

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS**



“ALTERACIONES EMOCIONALES EN PACIENTES ENTRE LOS 50 A 70 AÑOS DE EDAD CRONOLÓGICA, DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SUS CUIDADORES DE POLICLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SANTA ANA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE FEBRERO A DICIEMBRE DE 2017”

**PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR**

**HERNÁNDEZ VALENCIA, SANDRA BEATRIZ  
LEMUS GARCÍA, WENDY NOEMÍ  
MÉNDEZ JIMÉNEZ, KATHERRINNE STEPHANNIE  
VILLALOBOS ANAYA, SARAHÍ ELIZABETH  
VINUEZA GARCÍA, DAMARIS VERENIS**

**DOCENTE ASESORA**

**LICENCIADA: KARLA ONOFRE JIMÉNEZ**

**JUNIO, 2018  
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES CENTRALES**

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO  
RECTOR

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ABREGO  
VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. NELSON BERNABE GRANADOS  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ  
SECRETARIO GENERAL

MSC. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA  
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LIC. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN  
FISCAL GENERAL

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**  
**AUTORIDADES**

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ  
DECANO

MEd. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS  
VICEDECANO

MSc. DAVID ALFONSO MATA ALDANA  
SECRETARIO DE LA FACULTAD

MEd. ROBERTO GUTIÉRREZ AYALA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, a Dios por la sabiduría, paciencia, fