leve y moderada, concomitante al diagnóstico de diabetes a través del Inventario Estandarizado de Depresión de Beck –BDI–, determinando así la aplicabilidad al Protocolo de Intervención Psicoeducativa 2) Aplicar el protocolo de intervención psicoeducativa a los pacientes que presentan síntomas de depresión concomitante al diagnóstico de diabetes para disminuir los síntomas asociados a la depresión. 3) Capacitar por medio de talleres de socialización derivados de la aplicación del Protocolo de Intervención Psicoeducativa a médicos, enfermeras y familiares de los pacientes diagnosticados con diabetes, los resultados de la investigación, así como recomendaciones específicas para que puedan brindar un acompañante eficaz a los pacientes.

El marco teórico comprende datos históricos y epidemiológicos de la diabetes, características de la enfermedad de la diabetes, clasificaciones y sintomatología, cuidados y calidad de vida del paciente diabético, además del vínculo entre las emociones y las enfermedades crónicas,

definiendo a la vez la depresión y su relación con la diabetes, proponiendo al final, un método de intervención psicoeducativa como respuesta ante la problemática de la depresión en pacientes diabéticos, que tendrán impacto tanto en el paciente como en sus familiares y demás personal de salud a cargo de su cuidado. Por tanto, las principales categorías teóricas abordadas fueron diabetes, depresión e intervención psicoeducativa.

La muestra propuesta corresponde a pacientes diabéticos que asisten al Patronato del Diabético, Filial de Villa Nueva entre los 35 y 50 años de edad, sin distinción de sexo, durante el año 2020, utilizando una técnica de muestreo no aleatoria del tipo intencionada, bajo un enfoque de investigación cuanti-cualitativa, con la siguiente hipótesis de investigación: La hipótesis de investigación se definió de la siguiente manera: “Las puntuaciones obtenidas en la aplicación del Test de Depresión de Beck para las variables de depresión leve y moderada en pacientes con diabetes fue mayor que las puntuaciones de pacientes diagnosticados con depresión grave, debido a la ausencia de esta, se logró trabajar de manera eficiente con la implementación de un protocolo de intervención psicoeducativa, enfocado en depresión leve y moderada. Como instrumentos para la recolección de datos se utilizaron observaciones, entrevista estructurada, el test estandarizado de Depresión de Beck, talleres psicoeducativos y grupos focales. La propuesta para el análisis de datos cuantitativos fue un diseño longitudinal en panel antes-después, y para el análisis cualitativo serán unidades de análisis de depresión

Prólogo

La presente investigación es el resultado del trabajo de dos estudiantes que se plantearon como objetivo principal poder educar, acompañar, sensibilizar y facilitar conocimientos científicos sobre la diabetes, teniendo como hipótesis preliminar que el conocimiento genera seguridad y que a su vez esta seguridad se convierte en una administración efectiva de las emociones, que es un componente principal para el manejo de la enfermedad y prevención de depresión a causa de la diabetes. Para el logro de este resultado las investigadoras se plantearon tres objetivos que sirvieron de guía para el estudio, que fueron identificar a los pacientes que presentaban signos y síntomas de depresión leve o moderada, luego crear un protocolo psicoeducativo que permitiera la toma de decisiones para los pacientes, para después aplicar el protocolo a los pacientes que tuvieran signos de depresión para que finalmente se evaluara la eficacia del protocolo, estos resultados se compartieron con los médicos y enfermeras tratantes de los pacientes.

Previo al acompañamiento a través de talleres de psicoeducativos se aplicaron instrumentos estandarizados para evaluar el nivel de conocimiento que tenían los pacientes sobre la enfermedad, es menester recordar que la población que participó en la investigación fueron personas comprendidas entre los 35 y 50 años de edad que asisten al Patronato del diabético en Villa Nueva, sin distinción de sexo y género, la aplicación de los talleres se realizó durante el año 2020. También realizaron entrevistas estructuradas para confirmar los datos de la

prueba estandarizada, observaciones y grupos focales para evaluar la dinámica de los pacientes con respecto a la enfermedad y la relación con signos o síntomas de la depresión.

Para dar sustento teórico metodológico a la investigación, las estudiantes abordaron temas sobre investigación cualitativa y mixta, causas y efectos de la diabetes, así como también historia de la enfermedad, agregaron datos epidemiológicos que ayudan a tener una visión amplia, pero a la vez enfocada en la enfermedad, lo más importante de acuerdo a la ciencia es que se abordaron temas relacionados a los efectos psicológicos, trastornos de depresión y sus derivaciones.

Desde lo personal puedo aportar que esta investigación es importante debido a que tengo la experiencia del padecimiento de la diabetes desde hace 9 años y puedo asegurar que tener conocimiento sobre la enfermedad es indispensable para mantener un equilibrio en las emociones y administrar de manera eficaz los síntomas que se puedan presentar eventualmente, por esta razón hago la invitación para que las personas interesadas en el tema de la diabetes, porque sean diabéticas, o simplemente porque desean ampliar sus conocimientos para ayudar a otros puedan darse la oportunidad de profundizar en el tema , a través de la lectura de esta investigación, se hace un agradecimiento especial a las personas que participaron en este estudio porque tuvieron la confianza para hablar sobre su vida, que incluye la enfermedad, a los que deseamos que siempre luchen por mantener salud mental.

Lic. Pablo Tzoy Coxic

Capítulo 1

Planteamiento de Problema y marco teórico

1.01 Planteamiento del Problema

A través de la presente investigación se pretendió profundizar la relación existente entre la diabetes “un trastorno crónico degenerativo de origen metabólico caracterizado por defectos en la secreción y acción de la insulina que se traducen en hiperglicemia” (Castillo-Quan, Barrera-Buenfil, Pérez-Osorio, & Álvarez-Cervera, 2010) y la depresión, un trastorno del estado de ánimo, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud -OMS- se caracteriza por “la presencia de tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Según datos del Ministerio de Salud de Guatemala la prevalencia de la diabetes mellitus en el año 2017 el país equivale a una tasa de 1,093 casos por cada cien mil habitantes, a una razón de dos casos de mujeres por hombre (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2020); mientras que a nivel mundial hasta el año 2017 el número de personas con la enfermedad era de 425 millones, con una prevalencia en adultos hasta del 8.8%, proyectando que hacia el año 2030, dicha enfermedad será la séptima causa de mortalidad en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2019). La diabetes es causa directa de diversos padecimientos como la insuficiencia renal, ceguera, infarto al miocardio, eventos cerebrovasculares y neuropatías en los miembros inferiores.

Vivir con la enfermedad de la diabetes ocasiona un impacto directo en la calidad de vida de la persona, puesto que como parte del tratamiento médico se requiere que el individuo cambie sus hábitos de ingesta alimentaria, realice actividad física constante, además de la administración de la medicación apropiada para el tipo de diabetes que esté padeciendo. Al ser una enfermedad de larga duración y de progresión lenta, la diabetes se clasifica como crónica, cuyos factores de riesgo pueden ser modificables o no.

Como toda enfermedad crónica que necesita de un extenso tratamiento médico y un cambio en el estilo de vida, la diabetes genera un impacto emocional afectando además la salud mental de los individuos que la padecen. Trastornos del estado de ánimo como la depresión agravan a su vez el curso de la enfermedad: “es difícil hacer ejercicio, comer sano y completar otras tareas básicas cuando sólo levantarse de la cama es un esfuerzo” (Curry, 2015). La enfermedad de la diabetes en sí misma también puede provocar depresión, ya que “la falta de insulina, que es la causa de la diabetes, produce una depresión leve, aunque en muchas ocasiones no va acompañada de los notables desequilibrios que caracterizan las depresiones clínicas endógenas” (Shelley, 2007).

La diabetes requiere un tratamiento multidisciplinario, en el cual la persona reciba tanto las herramientas necesarias que le permitan la reducción de los síntomas físicos propios de la enfermedad y prevenir el apareamiento de condiciones agravantes, como por ejemplo la neuropatía como un estado de salud mental apropiado que le facilite no sólo aceptar el diagnóstico médico, sino que le permita lidiar con los síntomas de la enfermedad, hacer los cambios de hábitos requeridos y lograr así una mejoría en su calidad de vida.

Lo anteriormente expuesto hizo necesaria la creación de protocolos de intervención dirigidos a la prevención de trastornos del estado de ánimo en pacientes con diabetes, y la

correspondiente reducción de síntomas depresivos en pacientes diabéticos diagnosticados con depresión comórbida leve y moderada.

1. Como fundamento teórico se han elegido tanto los estudios como los métodos terapéuticos de Aarón Beck, psiquiatra estadounidense, presidente del Instituto Beck para la Terapia Cognitiva y la Investigación, quien realizó innumerables publicaciones al respecto de la terapéutica depresiva y otros trastornos de índole psiquiátrica y desarrolló un modelo de terapia cognitiva basada en el cambio de pensamientos negativos, como por ejemplo no tiene sentido levantarse de la cama, Nada de lo que pasa es auténtico, Nunca haré nada de provecho con mi vida La culpa es mía, Nadie me quiere o me respeta.

Con respecto a la enfermedad de la diabetes se hace un abordaje desde la perspectiva médica dejando en relieve los diferentes tipos de diabetes, factores de riesgo y tratamiento médico requerido.

La elaboración del presente proyecto tenía como objetivo de una manera teórico-práctica responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿existen casos de personas con síntomas de depresión leve y moderada concomitante al diagnóstico médico de diabetes en la muestra seleccionada?, ¿qué debe contener un protocolo de intervención psicoeducativa para el tratamiento cognitivo de la depresión leve y moderada aplicable a pacientes diabéticos?, ¿es aplicable la terapia cognitiva para la depresión en pacientes diabéticos?, ¿cuál es la utilidad de un protocolo de intervención psicoeducativo en pacientes diabéticos? y ¿de qué manera puede capacitarse al personal de atención primaria en salud y familiares de personas con diabetes para apoyar el proceso de mejoría de los pacientes?

Se planteó la realización de un abordaje grupal basado en la terapia cognitiva para la depresión de Aaron Beck, debido a que éste requiere de la participación constante de los pacientes, permite la interacción con el facilitador y los conduce al trabajo en equipo, disminuyendo así la resistencia al tratamiento. El método de evaluación se realizó mediante el Inventario de Depresión de Beck, para determinar de esta manera el porcentaje de pacientes con depresión leve y moderada para luego aplicar el protocolo de intervención psicoeducativo en un lapso de dos meses y medio con un número proyectado de diez sesiones, dirigido a hombres y mujeres con diagnóstico médico de diabetes que sean diagnosticados a su vez con depresión leve y moderada a través del Inventario de Depresión de Beck, entre las edades de 35 a 50 años de edad.

1.02 Objetivos

General

Crear un Protocolo de Intervención Psicoeducativa dirigido a personas que presentan síntomas de depresión leve y moderada, concomitante al diagnóstico de Diabetes.

Específicos

1. Identificar los casos de pacientes que presentan síntomas de depresión leve y moderada, concomitante al diagnóstico de Diabetes a través del Inventario Estandarizado de Depresión de Beck, determinando así la aplicabilidad al Protocolo de Intervención Psicoeducativa.
2. Aplicar el Protocolo de Intervención Psicoeducativa a los pacientes que presentan síntomas de depresión leve y moderada concomitante al diagnóstico de diabetes para disminuir los síntomas asociados a la depresión.
3. Capacitar por medio de talleres de socialización derivados de la aplicación del Protocolo de Intervención Psicoeducativa a médicos, enfermeras y familiares de los pacientes diagnosticados con diabetes, los resultados de la investigación, así como recomendaciones específicas para que puedan brindar un acompañamiento eficaz a los pacientes.

1.03 Marco Teórico

Datos históricos y epidemiológicos de la diabetes

Hallazgos históricos

Los primeros registros de la diabetes mellitus datan del siglo XV a.C. en el antiguo Egipto, en donde el Papiro de Ebers que describía los síntomas propios de la enfermedad de la diabetes. Se cree que fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II d.C. le dio el nombre de diabetes. Posteriormente Thomas Willis, en 1679 realizó una descripción detallada de la sintomatología de la enfermedad y acuñó el término mellitus “miel” en referencia al sabor dulce en la orina de los pacientes. A través de los siglos varios estudiosos de la medicina hicieron hallazgos importantes como el descubrimiento de glucosa en la orina en 1775 por Matthew Dopson, médico inglés, y los posteriores estudios experimentales realizados por Claude Bernard que descubrió el glucógeno hepático en 1848 (Sánchez Rivero, 2007).

En el siglo XIX el médico francés Bouchardat afirmó que la obesidad y la vida sedentaria eran las causas principales de la diabetes, por lo que como parte del tratamiento se debía restringir la ingesta de glúcidos y la disminución de los valores calóricos de la dieta. Hacia el año 1921, Sir Frederick Grant Banting, hizo el descubrimiento de la insulina en colaboración con Charles Best, estudiante de química quien aisló la proteína en mención, descubrimiento que les otorgó el Premio Nobel de Medicina en 1923. Finalmente, la estructura de la insulina fue un descubrimiento realizado por Frederic Sanger en el año de 1954 en la Universidad de Cambridge (Sánchez Rivero, 2007).

Datos epidemiológicos

La diabetes mellitus es un problema de salud pública, genera grandes costos tanto en la salud como en la economía de las personas que la sufren, además de un impacto social y económico en los países. El Informe Mundial sobre la Diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2016) refiere que la diabetes es una de las cuatro enfermedades no transmisibles de prioridad para los dirigentes mundiales. De acuerdo con los datos reflejados en este informe, un total de 422 millones de adultos alrededor del mundo presentaron la enfermedad en el año 2014, cifra que mostró un aumento significativo ya que hasta el año 1980 el número de casos era de 108 millones de personas.

La prevalencia actual de la enfermedad a nivel mundial en población adulta es del 8.5%, lo anterior puede deberse a un incremento en los factores de riesgo como la obesidad y el sedentarismo, además que la diabetes es un factor de riesgo en enfermedades coronarias, aumentando las cifras de muerte relacionadas con problemas cardiovasculares. La proyección de la Organización Mundial de la Salud para el año 2030 es que la diabetes se sitúe como la séptima causa de muertes a nivel mundial.

La prevalencia de la diabetes aumenta en países en vías de desarrollo, puesto que el mantenimiento de la enfermedad genera grandes costos a la economía familiar. Los costos para la economía de los países incluyen los servicios de salud y atención hospitalaria, el costo de la medicación y el impacto en la actividad económica de los individuos, puesto que en muchos casos la enfermedad llega a ser incapacitante en términos laborales.

Los datos presentados en el Informe de Enfermedades No Transmisibles realizado en Guatemala (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2020), revela que hacia el año 2017, se presentaron alrededor de 579 casos de diabetes mellitus por cada cien mil habitantes, siendo las mujeres las más afectadas en relación 2:1 con los hombres. De acuerdo con la perfilación de la OMS para Guatemala sobre los casos presentados de diabetes en 2016 se refleja que la diabetes ocupa el 5% de las muertes en todo el país, contabilizando 4890 casos de muertes por hiperglucemia y 3550 casos de muerte por diabetes, las cuales tienen un aumento significativo en personas mayores de 70 años.

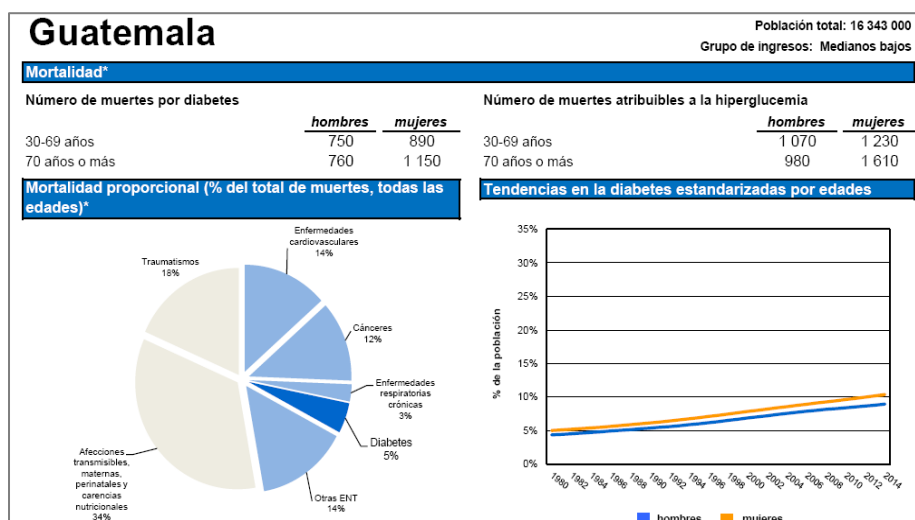


Figura 1. Perfil de la OMS con respecto a la diabetes en Guatemala en el año 2016.

(Organización Mundial de la Salud, 2016).

Diabetes, una enfermedad crónica no transmisible

Definición, clasificaciones, sintomatología y factores de riesgo.

La diabetes es una enfermedad crónica, es decir una afección de larga duración (más de 6 meses), no transmisible que se desarrolla cuando el órgano pancreático no produce o deja de producir suficiente insulina, hormona encargada de la regulación de la glucosa en la sangre (Organización Mundial de la Salud, 2016). Para comprender la diabetes, es importante comprender el proceso normal por medio del cual el alimento se descompone y es empleado por el cuerpo para obtener energía. Al ingerir alimento el azúcar llamado glucosa entra en el torrente sanguíneo, la glucosa es una fuente de energía para el cuerpo, ahí entra en juego una proteína denominada insulina, su acción principal es la reducción del nivel de glucosa en la sangre, provocando la permeabilidad de la membrana celular, facilitando así el paso de la glucosa a la célula.

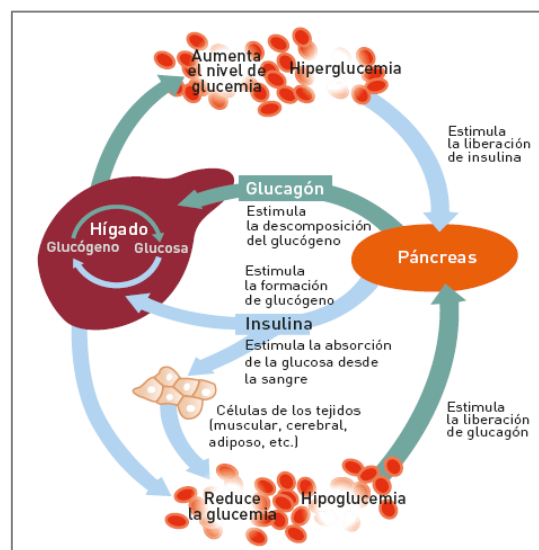


Figura 2. Mecanismo de acción de la insulina

(Federacion Internacional de Diabetes, 2013)

Existen tres tipos de diabetes: tipo 1, tipo 2 y gestacional. La diabetes tipo 1 resulta de un proceso autoinmune en el cual la persona necesita de insulina para su supervivencia (Federacion Internacional de Diabetes, 2013). Antiguamente era conocida como diabetes insulino dependiente o diabetes juvenil, de inicio temprano, también puede darse en adultos jóvenes, en la cual no hay una producción de insulina por parte del páncreas y predispone a una descompensación grave del metabolismo llamada cetoacidosis.

La diabetes tipo 2 o diabetes Mellitus se genera con el tiempo y puede pasar inadvertida para las personas, el 90% de los casos de diabetes son de este tipo, la mayor parte de las personas con este tipo de diabetes tienen sobrepeso u obesidad, lo que contribuye a un déficit insulínico por la resistencia a dicha proteína y su acción (Plan Nacional para el SNS del Ministerio de Salud y Consumo, 2008).

La diabetes tipo 2 o diabetes Mellitus, se subclasifica en dos tipos: la *hiperglicemia* en la cual la ausencia de insulina es consecutiva a la destrucción inmunitaria de las células del páncreas y la *hiperinsulinemia*, en la cual hay una disminución de la secreción de insulina por parte de las células como resistencia de los receptores de insulina (Castillo-Quan, 2010), por tanto la producción de insulina no es suficiente, es decir, no es aprovechable y la glucosa no se distribuye de manera correcta en el organismo, este tipo es más común en personas mayores de 40 años aunque cada vez es más frecuente que aparezca de forma temprana y se relaciona con el sobrepeso y la obesidad.

La diabetes gestacional presenta las mismas características de la diabetes tipo 2, aparece en uno de cada diez embarazos, se relaciona con trastornos en la madre y fallecimiento del feto,

producto con tamaño anormal causado por incremento de glucosa, por lo que tanto la madre como el feto pueden sufrir daños al momento del parto. Durante el embarazo se producen grandes cambios en el metabolismo ya que el feto utiliza la energía de la madre para alimentarse, oxígeno, entre otras sustancias, lo que conlleva a una disminución de la insulina. La diabetes gestacional incrementa el riesgo de que el bebé desarrolle diabetes tipo 2 en su vida adulta.

Los síntomas principales de la diabetes son: poliuria (micción excesiva), polidipsia (incremento de la sed), polifagia (aumento anormal de la necesidad de comer), de pérdida de peso sin razón aparente, heridas de cicatrización lenta, falta de energía, infecciones recurrentes, visión borrosa, problemas en el funcionamiento sexual y complicaciones en el embarazo. Además del trastorno en el metabolismo de carbohidratos, la diabetes también ocasiona alteraciones en lípidos y proteínas; y en un plazo variable, lesiones macro y microvasculares, especialmente en ojos, riñón, nervios, corazón y vasos sanguíneos; que constituirán las principales complicaciones crónicas de esta enfermedad y que elevan la mortalidad de esta patología.

Las complicaciones que aumentan el riesgo de fallecimiento prematuro de los pacientes implican enfermedades cardio y cerebrovasculares, problemas renales, pérdida de visión, daño neurológico e incremento en la posibilidad de amputación de miembros.

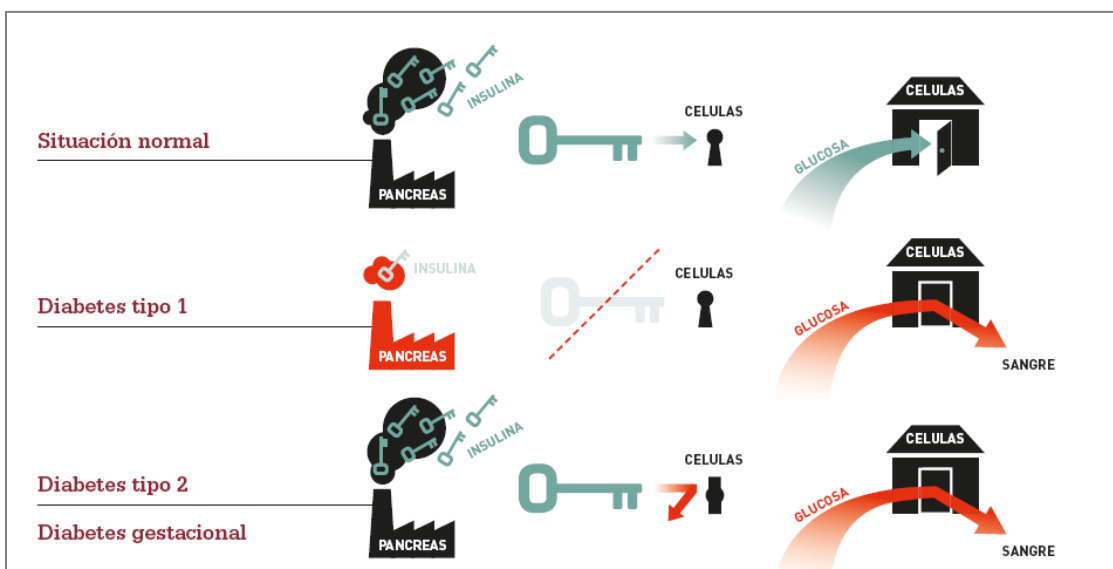


Figura 3. Explicación gráfica de los tipos de diabetes, donde en una situación normal el páncreas secreta insulina permitiendo el paso de la glucosa a la célula, en la diabetes el páncreas deja de producir la insulina por ende la glucosa no es absorbida por la célula y pasa directamente a la sangre y la diabetes tipo 2 y gestacional, donde se da una resistencia a la insulina provocando el efecto final de no entrar a la célula y pasar a directamente a la sangre. (Federación Internacional de Diabetes, 2013)

Los factores de riesgo se refieren más que todo a la diabetes tipo 2, existiendo factores modificables y no modificables. Entre los factores no modificables se encuentra la pertenencia a un grupo étnico (raza negra, asiáticos e hispanos, cuya evolución es, a la vez, más acelerada), mediana y tercera edad, antecedentes familiares de diabetes en primer grado o antecedentes de diabetes gestacional y síndrome de ovario poliquístico, enfermedad que se asocia a la alteración de la regulación de la glucosa. Los factores modificables están relacionados a un índice de masa corporal superior a los 30 kg/m², obesidad a cualquier edad, hábitos alimenticios poco saludables, sedentarismo, tabaquismo y el uso de fármacos como la olanzapina, clozapina, anticonceptivos orales, entre otros (Martínez-Candela, 2015).

Cuidados médicos y calidad de vida del paciente diabético

El tratamiento medicamentoso de la diabetes dependerá del tipo de diabetes que sea diagnosticado, en el caso de la diabetes tipo I, la persona deberá auto administrarse la insulina al

menos dos veces al día. Entre los medicamentos orales que deben administrarse los pacientes se encuentran: las denominadas sulfonilureas, que incrementan la producción de insulina en el páncreas en la diabetes mellitus; la metformina que reduce el nivel de la glucosa en la sangre a través de la reducción del aporte de glucosa del hígado y es usado en la diabetes tipo 1 y 2; inhibidores de alfa-glucosidasa, que son antagonistas de una enzima intestinal que se encarga de la descomposición de carbohidratos complejos en azúcares simples que pueden absorberse y que afectan el nivel de glucosa después de las comidas; las tiazolidinedionas, un grupo de medicamentos que revierte la resistencia a la insulina; y las meglitinidas, que estimulan la secreción de insulina en el páncreas.

Es usual que para el control del azúcar deba hacerse una combinación de los medicamentos orales, todos estos medicamentos dependen de las evaluaciones médicas correspondientes y no deben auto-recetarse o combinarse sin previa instrucción médica, además no son sustitutivos de la dieta, sino que actúan como complemento y de una alimentación balanceada y ejercicio.

A parte del tratamiento farmacológico la persona debe llevar rígidos controles periódicos de la glucosa, niveles de hemoglobina, pruebas para la prevención de daño renal, exámenes oftálmicos, visitas al podólogo, perfil lipídico, medida de la presión arterial y control de índice de masa corporal -IMC- como parte de las normas mínimas de cuidado (Rubin, 2007), por lo cual el tratamiento y control de la diabetes requiere un equipo multidisciplinario de profesionales entre los que se encuentra el médico de cabecera, el endocrinólogo, nutricionista o nutriólogo, oftalmólogo y el podólogo principalmente, además del profesional de la salud mental que pueda facilitar la integración de todas las disciplinas, brindar el apoyo emocional y herramientas de afrontamiento.

Las enfermedades crónicas generalmente afectan la calidad de vida del paciente, para disminuir los costos tanto a la salud como económicos que conlleva el padecimiento de una enfermedad crónica, la persona debe someterse no sólo a un tratamiento farmacológico sino que debe realizar cambios en su estilo de vida; es decir hacer un cambio de hábitos, este cambio debe comprometer todas las habilidades y capacidades afectivas, cognitivas, comportamentales y para el correcto afrontamiento de su enfermedad, todos estos cambios en el estilo de vida, se ocupan, además de prolongar la vida de la persona, se dirigen a la reducción de los síntomas de la enfermedad, disminuir los efectos secundarios sociales (Oblitas, 2006) y promover en la persona la calidad de vida.

De acuerdo con Luis Oblitas (2006), la promoción de la calidad de vida en el paciente crónico comprende siete esferas:

1. Síntomas y quejas subjetivas
2. diagnósticos comórbidos
3. funcionamiento fisiológico
4. funcionamiento psicológico y cognitivo
5. funcionamiento físico
6. percepciones generales de salud
7. funcionamiento social

Por tanto, además de seguir un régimen farmacológico el paciente diabético debe realizar cambios estrictos en la ingesta alimentaria y ejercitarse.

“Los objetivos del tratamiento dietético en la diabetes incluyen el logro de un peso adecuado, con el mantenimiento de los niveles de glucosa lo más próximos al rango de normalidad, y la mejoría del perfil lipídico y de la presión arterial; todo ello teniendo en cuenta las preferencias personales y culturales de los pacientes” (Plan Nacional para el SNS del Ministerio de Salud y Consumo, 2008, pág. 47).

El apoyo social es otro de los factores que marcan la diferencia en la mejoría del paciente diabético. Factores como los problemas interpersonales, la carencia de recursos de afrontamiento, el nivel socioeconómico y el grado de estrés a nivel familiar son marcadores que delimitan el avance terapéutico del paciente diabético, muchas de estas se asocian con la adherencia al tratamiento.

El estudio de Eldestein y Linn, citado por Oblitas (2006), sobre la dinámica familiar y el ajuste a la enfermedad de la diabetes en base a los elementos de orientación, organización y control familiar, demostró que las familias de los pacientes que mostraban un mejor ajuste a la enfermedad se caracterizaban por la falta de conflictos familiares, orientación de aliento y controles rígidos, que repercutían de forma positiva en la salud del paciente ya que cumplían con una función reforzadora de las conductas saludables, siendo lo contrario en el caso de los pacientes cuyas familias tendían a potenciar conductas poco saludables y que cohabitaban en ambientes estresantes y de escasos controles, es decir, el apoyo familiar era mínimo.

El vínculo entre las emociones y la enfermedad crónica

Las emociones, según Antonio Damasio (2006), son acciones, reacciones simples y generalmente involuntarias que hacen visible a los demás los mecanismos básicos de regulación de la vida de cada individuo, es decir, facilitan su supervivencia, en este contexto, una emoción básica como el asco, podría alejar a una persona de consumir algún alimento podrido, por ejemplo, previniendo al organismo a enfrentar una posible enfermedad; el miedo, facilita la supervivencia previniendo a los sujetos de las posibles amenazas del entorno, preparando para la acción o para la huida.

Damasio hace una diferenciación en los niveles de regulación homeostática, partiendo de niveles de respuesta simple, totalmente inconsciente referidos a reflejos, respuestas inmunes y regulación metabólica, al segundo nivel donde se sitúa los comportamientos de dolor y placer, que incluyen reacciones de retirada o acercamiento; el dolor tiene una función vital, que es dar la señal de alarma de un riesgo al que se enfrenta el organismo. En el tercer nivel se sitúan los instintos y las motivaciones, comprendidas en “apetitos” o “deseos” que incluyen el sexo, el hambre, la sed, la curiosidad, entre otras, se originan en una forma más consciente y permiten acciones como la reproducción, proveer alimento y agua al organismo y la comprensión del mundo en que vivimos.

El cuarto nivel comprende las emociones, reacciones automáticas, estereotipadas y que surgen en condiciones específicas cuya finalidad es la supervivencia humana, las emociones se encuentran de tres formas, la primera son las emociones de fondo que engloban el estado de ánimo o el humor, permanecen en períodos de tiempo prolongados y parten de procesos homeostáticos básicos como el dolor y los apetitos, éstas interactúan tanto con procesos

metabólicos internos como cualquier situación externa que esté atravesando por un proceso de elaboración cognitiva.

La segunda forma de manifestación emocional se encuentra en las emociones básicas, propuestas por el psicólogo estadounidense Paul Ekman, que son: IRA Es un término de origen latino que se refiere a la furia y la violencia. Se trata de una conjunción de sentimientos negativos que genera enojo e indignación. MIEDO: La palabra miedo proviene del término latino metus. Se trata de una alteración del ánimo que produce angustia ante un peligro o un eventual perjuicio, ya sea producto de la imaginación o propio de la realidad. ASCO: es la denominación de la emoción de fuerte desagrado y disgusto hacia sustancias y objetos como la orina, como determinados alimentos, excrementos, materiales orgánicos pútridos o sus olores, que nos produce la necesidad de expulsar violentamente el contenido del estómago a través de la boca. TRISTEZA: Sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto. SORPRESA: El término sorpresa refiere al acto y al resultado de sorprender. Este verbo, por su parte, hace mención a generar asombro, causar impacto o provocar desconcierto por mostrar o desvelar algo que estaba oculto, resulta extraño o era inesperado. ALEGRIA: es un estado de ánimo producido por un acontecimiento favorable que suele manifestarse con signos exteriores como la sonrisa, un buen estado de ánimo y el bienestar personal. La palabra alegría proviene del latín alicer o alecris que significa “*vivo y animado.*” identificables a través de la expresión facial, los estudios de Ekman y sus colaboradores han permitido no sólo la identificación de estas emociones básicas, sino conocer su importancia, los resultados de sus estudios arrojan que dichas emociones son innatas y de carácter universal, puesto que son identificables por los miembros de cada cultura, además de facilitar la interacción social (Ekman & Oster, 1981). En tercer lugar, se

agrupan las emociones sociales, de un nivel superior, ayudan a la vida social humana, entre estas se encuentran la vergüenza, culpa, simpatía, orgullo, envidia, gratitud, etcétera.

En último nivel de organización homeostática, aparecen los sentimientos “la percepción de un determinado estado del cuerpo junto con la percepción de un determinado modo de pensar y de pensamientos con determinados temas” (Damasio, 2006, pág. 86), bajo la mirada de Damasio, el sentimiento surge de la expresión emocional aunado a la percepción, es decir la interpretación, del individuo sobre dicha manifestación emocional, en la que es indispensable la generación de imágenes mentales sobre el estado del organismo que subyacen a patrones neurales establecidos que involucran la acción de la corteza cerebral, además de la percepción de determinado estado mental.

La homeostasis regula la vida humana, ésta se refiere a un proceso de equilibrio tanto a nivel orgánico como social, “la regulación de nuestra vida adulta, debe ir más allá de estas soluciones automáticas, porque nuestro ambiente es física y mentalmente tan complejo que surgen conflictos con facilidad debido a la competencia por recursos necesarios para la supervivencia y el bienestar” (Damasio, 2006, pág. 161), y este bienestar que se ve enfrentado a la amenaza de la extinción, la posibilidad de la muerte y una idea de cambio a contra voluntad y una inminente pérdida de la homeostasis orgánica, que genera la inestabilidad emocional en las personas con enfermedades crónicas.

El diagnóstico de una enfermedad crónica con los subsecuentes cambios referidos al mantenimiento de la enfermedad, las constantes visitas a profesionales de salud, la administración de medicamentos, los tratamientos complementarios y todos los cambios en el estilo de vida que conlleva, además de la incomodidad de lidiar con los síntomas y la evolución

de la enfermedad misma, tienen un alto impacto en la emocionalidad de los pacientes, generando en ellos un desgaste psíquico que puede contribuir al mismo tiempo al progreso de la enfermedad si no se cuenta con el soporte psicológico que la persona necesita.

El problema de fondo radica en la percepción que se tenga sobre la enfermedad crónica, para muchas personas la sola noticia de que debe enfrentarse a una enfermedad de este tipo, les puede llevar a enfrentarse a una serie de emociones poco saludables y que dependiendo de la capacidad de afrontamiento de la persona pudieran ser perjudiciales para su tratamiento e incluso facilitar el avance de la enfermedad.

Las condiciones en que se desarrolla una enfermedad crónica pueden conducir a un estado de estrés, que se conceptualiza como “la relación existente entre estímulos aversivos que perturban gravemente la homeostasis del organismo y las respuestas, fisiológicas y conductuales del organismo, ante la estimulación aversiva” (Gómez González & Escobar, 2006). La respuesta de estrés está mediada por el sistema nervioso central e involucra el sistema inmune, endocrino y autónomo, en una cadena activadora desde el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HHS) y la acción de una serie de hormonas que llevan a la liberación de adrenalina, noradrenalina y cortisol, una hormona antiinflamatoria, que en conjunto preparan al organismo para la acción o la huida de la amenaza del entorno, sin embargo, las exigencias del mundo actual exigen del individuo una anticipación constante ante las amenazas del entorno, que si bien ya no se relacionan directamente con enfrentarse a bestias salvajes prehistóricas, sí tienen relación con la supervivencia humana como lo son el trabajo constante, la delincuencia y en este caso, las enfermedades crónicas. El estrés se asocia directamente con emociones como la ansiedad y la depresión.

El control del estrés requiere de estrategias de autoeficacia y un *locus de control interno*, que “hace referencia a la expectativa, parecida a un rasgo, que las acciones personales serán eficaces en el control o dominio del ambiente” (Morrison & Bennett, 2008, pág. 418), el control en el contexto de una enfermedad mental, debe dirigirse a la conducta responsable sobre la enfermedad, cogniciones, toma de decisiones, información y retrospección, que inciden en la reducción del estrés y el cambio en la percepción de la persona sobre los estresores e influyendo sobre las respuestas de afrontamiento (Morrison & Bennett, 2008).

Conceptualizaciones básicas de la depresión

La prevalencia de la depresión la sitúa en el tercer trastorno mental de mayor diagnóstico a nivel mundial. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014) en su quinta edición, clasifica la depresión dentro de los trastornos depresivos, que se caracterizan principalmente por una afección marcada en el estado de ánimo de quienes lo padecen, la clasificación incluye el trastorno de depresión mayor, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno de desregulación del estado de ánimo, el trastorno depresivo persistente o distimia, trastornos depresivos por afección médica y trastornos depresivos no especificados.

El trastorno de depresión mayor debe presentarse con al menos cinco síntomas por un período de dos semanas que incluye: estado de ánimo deprimido que incluye sentimientos de tristeza, vacío y desesperanza que puede ser subjetivo y que puede ser percibido por otras personas, disminución del interés y pérdida de la capacidad para sentir placer (anhedonia), pérdida o aumento del apetito, cambios notorios en el sueño (insomnio o hipersomnias), agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y culpa excesiva, disminución de las capacidades cognitivas y la concentración y pensamientos de muerte e ideas

suicidas, provocando un deterioro significativo en todas las áreas de la vida de una persona (American Psychiatric Association, 2014).

El diagnóstico de depresión debe realizarse bajo condiciones clínicas estrictas y por profesionales certificados y puede diferenciarse de otros trastornos cuya sintomatología está es similar, pero que se distingue por el curso y la gravedad de los síntomas como es el caso del trastorno bipolar, los trastornos inducidos por sustancias y el déficit de atención. La depresión no debe confundirse tampoco con períodos de tristeza, que son propios del ser humano y que difieren de la depresión mayor por los demás síntomas que acompañan y la gravedad de la misma. La distinción de un estado depresivo mayor también debe abarcar las evaluaciones médicas correspondiente que podrían confundirla con un padecimiento médico o bien devenir a consecuencia directa de esta, como es el caso del hipotiroidismo.

Etimológicamente, la palabra deprimido proviene del latín *deprimere* que puede traducirse como “apretar hacia abajo” y la palabra depresión derivada del latón *depressio*, “opresión”. La Organización Mundial de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2019) refiere que la depresión es una enfermedad caracterizada por un sentimiento de tristeza persistente y pérdida de interés en las actividades, junto con otros síntomas ya descritos previamente, que puede ocurrir a cualquier persona y es tratable mediante terapia psicológica, medicación o una combinación.

Los síntomas de la depresión comprenden diferentes esferas de la vida de la persona. En primer lugar, es característico de una persona deprimida las distorsiones cognitivas. El flujo de pensamiento de la persona deprimida se caracteriza por pensamiento inhibido, ideas delusivas irracionales, catastrofización de las consecuencias de las decisiones y los eventos de la vida diaria; pensamiento inhibido o disminución en el flujo de este que limita la generación de ideas y la creatividad; y mentalismo, que implica la pérdida de la voluntad sobre el pensamiento, por lo

que tiende a presentarse de forma autónoma que la persona identifica como propias pero que no puede detener (Rojo Moreno, 2008).

De acuerdo los estudios de terapia cognitivo conductual de la depresión (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010), ésta surge de esquemas de pensamiento formados en las primeras experiencias de la persona que le sirven de cimiento en la formación de conceptos sobre sí mismo, el futuro y el mundo en general, los cuales se activan a través de determinadas circunstancias de la vida, como en el caso de las enfermedades crónicas, generando en la persona una evaluación negativa de las circunstancias y de sí mismo.

“El paradigma personal del paciente cuando se encuentra en un estadio depresivo da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. Sus ideas y creencias negativas le parecen una representación verídica de la realidad, incluso cuando a otras personas y a él mismo cuando no está deprimido le parecen inverosímiles. Sus observaciones y las interpretaciones que hace de los fenómenos están modeladas por su marco de referencia conceptual. (...) Los grandes cambios producidos en su organización cognitiva llevan a un procesamiento de la información inadecuado, como resultado del cual surge una amplia variedad de síntomas” (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010, pág. 29).

Otros síntomas afectan estados mentales y procesos de orden superior, como el caso de la memoria, un proceso cognitivo mediado por sistemas cerebrales que incluyen la corteza frontal cerebral y áreas mediales del encéfalo como el hipocampo y la amígdala. La memoria tiene una función vital en el aprendizaje y es la fuente del almacenamiento de vivencias ya pasadas, que permiten realizar procesos, reconocerse a sí mismo en el tiempo y a otras personas, aprender y recuperar las conceptualizaciones e ideas que se tienen del mundo y sus propiedades; sin embargo, la afectividad puede alterar los procesos de la memoria, influyendo en los procesos de

fijación y evocación características en los olvidos recurrentes que pueda presentar la persona; además de fallos en la recuperación de recuerdos, fenómeno conocido como dismnesia y la sobrevaloración catastrófica de eventos pasados, pudiendo presentarse olvidos selectivos de detalles alegres (Rojo Moreno, 2008). Siendo evidente, además, la falta de concentración y pérdida constante de la capacidad atencional.

El afecto depresivo también se caracteriza por una alteración predominante de la percepción, evidente en una alteración sensorial, con tendencia a ver el mundo de color gris, metafóricamente hablando y una visión de túnel, es decir, la percepción de desconexión con el mundo exterior. Rojo (2008) se refiere a la disminución de la capacidad perceptual como “hipostesia”. La percepción es un proceso de orden superior que requiere la interpretación de las sensaciones que se reciben tanto del exterior como del organismo mismo, llegando a casos extremos de desconexión sensorial en depresiones sumamente graves, lo cual se denomina despersonalización, en la cual la persona puede llegar a no sentir el cuerpo como propio. Algunos de estos síntomas pueden devenir del insomnio y la mala alimentación, también característicos de la depresión.

Con respecto al nivel de conciencia, es evidente que la depresión ocasiona alteraciones de los ciclos de sueño-vigilia, caracterizándose por despertares repetitivos a lo largo del ciclo de sueño, dificultad para conciliarlo y pesadillas; es frecuente que las alteraciones en el nivel de conciencia se presenten con ansiedad.

El paciente diabético ante la depresión

La diabetes puede asociarse a diversos trastornos de orden neuropsicológico, entre los que destacan la enfermedad de Parkinson, la demencia tipo Alzheimer, trastornos psicóticos y principalmente trastornos del estado de ánimo como depresión y ansiedad. “La presencia de depresión asociada a diabetes se ha relacionado con pobre control metabólico, incremento de complicaciones e incluso aumento de mortalidad” (Castillo-Quan, 2010, pág. 347).

La ocurrencia de trastornos del estado de ánimo como depresión y distimia es frecuente en pacientes diabéticos; estudios mencionan que hasta un 22% de pacientes con diabetes mostraban síntomas depresivos lo cual dificulta hasta en tres veces más la adherencia al tratamiento y menor autocuidado. La aparición de los síntomas depresivos se relaciona, en su mayoría a hemoglobina glucosilada, consumo de grasas y sedentarismo, además de alteraciones en los niveles de lípidos, problemas de presión arterial y otras complicaciones (Castillo-Quan, 2010).

El paciente con diabetes tipo 1 generalmente se encuentra ante diferentes emociones que pueden relacionarse a la administración de la insulina, “miedo al dolor y a la dependencia de por vida, creencias irracionales sobre el efecto de la insulina, temor por los cambios, las privaciones y las consecuencias en las relaciones familiares y sociales, etcétera” (Oblitas, 2006, pág. 132), en el caso de los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2, a pesar que no deben administrarse la insulina de por vida, deberán realizar los cambios rutinarios que conlleva la enfermedad, afrontando situaciones en las que deben apegarse a un tratamiento estricto, que puede generar frustración, ansiedad e incluso depresión. “En primer lugar, hay que destacar la relación emocional que produce tener conocimiento de que se padece una enfermedad incurable que

durará toda la vida y, en segundo lugar, los ajustes en el estilo de vida que impone esta enfermedad” (Brannon & Feist, 2001, pág. 369).

Es importante la búsqueda de apoyo ante situaciones de enfermedad crónica y estados emocionales como la depresión y la ansiedad, puesto que la facilitación en la manifestación emocional es un factor que promueve la mejoría del estado de salud. La manifestación emocional es contraria a la supresión o afrontamiento represivo, estos suelen conducir a un perjuicio del estado de salud, por lo que la expresión emocional contribuye a la autorregulación dando paso a un control mental de la enfermedad reduciendo el malestar (Morrison & Bennett, 2008).

La percepción que la persona tenga de la enfermedad se relaciona directamente con la demora en la búsqueda de apoyo, por tanto, es más común que un paciente que atraviese una enfermedad crónica con síntomas bien definidos y visibles, que ocasionen dolor o sean perturbadores tiendan a buscar ayuda más rápido que cuando éstos síntomas no sean visibles a simple vista (Morrison & Bennett, 2008), este mismo principio aplica al malestar emocional, puesto que los síntomas no son detectables a simple vista, se minimizan o se confunden fácilmente.

Las razones de la demora en la búsqueda de ayuda profesional tanto en síntomas físicos como psíquicos están relacionadas en primer lugar la carga económica que puede representar encarar una enfermedad física, no se diga emocional, las prácticas culturales basadas en ideas mágicas de las enfermedades, los prejuicios, la búsqueda previa de soluciones alternativas no científicas y cuyos resultados no son comprobables, las creencias que se tenga sobre la enfermedad y la consulta a profesionales de la salud que pueden relacionarse con ansiedad,

miedo y negación secundarias, además de características de personalidad del paciente, la edad y el género.

Intervención psicológica de la depresión en el paciente diabético y sus beneficios

El uso de programas de apoyo grupal en el caso de pacientes diabéticos resulta ser de gran beneficio, pues favorece el auto cuidado y el involucramiento social ante la enfermedad. La estrategia psicoeducativa permite a la persona conocer las características de la diabetes, las formas de prevenir enfermedades derivadas, adherirse de mejor forma al tratamiento, manejo y control de situaciones de estrés y recibir “el apoyo de otras personas que experimentan una situación crítica y similar de salud” (Oblitas, 2006, pág. 134). En este contexto Oblitas cita el estudio de Rabín y colaboradores, basado en un programa de entrenamiento grupal dirigido a diabéticos con el fin de aumentar la adherencia al tratamiento y el autocontrol, realizado a través de reuniones semanales y en el cual al finalizar la intervención los pacientes lograron manejar la ansiedad, expresar emociones no saludables, desarrollar estrategias de afrontamiento y apoyarse mutuamente. De esta intervención se concluyó que el éxito se debió a que cubrió diferentes necesidades del paciente:

- ✓ Necesidad de apoyo de otros diabéticos como una forma de verificar su normalidad y la eficacia de las estrategias de afrontamiento
- ✓ necesidad de expresión emocional y cognitiva
- ✓ necesidad de desarrollo de habilidades para el manejo de conflictos y disminución del estrés.

(Oblitas, 2006)

Psicoeducación como alternativa de intervención prioritaria en casos de depresión en pacientes diabéticos

La intervención psicoeducativa es un conjunto de técnicas y estrategias de acompañamiento que utiliza un psicólogo, basadas en las teorías del aprendizaje y del desarrollo evolutivo; cuyo objetivo fundamental es facilitar y optimizar el proceso de aprendizaje, mediante el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales. Estimula habilidades intelectuales, hábitos y conceptos y se fortalece el desempeño emocional y social. La intervención psicoeducativa es tanto preventiva como correctiva para el conjunto de los problemas o disfunciones existentes en la salud mental de la persona. Puede estar compuesta por un conjunto de acciones preventivas y correctivas complementarias, con el fin de optimizar el bienestar de la persona, el desarrollo cognitivo, el desarrollo afectivo, la integración social.

Inicia con una evaluación psicopedagógica, la cual integra un diagnóstico, un pronóstico y una propuesta de intervención. Dispone de objetivos y tiempos de intervención. Se concibe y diseña bajo la forma de programas. Se apoya en otros servicios profesionales, como el personal médico, docente, psicoterapéutico, neuropsicológico. La recuperación esperada se plantea en tres niveles:

1. Control básico de síntomas. En este escenario la recuperación de la persona se centra en el control de síntomas.
2. control avanzado de síntomas. Una persona en este estado de recuperación está adquiriendo una mayor seguridad en sus destrezas a consecuencia de la ausencia de la mayoría o de todas las conductas de evitación.
3. recuperación a largo plazo. Una persona en este nivel percibe la ansiedad de un modo completamente diferente a las personas que se haya en los dos primeros niveles. (Peurifoy, 2003, pág. 20)

Un taller psicoeducativo; es una reunión de trabajo donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos o aplicados según los objetivos que se proponen y el propósito de estos. El taller psicoeducativo resulta idóneo para formar, desarrollar y perfeccionar hábitos, habilidades y competencias que permitan operar con el conocimiento y el transformar el objeto, cambiarse a sí mismo.

Esta actitud activa y transformadora que exige el desarrollo científico técnico y la formación constituye una de las razones para que los talleres hayan renacido en el quehacer terapéutico. Un taller debe servir para formar y ejercitar la acción intelectual.

Por otra parte, se considera que el taller es una alternativa que permite un mejor acercamiento a la realidad. Mediante el taller se enseñan a los participantes en conjunto problemas específicos con el objetivo que el aprender a aprender, y el aprender a hacer se den de manera integrada. Mediante el taller los pacientes en un proceso gradual o por aproximaciones logran descubrir los problemas que en ella se encuentran a través de la acción - reflexión inmediata.

1.04 Consentimiento Informado

Es un documento informativo, donde se dio a conocer a cada una de las personas sobre el tema y los objetivos de investigación, el aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar de manera libre; como también permite que la información recolectada durante dicho estudio pueda ser utilizada por el investigador del proyecto en la elaboración de análisis, guardando la confidencialidad del participante.

Capítulo II

2. Técnicas e Instrumentos

2.01 Enfoque y modelo de investigación

Investigación mixta cualitativa – cuantitativa

Por la naturaleza de la investigación y los objetivos propuestos, se utilizó un enfoque de investigación mixto cualitativo-cuantitativo. La ventaja principal en la utilización de un enfoque mixto es el análisis de fenómenos complejos, los cuales pueden ser susceptibles de medición y que, sin embargo, estas mediciones no son suficientes para explicar una realidad tan compleja como los fenómenos depresivos en los pacientes diabéticos. Roberto Hernández-Sampieri destaca la importancia de la combinación de metodologías

“los métodos mixtos caracterizan a los objetos de estudio mediante números y lenguaje e intentan recabar un rango amplio de evidencia para robustecer y expandir nuestro entendimiento de ellos. La triangulación, la expansión o ampliación, la profundización y el incremento de evidencia mediante la utilización de diferentes enfoques metodológicos nos proporcionan mayor seguridad y certeza sobre las conclusiones científicas” (Hernández-Sampieri, 2014, pág. 537).

Por consiguiente, en esta investigación se utilizaron técnicas que permitan la exploración diagnóstica de la muestra que permitió determinar la presencia de síntomas depresivos y posteriormente clasificarlos como leves o moderados, de la misma forma se logró describir los rasgos de la población diabética que asiste al Patronato del Diabético y los síntomas específicos que presentaron mediante historiales clínicos, lo cual se efectuó mediante un análisis cualitativo.

A través del análisis cuantitativo se realizó un análisis estadístico de la sintomatología de la depresión en pacientes diabéticos, que fueron evaluados con un instrumento estandarizado como la Escala de Depresión de Beck.

Formulación de hipótesis inicial

La hipótesis de investigación se definió de la siguiente manera: “Las puntuaciones obtenidas en la aplicación Test de Depresión de Beck para las variables de depresión leve y moderada en pacientes con diabetes fue mayor que las puntuaciones de pacientes diagnosticados con depresión grave, debido a la ausencia de esta, se logró trabajar de manera eficiente con la implementación de un protocolo de intervención psicoeducativa, enfocado en depresión leve y moderada.

Variable independiente: Puntuaciones del Test de Beck

Indicadores:

- Sin depresión
- Depresión leve
- Depresión moderada

Variable dependiente: Conductas agresivas en el área social y familiar.

Indicadores:

- Evaluación sin intervención psicoeducativa

2.02 Técnicas

La técnica de muestreo que se utilizó es no aleatoria del tipo intencionada. En este tipo de muestreo se escogen las unidades de análisis de forma arbitraria, designando cada unidad según las características que para el investigador resulten de relevancia. Estas muestras son muy útiles y se emplean frecuentemente en los estudios de caso.

La muestra está integrada por los pacientes atendidos en el patronato del diabético de la filial del patronato del diabético en Villa Nueva, en personas de ambos sexos comprendidos entre los 35 y 50 años. Los participantes de la muestra deben ser diagnosticados y tratados en la institución, no se tomará en cuenta su nivel académico, religión, estado civil, género, situación laboral.

Técnicas de recolección de datos

Observación.

Se refiere a la búsqueda definida de las actitudes y conductas relacionadas con el tema investigado. La observación se aplicó durante todos los procesos tanto de evaluación como de aplicación del protocolo fueron registrados en los instrumentos de historial clínico y examen mental.

Entrevista estructurada.

Permitió recabar la información necesaria para identificar las principales causas de la afección depresiva provocada por la enfermedad y sus efectos en la estabilidad emocional de los pacientes del patronato del diabético y describir la influencia que ejerce la familia en la forma en que el paciente afronta la enfermedad. Se utilizó una guía de entrevista estructurada para reunir información específica de acuerdo con los objetivos de la investigación.

Test estandarizado.

Un test estandarizado es una prueba que ha sido normalizada o probada en una población y cuenta con cifras estadísticas que le proporcionan validez y confiabilidad para aplicarse a una población con determinadas características. Para realizar esta investigación se utilizó el test estandarizado denominado Inventario de Depresión de Beck para la recopilación de información

en el cual se determinó la severidad de los síntomas depresivos en los pacientes diabéticos. y el avance de estos, los datos recopilados fueron analizados mediante técnicas cuantitativas.

Talleres psicoeducativos.

Son reuniones de trabajo en donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos de acuerdo con los objetivos de la investigación. A través de una serie de talleres se socializo información sobre los efectos emocionales de la enfermedad en las personas que son diagnosticadas y la implementación de técnicas psicoeducativas con el propósito de influenciar positivamente en la incidencia de la depresión provocada por la diabetes y la afección depresiva para disminuir los rasgos de depresión generados por la diabetes. Con objetivo de facilitar información y técnicas para reconocer y afrontar la depresión a través de talleres psicoeducativos.

Grupos focales.

Técnica de compilación de datos cualitativos que permite el análisis de siete a diez casos por grupo, al menos un grupo por tipo de población. Los grupos focales se realizaron a manera de evaluación al finalizar tanto la intervención psicoeducativa como cada uno de los talleres con personal de salud y familiares. La idea general fue que tanto los pacientes como los participantes en talleres dieran a detalle su experiencia a través del proceso de investigación y la funcionalidad del protocolo de intervención psicoeducativa, asimismo, que los pacientes puedan expresar sus experiencias personales sobre la diabetes y la depresión. “Más allá de hacer la misma pregunta a varios participantes, su objetivo es generar y analizar la interacción ente ellos y cómo se construyen grupalmente significados” (Hernández-Sampieri, 2014, pág. 408). La compilación de

los datos de los grupos se realizó a través de las hojas de evolución grupal y cada sesión focal será integrada a la intervención psicoeducativa y talleres, con previa planificación.

Técnicas de análisis de datos

Técnica de análisis estadístico: Diseño longitudinal en panel antes-después.

El diseño longitudinal en paneles una técnica de análisis estadístico que se realizó a partir de una misma muestra de sujetos se tomen registros u observaciones de dos o más variables, en intervalos de tiempo definidos. La estructura del diseño de panel admite diferentes modalidades, según se combinen la cantidad de medidas y variables La variedad más simple es el diseño de panel de dos tandas y dos variables o diseño 2W2V (Bono Cabré, s/a).

El diseño de panel antes-después se caracteriza por la utilización de una única muestra, es decir la misma muestra medida dos veces. Los puntos de observación se denominan tantas, en las cuales se toma una medida de dos o más variables. Su principal utilidad es la verificación del cambio en la muestra y las relaciones causa-efecto a lo largo de determinado período de tiempo.

Técnica de análisis cualitativo: Unidades de análisis

A partir de los instrumentos consistentes en talleres psicoeducativos se realizaron unidades de análisis para la interpretación cualitativa de los datos, las cuales consisten en la codificación de datos brutos en categorías, para su posterior comparación y vinculación temática, es decir encontrar una correlación entre la diabetes y la depresión.

2.03 Instrumentos

Testimonio

Es un instrumento que se llevó a cabo en un taller grupal. El objetivo de escuchar los testimonios de cada uno de los integrantes es en primer lugar conocer el punto de vista de los pacientes sobre la enfermedad y como esta le ha afectado su vida en todos los ámbitos, (social, familiar, laboral, etc.), y para establecer el curso de la sintomatología depresiva, las causalidades y el diagnóstico que dio soporte a los resultados del Inventario de Depresión de Beck.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Es un cuestionario auto aplicado de veintiún ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión revisada de 1979 se sistematizan cuatro alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

La persona debe seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad muestran en la tabla No. 1.

Tabla 1. PUNTOS DE CORTE PARA LA INTERPRETACIÓN DEL TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

<i>Interpretación</i>	<i>Puntuación</i>
No depresión	0-13
Depresión leve	14-19
Depresión moderada	20-28
Depresión grave	29-63

(Sanz & Vázquez, 1998)

De acuerdo con el estudio de Fiabilidad, Validez y Datos Normativos del Inventario de Ansiedad de Beck (Sanz & Vázquez, 1998) realizado en España a una muestra de 1383 estudiantes universitarios, se encontró que el Inventario de Depresión de Beck es apto para la evaluación subclínica de la depresión en la realización de estudios psicopatológicos. Ya que, tras la evaluación del instrumento mismo, se determinó que la cifra de fiabilidad de la prueba es alta, así como la estabilidad temporal y su consistencia interna, siendo útil para medir el “síndrome de depresión general con síntomas interrelacionados” (Sanz & Vázquez, 1998, pág. 10). Destacando además índices de validez convergente y discriminante aceptable, en las cuales no se encuentran diferencias de género ni grupos edad que afecten los puntos de corte del inventario. Las diferencias transculturales son mínimas, no afectando el desarrollo de la evaluación, siendo que cualquier duda en cuanto a la comprensión de algún ítem puede resolverse con facilidad clarificándolo con el facilitador en el transcurso de la evaluación.

Este estudio afirma que “la versión del BDI de 1978 parece tener unas buenas propiedades psicométricas como instrumento de evaluación del síndrome depresivo, lo que permite recomendar su elección como instrumento de investigación de los modelos de depresión para clasificar a los sujetos como deprimidos o no deprimidos” (Sanz & Vázquez, 1998, pág. 11).

El instrumento se aplicó en primera instancia para determinar la muestra de pacientes a quienes se aplicó el protocolo de intervención psicoeducativa, puesto que éste se dirigirá a

personas con diabetes que se encuentren entre los puntos de corte de depresión leve y moderada. Asimismo, quedaron fuera de la investigación aquellos pacientes sin depresión y los pacientes con depresión grave, para quienes se les recomendó asistieran a un proceso de psicoterapia individual.

Protocolo de intervención psicoeducativa

Un protocolo es un instrumento que permite describir los objetivos, diseño y metodologías para la implementación de una intervención. Por su parte la intervención psicoeducativa es un conjunto de técnicas y estrategias de acompañamiento que utiliza un psicólogo, basadas en las teorías del aprendizaje y del desarrollo evolutivo; cuyo objetivo fundamental es facilitar y optimizar el proceso de aprendizaje, mediante el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales. Estimula habilidades intelectuales, hábitos y conceptos y se fortalece el desempeño emocional y social.

Por tanto, el protocolo de intervención psicoeducativa dirigido a personas con diabetes para el tratamiento grupal de la depresión leve y moderada fue el producto principal de la investigación, el cual a su vez fue aplicado y evaluado durante el transcurso de ésta.

Hojas de planificación de talleres

La planificación permite sistematizar la forma en que se efectuarán las actividades a realizar, en este caso se utilizaron planificaciones para realizar talleres con el personal de atención primaria y especializada en salud que tuvieron contacto con los pacientes, además de los familiares de éstos. Los talleres se realizaron de manera dinámica y tuvieron como objetivo informar acerca de la diabetes, desmitificar ideas sobre la enfermedad y brindar herramientas de soporte que permitan la mejoría de la calidad de vida del paciente. En las planificaciones se plasmó el objetivo de cada actividad, dinámicas, evaluación y recursos que se necesitaron.

2.04 Operacionalización de Objetivos, categorías/variables: Operacionalización de objetivos

Hipótesis y objetivos	Categorías	Técnicas	Instrumentos
La hipótesis de investigación se definió de la siguiente manera: "Las puntuaciones obtenidas en la aplicación Test de Depresión de Beck para las variables de depresión leve y moderada en pacientes con diabetes fue mayor que las puntuaciones de pacientes diagnosticados con depresión grave, debido a la ausencia de esta, se logró trabajar de manera eficiente con la implementación de un protocolo de intervención psicoeducativa, enfocado en depresión leve y moderada.	Depresión leve Depresión moderada	Test estandarizado	Protocolo de intervención psicoeducativa Inventario de Depresión de Beck
O1. Identificar los casos de pacientes que presentan síntomas de depresión leve y moderada, concomitante al diagnóstico de Diabetes a través del Inventario Estandarizado de Depresión de Beck, determinando así la aplicabilidad al Protocolo de Intervención Psicoeducativa.	Depresión Diabetes	Observación Entrevista Test estandarizado	Entrevista estructurada Inventario de Depresión de Beck Testimonio
O2. Aplicar el Protocolo de Intervención Psicoeducativa a pacientes que presentan síntomas de depresión leve y moderada, concomitante al diagnóstico de diabetes para disminuir los síntomas asociados a la depresión.	Depresión Intervención psicoeducativa	Test estandarizado	Inventario de Depresión de Beck calificado

<p>O3. Capacitar por medio de talleres de socialización derivados de la aplicación del Protocolo de Intervención Psicoeducativa a médicos, enfermeras y familiares de los pacientes diagnosticados con diabetes, los resultados de la investigación, así como recomendaciones específicas para que puedan brindar un acompañamiento eficaz a los pacientes.</p>	<p>Depresión leve y moderada Diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención psico-educativa • Grupo focal • Taller psico-educativo 	<p>Protocolo de intervención cognitiva Planificación Testimonio</p>
	<p>Depresión leve y moderada Intervención psicoeducativa</p>	<p>Diseño longitudinal estadístico Antes-Después Unidad de análisis cualitativo</p>	<p>Inventario de Depresión de Beck Testimonio</p>
	<p>Intervención psicoeducativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taller psico-educativo 	<p>Protocolo de intervención cognitiva Planificación de talleres</p>

Capítulo III

3. Presentación, Interpretación y análisis de los resultados

3.01 Características del lugar y de la muestra

3.01.01 Características del lugar

El patronato del diabético es una institución privada, no lucrativa de beneficio social, que tiene 50 años de existir. El patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala fue fundado en 1967. Esta organización es la única en Guatemala que está avalada por la IDF (Federación Internacional de la Diabetes). Además, esta institución es 1 de las 44 que existen en los 19 países que forman parte de la IDF SACA región (Sur y Centroamérica). Fue el Doctor Marco Antonio Fernández Lavagnino, quien junto a un grupo de personas tomo la iniciativa de luchar contra la Diabetes, abriendo así las puertas del Patronato del Diabético en Guatemala. Esta institución actualmente cuenta con 1 sede central, la cual es el patronato del diabético que se encuentra ubicado en la zona 1. Así mismo cuenta con 11 filiales en toda la república de Guatemala, las cuales están ubicadas en: zona 6 de Mixco, Zona 10, Escuintla, Quetzaltenango, Coatepeque y Villa Nueva, que es dónde se llevara a cabo este EPS. Cabe mencionar que en zona 6 hay 2 sucursales y que hay otro anexo del patronato del diabético en la zona 1, además es importante conocer que esta institución tiene como proyecto futuro la expansión de sucursales, para poder llegar a toda lo población diabética guatemalteca que los necesite.

El patronato del diabético es una organización que realiza la feria del diabético, la cual tiene como objetivo ayudar a la población con diabetes, esto lo realiza por medio de las siguientes actividades: pruebas gratis de glucosa, descuentos de hasta el 50% en la farmacia del patronato,

consultas gratuitas en las especialidades de: medicina interna, nutrición, odontología y psicología. Otro beneficio de estas ferias es que como parte de las actividades hay rifas y concursos en los cuales las personas pueden participar para ganar premios como: glucómetros, tensiómetros, etc. Cabe mencionar que estas ferias son gratuitas por lo tanto no se cobre la entrada, ni el parqueo. Hasta el año 2017 se han realizado 7 ferias en distintos puntos de la capital de Guatemala, que han beneficiado a cientos de personas que padecen la enfermedad de la diabetes.

En las ferias además de servicios gratuitos y descuentos, se brindan charlas y conferencias en donde se ofrece información general y específica a las personas acerca de la enfermedad que padecen. Esto para que los asistentes estén mejor informados y tengan el conocimiento de cómo cuidarse para poder mejorar su salud. El patronato de Villa Nueva es el filial número 12 del patronato del diabético de Guatemala, esta se encuentra situada en el centro comercial Plaza Villa Nueva, calzada concepción 5- 26, zona 6 de Villa Nueva, local 28. La misión del patronato del diabético de Guatemala es: prevenir, Detectar y Controlar la diabetes en Guatemala, brindando al paciente educación médica continua, tratamiento de la enfermedad y los medicamentos este que requiera. La visión del patronato del diabético de Guatemala es: ser la institución líder y de referencia en Guatemala, en Prevenir Detectar y Tratar la diabetes para brindar una mejor calidad y expectativa de vida al paciente, de manera que pueda contribuir al desarrollo del país. Esta institución tiene 3 objetivos muy claros y específicos por cumplir, los cuales son los siguientes:

- Prevenir a la población por medio de información y educación médico-Nutricional.
- Detectar la enfermedad y proveer educación medico nutricional.

- Brindar tratamiento médico El patronato del diabético de Guatemala cuenta con una gran variedad de servicios en la mayoría de las filiales, estos servicios son médicos como: endocrinología, Flebología, Odontología, nutrición, diabetología, cardiología, oftalmología, nefrología, urología, ginecología, cuidado del pie diabético y psicología. Estos servicios se complementan con venta de medicamentos, (Farmacia), Laboratorio clínico, servicio a domicilio, prueba de glicemia y gimnasio.

El patronato del Diabético fue el lugar donde se llevó a cabo la tesis y los recursos físicos con los que se contaron fueron los espacios de trabajo facilitados para este fin, está situada en el centro comercial Plaza Villa Nueva, calzada, en donde funciona la institución, contando con el equipo y material preciso para brindar la atención psicológica a los pacientes con diabetes que son referidos por el médico a cargo de la clínica del patronato. se contó con una oficina asignada para dicha atención, con escritorio, equipo de cómputo, material para evaluaciones, herramientas como: ficha de ingreso, consentimiento informado, entrevistas para adultos, evoluciones, registro de asistencia, hojas de referencia a otras instituciones, y material didáctico para brindar la atención psicológica integral a los pacientes.

3.01.02 Características de la muestra

La población a la que está dirigido el Proyecto de Tesis, mayoritariamente son personas adultas de cultura ladina que padecen diabetes hace más de 5 años y que llevan su chequeo médico en el patronato de la filial de Villa Nueva, los pacientes cuentan con una educación mínima y se encuentran entre las edades de 35 a 50 años; un mínimo porcentaje de atención a hombres, ya que la asistencia de ellos al patronato del diabético es muy poca. Cabe mencionar que no se atenderán niños ni niñas pues la asistencia de ellos a la filial del patronato de Villa

Nueva es nula. La población principalmente está formada por personas de clase media. El nivel socioeconómico de los pacientes atendidos en el patronato en su mayoría pertenece las personas que no tienen estudios universitarios, y poseen empleos de bajo nivel, como empleos informales o por su cuenta, por ejemplo: domésticas y obreras. Sus ingresos oscilan entre los Q1, 000.00 y los Q4, 000.00.

Para la realización de este proyecto de tesis se contó con personas cuyas condiciones de vida tienen como principal característica ser personas de escasos recursos económicos o más bien que no puedan costear una consulta psicológica y que están interesados en recibir apoyo psicológico a bajo costo, esto para poder reducir los efectos de la enfermedad a nivel emocional y llevar a cabo una mejoría en su desarrollo personal y familiar. Las personas que acuden al Patronato del Diabético Villa Nueva provienen de los alrededores del municipio como San Miguel Petapa, Villa Canales, Bárcena, Boca del Monte, Villa Hermosa y zonas aledañas. La mayoría de los pacientes que acuden al patronato son personas que no tienen pareja, debido a que se divorciaron años atrás por esto es que algunas de las pacientes son madres solteras que tienen hijos adolescentes y adultos que aún dependen económicamente de ellas. Las pacientes tienen mayormente hijos varones que se encuentran en las edades de 17 a 28 años. Cabe mencionar que solo una paciente está casada y con un matrimonio estable, además tiene 1 solo hija. Es muy importante destacar que ninguna de las pacientes cuenta con acceso al seguro social (IGSS)

En cuanto a la religión de los pacientes que asisten al patronato del diabético, se calcula que un 50% profesa la religión católica, mientras que el otro 50% restante profesa la religión evangélica. En relación con la calidad de vida de los habitantes, se sabe que las viviendas en su mayoría están construidas de block y adobe, algunas tienen losa y cuentan con dos niveles. Otras están hechas de lámina y cuentan con un solo nivel. Todas las casas cuentan con los servicios

básicos como: luz, teléfono y agua, aunque este último servicio se encuentra racionado por días y horas establecidas. Todos también cuentan con servicios secundarios los cuales son: internet y cable. La mayoría de las casas de los pacientes cuenta con piso. Cabe mencionar que la mayoría de las personas atendidas en el patronato viven en colonias privadas dentro del municipio de Villa Nueva. Es importante mencionar que todos los pacientes cuentan con acceso a teléfono celular, además de que casi todos para transportarse usan automóvil propio.

Debido a que todos los pacientes pertenecen a la clase media pueden costear vivienda, ropa, calzado, comida, gasolina, colegios, universidades, pasajes y servicios básicos. En el aspecto educativo hay bastantes diferencias entre las personas atendidas en el patronato de Villa Nueva ya que hay algunos pacientes que no tienen ningún grado académico esto se debe a la situación económica en la cual se encontraban cuando eran niños y que con el transcurrir de los años cuando tuvieron la oportunidad no se interesaron por iniciar sus estudios, debido a que creían que ya estaban muy grandes de edad para realizar una actividad así, ellos en su mayoría son adultos mayores actualmente. Dentro de esta población también podemos encontrar personas que únicamente terminaron sus estudios hasta sexto grado primario, debido a la falta de dinero o por el hecho de que ellos decidieron desertar. También podemos encontrar pacientes que concluyeron sus estudios en la secundaria y que tienen carreras a nivel medio como: bachillerato en ciencias y letras y perito contador en mercadotecnia. Únicamente una paciente comenzó sus estudios universitarios en la carrera de publicidad, pero desarto debido a los efectos físicos y emocionales que la enfermedad de la diabetes le causó. Cabe mencionar que otro factor que le impidió continuar fue el económico. La mayoría de los pacientes del patronato que son referidos al área de psicología por el doctor de lugar forman parte de familias desintegradas con madres solteras, con un nivel socioeconómico bajo y un número elevado de miembros (entre 6 a 10

personas), compartiendo la misma vivienda con otros familiares. La mayoría de los padres de familia de los pacientes únicamente cursaron el tercer grado de primaria o son analfabetos y se dedicaban a trabajos de obreros, mientras las madres se encargaban de cuidar de ellos y de la casa. En el aspecto cultural se puede mencionar que muchas de los pacientes, asisten al convite o desfile de disfraces “Fieros”, también comen el tradicional fiambre. Para las fechas decembrinas, asisten a las tradicionales posadas y adornan la casa con el tradicional árbol navideño y los deliciosos tamales y ponche. Por otro lado, el idioma que ellos hablan es el español y ninguno de ellos tiene descendencias mayas, ni hablan ningún tipo de dialecto o lengua.

En el aspecto de migración, cabe mencionar que algunos de ellos vinieron del interior de la república a la capital y se ubicaron en el municipio de Villa nueva para poder tener una mejor educación y vida económica. Los principales diagnósticos fueron: ansiedad, problemas familiares, duelo y depresión. También es importante mencionar que se realizaron Entrevistas, información en trifolios, panfletos y Test a los pacientes y familiares. Estas se llevaron a cabo en la Sala de espera del Patronato del Diabético ubicado en Centro Comercial Plaza Villa Nueva, Calzada Concepción 5-26 zona 6 de Villa Nueva, local 28. Se realizaron 30 entrevistas en el horario matutino, en el cual participaron pacientes que han sido atendidos por el doctor del lugar y por el área de psicología. Al momento de realizar dichas entrevistas se pudo evidenciar que algunas familias afectadas manifestaban un cierto rechazo al abordarlas, a la participación e incluso al ofrecerles

ayuda psicológica ya que aducían que lo que ellas querían era ayuda material y no psicológica negándose rotundamente a colaborar para recabar información. Ellos creían que no era necesario, ya que creen que los efectos de la enfermedad de la diabetes son únicamente físicos y que por ningún motivo podía afectar su salud emocional y mental. Otras incluso se rehusaron

debido a que no conocían lo que estudia la psicología y no querían ser parte del algo que para ellos era desconocido. Muy al contrario, se encontraron personas muy accesibles deseosas de participar y recibir la atención, especialmente las madres quienes están necesitadas de ser escuchadas y que posteriormente al sentir el bienestar en sus vidas algunos llevaron a sus a sus parejas por lo que la atención fue satisfactoria ya que la población atendida necesitaba sentirse escuchada para hacer valer sus derechos, además de vivir la situación de la enfermedad y sus complicaciones, se agregaba la situación difícil de la economía en el hogar, falta de oportunidades de empleo, la angustia de tener que sacar adelante a los hijos debido a ser madres solteras, afectando esto su autoestima, ya que ellas creen que eso no está bien debido a lo que dice la sociedad.

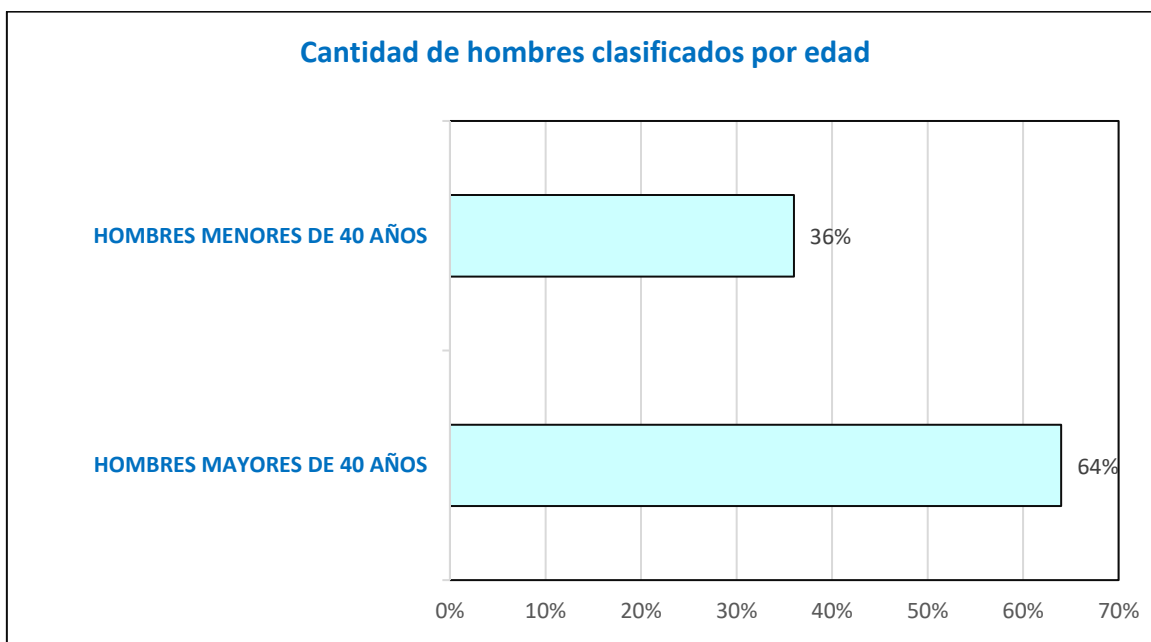
Como se mencionó anteriormente se han llevado a cabo unas entrevistas dirigidas a los pacientes c para poder brindarles información a los adultos acerca de los cambios que produce la diabetes en su estilo de vida, en su cuerpo y en sus emociones. Estos son: • Estilos de Vida Saludable, • Depresión y la Diabetes. Se logró establecer que los pacientes se interesaran en conocer más información acerca de la enfermedad que padecen. En la Entrevista los pacientes expresaron como se sentían física y anímicamente y lograron conocer como está enfermedad afecta su cuerpo y su estado de ánimo.

En la realización del Test se logró crear un clima de confianza y empatía con los pacientes para que pudieran asociar a la diabetes otros síntomas que padecían y desconocían que tenían relación con esta. El objetivo de estas actividades fue hacer conciencia en las personas con Diabetes, y que de esta manera puedan adquirir algunas herramientas para mejorar su estilo de vida. Es importante mencionar el Apoyo que se le brindo al personal del patronato del Diabético en la realización de las diferentes tareas que llevan a cabo durante el día, estas son: Toma de

pruebas de glucosa, Toma de Peso, de Presión, Venta de Productos y Medicamentos y Atención al paciente. Todo esto además de la atención psicológica gratuita. Muchos de los pacientes han tenido que pasar por situaciones difíciles, que les ha provocado depresión, ira, enojo, baja autoestima, tienen una dinámica familiar muy mala, también la mala relación de algunas parejas ha provocado el divorcio y, por ende, el mal comportamiento en ciertos casos de los hijos jovencitos.

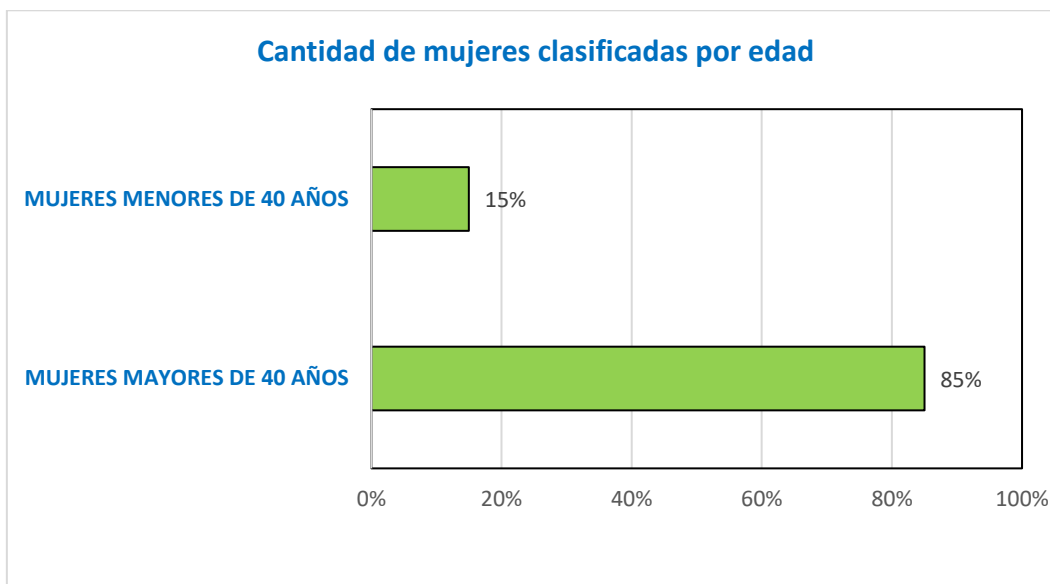
3.02 Presentación e interpretación de resultados

Graficas del nivel de depresión, edades, m/h.



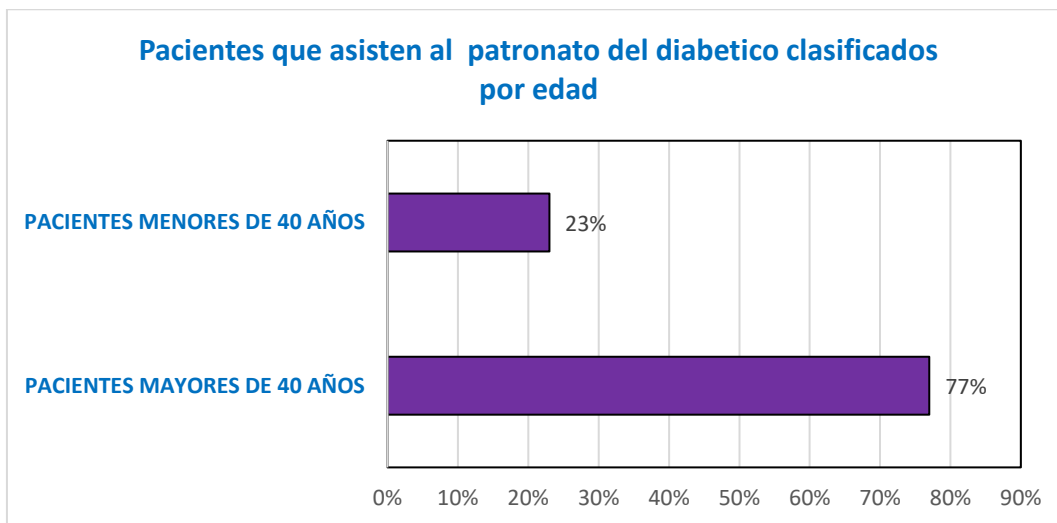
Los resultados demostraron un mayor porcentaje de hombres de 40 años asisten al patronato del diabético filial de Villa Nueva.

Pacientes mayores de 40 años			64%
Pacientes menores de 40 años			36%

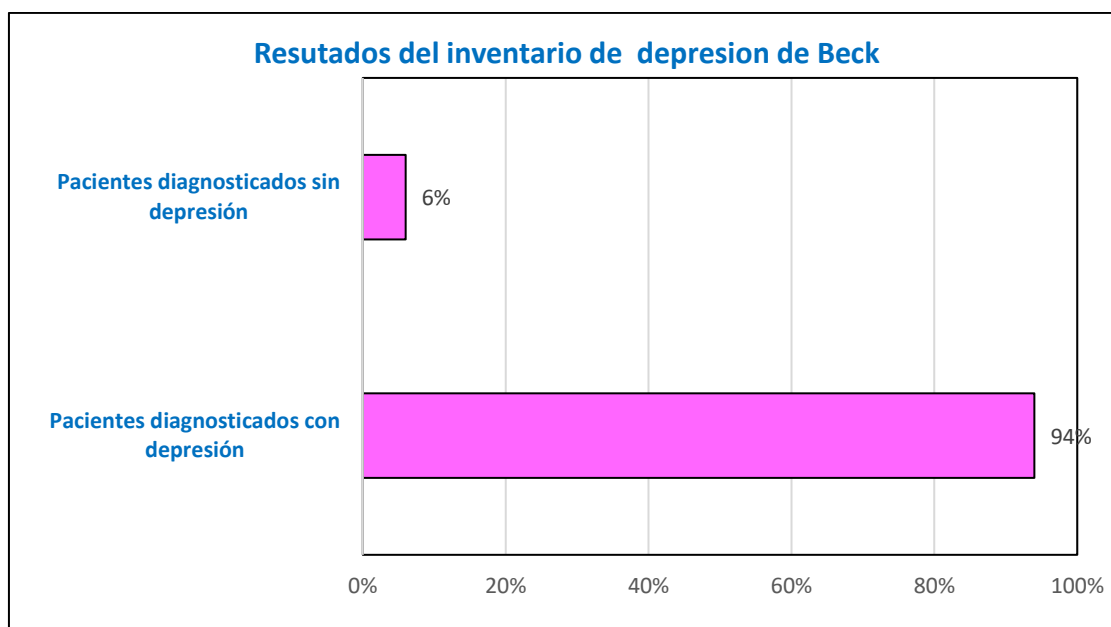


Mujeres mayores de 40 años			85%
Mujeres menores de 40 años			15%

Se determinó un mayor porcentaje de mujeres mayores de 40 años que asisten al Patronato del Diabético Filiar de Villa Nueva.

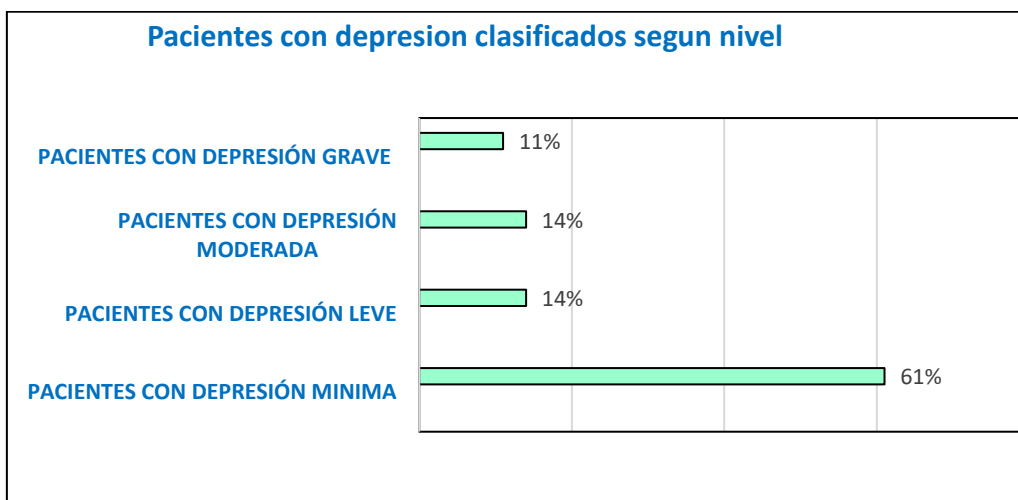


En esta grafica se demuestra que afluencia de la población que asisten al patronato del diabético son mayores de 40 años.



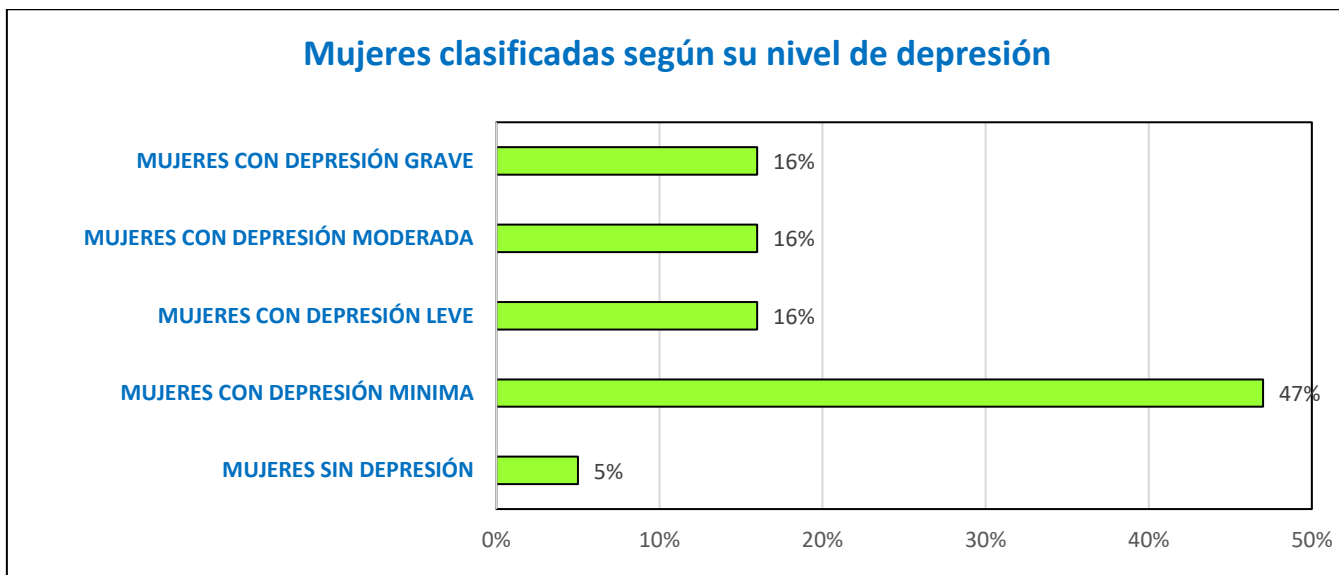
Pacientes diagnosticados con depresión	94%
Pacientes diagnosticados sin depresión	6%

Según resultados la mayoría de la población que asisten al patronato del diabético, presento depresión.



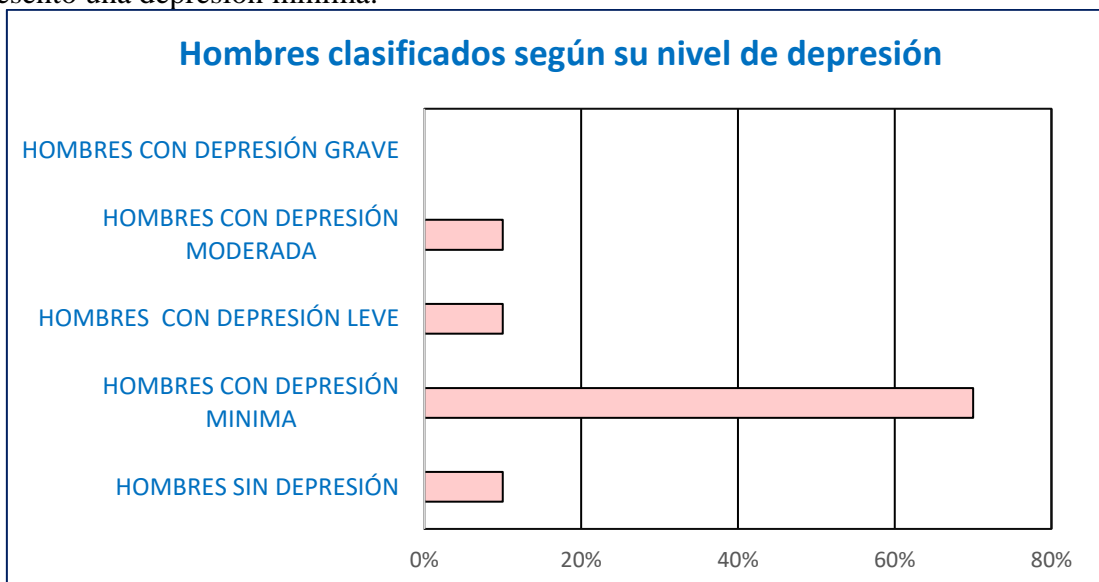
Paciente con depresión mínima	61%
Pacientes con depresión leve	14%
Pacientes con depresión moderada	14%
Pacientes con depresión grave	11%

Un mayor porcentaje de personas que asisten al patronato del diabético filial de Villa Nueva presentaron depresión mínima, seguida de una depresión leve y moderada.

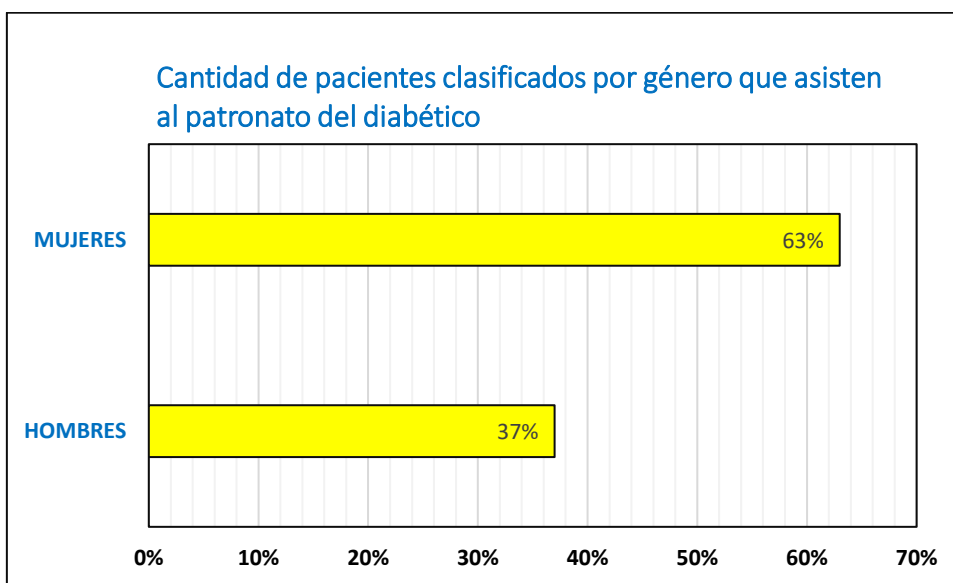


Mujeres sin depresión	5%
Mujeres con depresión mínima	47%
Mujeres con depresión leve	16%
Mujeres con depresión moderada	16%
Mujeres con depresión grave	16%

El porcentaje mayor de mujeres que llegan al patronato del diabético filial de Villa Nueva que presentó una depresión mínima.



Existe un mayor porcentaje de depresión mínima en hombres que asisten al patronato del Diabético filial de Villa Nueva.



Se demostró que el mayor porcentaje de personas que asisten al Patronato del Diabético son Mujeres.

3.03. Análisis general

Gráficas e interpretación relacionada a lo psicológico.

En dicha investigación se tomó como objeto de estudio la intervención psicoeducativa para disminuir los niveles de depresión en diabéticos de 35 a 50 años, del patronato del diabético filial de villa nueva, la diabetes en la actualidad es una enfermedad que está afectando en gran parte de la población guatemalteca, y tanto la familia como la sociedad son pilares importantes y fuentes de apoyo para la persona que la padece, según lo observado en pacientes del patronato del diabético se logró determinar que la mayoría de la población presento depresión. La ocurrencia de trastornos del estado de ánimo como depresión y distimia es frecuente en pacientes diabéticos; estudios mencionan que hasta un 22% de pacientes con diabetes mostraban síntomas depresivos lo cual dificulta hasta en tres veces más la adherencia al tratamiento y menor autocuidado. La aparición de los síntomas depresivos se relaciona, en su mayoría a hemoglobina glucosada, consumo de grasas y sedentarismo, además de alteraciones en los niveles de lípidos, problemas de presión arterial y otras complicaciones (Castillo-Quan, 2010). Empezamos el abordaje con la población mediante una encuesta en la cual se constató la necesidad que tenían de una orientación psicológica sobre lo que sentían, (síntomas depresivos leves), siendo estos presentados principalmente en el cambio de estado de ánimo y forma de pensar y de enfrentar la enfermedad, necesitaban según lo indicad por ellos una orientación información realmente de lo que es la enfermedad y como aprender a vivir con ella de una forma sana y adecuada para lograr una mejor calidad de vida, posterior a la encuesta, según las necesidades de la población utilizamos el test de depresión de Beck, para poder medir los niveles de depresión en los que se encontraba la población, de la muestra seleccionada, según los resultados del test de depresión de Beck la mayoría de la población presento una depresión mínima, seguida de leve y moderada, por lo mismo se elaboró un protocolo

de intervención psicoeducativa con el propósito de informar y educar a la población sobre la depresión, que la entiendan y conlleven como enfermedad junto a la diabetes, conociendo así mismo como mejorar su calidad de vida, aprendiendo principalmente hábitos alimenticios, físicos y control de sus emociones. Dentro de los resultados obtenidos logramos obtener un dato muy importante como lo es que el 61 % de los sujetos están ubicados en el rango de depresión mínima y leve, según lo indica Beck, otra parte de la población no indica depresión, también existe un 6% que se encuentran al margen de entra en el rango de depresión.

Entre los factores relacionados con aspectos sociales, se observó que un paciente con inadecuado apoyo familiar y poco interés en su salud presenta muchas veces más riesgo de tener una depresión grave. Esta establecido que la familia es determinante y es la mejor y más cercana red de apoyo para el paciente diabético. El apoyo familiar es clave para que exista un mejor control de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir la depresión.

Con lo anterior, se evidencia que, a pesar de las desventajas, de que las mujeres buscan cuidarse y preocuparse más en su salud. Debido a que el mayor porcentaje de personas que asisten al patronato son mujeres. Se concluye identificando que la población diabética que asiste al patronato del diabético, en su mayoría se encuentran en un rango de edad mayor de 40 años, y siendo en este rango también donde se muestra el mayor nivel de personas con depresión leve y moderada.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

Se logró determinar que la enfermedad de la Diabetes no solo afecta fisiológicamente, sino que también emocionalmente concomitante al diagnóstico de Diabetes, esta, causa un impacto fuerte y muchas veces difícil de controlar, este descontrol y desequilibrio emocional termina regularmente en una depresión, que puede llegar a ser leve, moderada o crónica.

Fue necesario la realización e implementación de un protocolo de intervención psicoeducativa, por las necesidades observadas y determinadas a través de la aplicación del cuestionario de depresión de Beck, ya que se determinó que la población carece de información necesaria no solo sobre lo que es en sí la enfermedad y el daño degenerativo que causa, los resultados reflejan que muchos de los pacientes del patronato del Diabético presentan síntomas de depresión, sin estar conscientes de la misma, y el daño emocional y psicológico que causa en la persona.

Fue necesario brindar a los pacientes diabéticos una intervención psicoeducativa, utilizando el protocolo creado específicamente con las necesidades presentadas en los resultados de la aplicación del inventario de Beck, no solo se informó lo que es la enfermedad y lo que la misma conlleva sino también se brindó un acompañamiento psicológico, por tiempo definido grupal, para que conozcan y aprender asimilar la noticia, y lo que es la depresión como resultado de la enfermedad, también se dieron a conocer parte de los cambios que se presentaran en cuerpo y mente concomitante al diagnóstico, pero sobre todo se resalta la importancia de permanecer alerta a estos, para evitar llegar a presentar una depresión moderada o crónica.

Hay que tener presente la importancia de la familia en esta etapa, por lo mismo se considera necesario informar a la familia del paciente, de qué manera pueden apoyar al paciente, física y emocionalmente.

4.02 Recomendaciones

Se recomienda a la institución, que lleven a cabo un acompañamiento psicológico a pacientes, poniendo en práctica el protocolo de intervención psicoeducativa para pacientes diabéticos, ya que se ha resaltado la importancia de que un paciente conozca su enfermedad, aprenda a vivir con ella y principalmente el impacto emocional y psicológico que la misma puede causar en él, por un determinado periodo de tiempo, según sea necesario, ya que cada paciente tiene diferente capacidad de asimilar y conllevar la enfermedad.

A la institución presentar con frecuencia información a la población sobre la depresión en pacientes diabéticos, por medio de campañas o talleres educativos.

Al paciente terapia psicológica por tiempo definido, como parte de su proceso de adaptación y modificación de hábitos, conductas y reacciones emocionales, como contribución a su estabilidad emocional.

Al paciente diabético mejorar su calidad de vida física y mental, ya que parte fundamental de lograr que lleven un vida saludable y estable, es fomentar en él, una actitud positiva sobre la enfermedad, modificando hábitos y conductas.

Anexos

PRIMERA SESION DE TRABAJO

Objetivos	Contenido	Metodología	Descripción actividad	Temporalidad y responsables	Eje temático
-Establecer relaciones de confianza entre el grupo y el terapeuta.	-Relaciones entre el terapeuta y el individuo.	-Entrevista individual	-El terapeuta da la bienvenida al individuo.	5 mins Terapeuta	
-Conocer más al paciente a través de su testimonio.	-testimonio breve	-trabajo escrito Individual	-Exponerle brevemente al individuo el proyecto que se está realizando y solicitarle su participación voluntaria, para aplicarle el test de Beck.	5 mins Terapeuta	
			-Se le brindara una hoja de testimonio y se le explicara de qué manera debe responderla.	15 mins Terapeuta	
Informar sobre hábitos para una vida saludable.			-Brindar información acerca de estilos de vida saludables. Utilizando como apoyo el trifoliar	20 minas terapeuta	

SEGUNDA SESIÓN DE TRABAJO

Objetivos	Contenido	Metodología	Descripción actividad	Temporalidad y responsables	Eje temático
<p>-Establecer relaciones de confianza entre el grupo y el terapeuta.</p> <p>-Conocer más al paciente a través de su testimonio.</p> <p>-Informar sobre hábitos para una vida saludable.</p>	<p>-Relaciones entre el terapeuta y el individuo.</p> <p>-testimonio breve</p>	<p>-Entrevista individual</p> <p>-trabajo escrito Individual</p>	<p>-El terapeuta da la bienvenida al individuo.</p> <p>-Exponerle brevemente al individuo el proyecto que se está realizando y solicitarle su participación voluntaria, para aplicarle el test de Beck.</p> <p>-Se le brindara una hoja de testimonio y se le explicara de qué manera debe responderla.</p> <p>-Brindar información acerca de estilos de vida saludables utilizando como apoyo el trifoliar.</p> <p>-Colocar en las instalaciones del patronato del diabético un panfleto informativo acerca de la depresión y la diabetes.</p>	<p>5 mins terapeuta</p> <p>5mins Terapeuta</p> <p>30 mins Terapeuta</p>	

TERCERA SESIÓN DE TRABAJO

Objetivos	Contenido	Metodología	Descripción actividad	Temporalidad y responsables	Eje temático
<p>-Establecer relaciones de confianza entre el grupo y el terapeuta.</p> <p>-Conocer más al paciente a través de su testimonio.</p> <p>-Informar sobre hábitos para una vida saludable.</p>	<p>- Relaciones entre el terapeuta y el individuo.</p> <p>- testimonio breve.</p>	<p>-Entrevista individual</p> <p>-trabajo escrito Individual</p>	<p>El terapeuta da la bienvenida al individuo.</p> <p>Exponerle brevemente al individuo el proyecto que se está realizando y solicitarle su participación voluntaria, para aplicarle el test de Beck.</p> <p>Se le brindara una hoja de testimonio y se le explicara de qué manera debe responderla.</p> <p>Brindar información acerca de estilos de vida saludables utilizando como apoyo el trifoliar.</p> <p>Se expuso y explico el protocolo de intervención educativa a los colaboradores del Patronato del Diabético.</p>	<p>5mins Terapeuta</p> <p>5mins Terapeuta</p> <p>25 mins Terapeuta</p> <p>10mins Terapeuta</p>	

CUARTA SESIÓN DE TRABAJO

Objetivos	Contenido	Metodología	Descripción actividad	Temporalidad y responsables	Eje temático
<p>-Establecer relaciones de confianza entre el grupo y el terapeuta.</p> <p>-Conocer más al paciente a través de su testimonio.</p> <p>-Informar sobre hábitos para una vida saludable.</p>	<p>Relaciones entre el terapeuta y el individuo.</p> <p>-testimonio breve.</p>	<p>-Entrevista individual</p> <p>-trabajo escrito Individual</p>	<p>El terapeuta da la bienvenida al individuo.</p> <p>Exponerle brevemente al individuo el proyecto que se está realizando y solicitarle su participación voluntaria, para aplicarle el test de Beck.</p> <p>Se le brindara una hoja de testimonio y se le explicara de qué manera debe responderla.</p> <p>Brindar información acerca de estilos de vida saludables utilizando como apoyo el trifoliar.</p> <p>Brindar técnicas de meditación y formas de ejercitarse.</p>	<p>5mins Terapeuta</p> <p>5mins Terapeuta</p> <p>15mins Terapeuta</p> <p>15mins Terapeuta</p> <p>5mins Terapeuta</p>	

QUINTA SESIÓN DE TRABAJO

Objetivos	Contenido	Metodología	Descripción actividad	Temporalidad y responsables	Eje temático
<p>Hacer el cierre de todas las actividades</p> <p>Brindar recomendaciones con base al protocolo.</p>	Relaciones entre el terapeuta y el individuo.	-Exposición final de diabetes y depresión.	Se inicia la despedida con una charla informativa y se agradece el apoyo a los colaboradores.	5mins Terapeuta	
	- testimonio breve.	-Puesta en común y resolución de dudas con los colaboradores del patronato acerca del protocolo de intervención	Se hace una pequeña reflexión acerca de la importancia de la salud mental como un pilar importante de la salud integral del paciente con diabetes.	5mins Terapeuta	
				10mins Terapeuta	
				5mins Terapeuta	
				20mins Terapeuta	
			5mins Terapeuta		

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: _____ Estado Civil: _____
Edad: _____ Sexo _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3.Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a. Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual.

3^a. Duermo la mayor parte del día.

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3^a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

Observaciones

Cronograma

No.	Actividades	Mar 20	Abril 20	May 20	Jun 20	Jul 20	Ago 20
1	Selección del tema del proyecto de tesis.						
2	Revisión y búsqueda de antecedentes.						
3	Elaboración y revisión del planteamiento del problema.						
4	Elaboración del objetivo general y objetivo específicos.						
5	Elaboración y revisión de la justificación del problema.						
6	Revisión de temas para el marco teórico y elaboración del mismo.						
7	Selección de la muestra y establecimientos de métodos y técnicas para la recolección de datos.						
8	Solicitud a las autoridades de la institución permiso para la realización de la investigación.						
9	Elección y elaboración de instrumentos de recolección y análisis de datos.						
10	Entrega de proyecto de investigación para su aprobación.						
11	Aplicación del test de Beck						
12	Creación del protocolo de intervención de acuerdo a los resultados del test y las necesidades de la población.						

13	Aplicación del protocolo de intervención en un máximo de 5 sesiones.						
14	Elaboración de conclusiones y recomendaciones						
15	Elaboración preliminar del informe final.						
16	Presentación de la versión final						

Control de asistencia pacientes

No.	Nombre paciente	Fecha	Firma paciente	Firma del psicólogo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Control de talleres impartidos

Numero de taller	Tema del taller	Firma de asistencia psicólogas	Firma y sello de la Institución
1	Relaciones entre los integrantes del grupo y de ellos mismos con el terapeuta.		
2	Medición de depresión. Inventario de Beck,		
3	Información de la enfermedad de la diabetes.		
4	Diabetes y depresión ¿Cómo identificar la enfermedad?		
5	Hábitos para una vida saludable.		
6	Estilos de vida saludable. (Meditación, ejercicio y Pasatiempos)		
7	Despedida y motivación a pacientes, entrega de panfleto con recomendaciones al paciente.		

Fotos del trabajo de campo



Imagen 1 Realizando el test de Beck



Imagen 2 Apoyando a los pacientes en la toma de datos



Imagen 3 Brindando información del trifoliar



Imagen 4 Paciente realizando el test de Beck



Imagen 6 Brindando información para realizar el testimonio



de



Imagen 8 Secretaria Encargada del Patronato del Diabético

Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro de Investigación en Psicología -CIEPS-

Imagen 10 Epesistas

Centro Universitario Metropolitano CUM

Consentimiento Informado



_____ Estado

en el proyecto de investigación:

**“INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA DISMINUIR NIVELES DE
DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS, DE 35 A 50 AÑOS, PATRONATO DEL DIABÉTICO”**

- Objetivo: Identificar los niveles de depresión en Diabéticos de 35 a 50 años
- A cargo de: Yojana Inés Patzan Sandoval y Yulizza Samandra Gordillo García
- Institución: Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Psicología

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en esta investigación, se me informo que:

- Mis datos personales y de mi desempeño recopilados será anónima
- Se me brindara toda la información que sea posible sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación antes de mi participación en ella. Esta información podrá ser ampliada una vez concluida mi participación.

Tesistas

Yojana Patzan Yulyzza Gordillo

Firma Participante

4.03 Referencias

Bibliografía

- Scielo, Ledón L, La Habana, Cuba, Impacto psicosocial de la diabetes Mellitus, 2013. Tomado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007

- Revista Cubana Endocrinología, vol.23, no.1, Ciudad de la Habana, enero-2012. Diabetes. Tomado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=1561-2953&lng=es&nrm=iso
- Palacios Sánchez, Y., Biblioteca USAC, Facultad de Humanidades, Historia del municipio de Villa Nueva, 2004. Tomado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/07/07_1435.pdf
- Segura, A., Franco L, Jiménez, K., Sicajan, S. Universidad San Carlos de Guatemala, Biblioteca USAC, Facultad de Ciencias Médicas, Caracterización epidemiológica de la diabetes, 2009. Tomado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8698.pdf
- USAC, Calderón A, Facultad de ciencias químicas y farmacia, Diabetes, 2013. Tomado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3445.pdf
- Cardona Cordon, M. USAC, Facultad de ciencias químicas y farmacia, 2014. Tomado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3747.pdf
- Municipalidad de Villa Nueva, Tradiciones, 2012. Tomado de: <http://www.villanueva.gob.gt/tradiciones-villanueva-guatemala>
- Municipalidad de Villa Nueva, Monografía, 2012. Tomado de: <http://www.villanueva.gob.gt/monografia-villanueva-guatemala>

- Municipalidad de Villa Nueva, Datos Generales, 2012. Tomado de: <http://www.villanueva.gob.gt/datos-generales-villanueva-guatemala>
- Diabetes, Patronato del diabético, Misión y Visión, 2013. Tomado de: <http://www.diabetes.com.gt/patronatodeldiabetico/nosotros.html>
- Diabetes, Patronato del diabético, patronato central, 2013. Tomado de: <http://www.diabetes.com.gt/patronatodeldiabetico/index.html>
- RAE, Diccionario de la lengua español, significados, 2018. Tomado de: <http://dle.rae.es/?id=ZWmeaFc>
- Diabetes Madrid, Asociación diabetes Madrid, hiperglucemia e hipoglucemia, 2018. Tomado de: <https://diabetesmadrid.org/miedo-a-la-hipoglucemia/>
- Moreno G., Revista entre todos, Vol. 4, Consulta de psicología de la asociación de diabéticos de Madrid. Tomado de: <http://sumo.ly/Axir>
- Wridgeway M, Medtronic, Diabetes y estado de ánimo, 2018. Tomado de: <https://www.medtronic-diabetes.com/es/hypoheroes/hipoglucemia/emociones/miedo-estado-de-animo/padres/>
- MedlinePlus, Diabetes Mellitus, 2017. Tomado de: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetickidneyproblems.html>

- Patzán, W., Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro de capacitación de Villa Nueva, Facultad de Arquitectura, 2011. Tomado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_3015.pdf
- Salud pública Méx vol.48 no.3 Cuernavaca, 2006, Calidad de vida de la diabetes. Tomado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000300004
- MedlinePlus, Medicina para la diabetes Mellitus, 2017. Tomado de: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetesmedicines.html>
- MedlinePlus, diabetes Mellitus tipo 1, 2017. Tomado de: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype1.html>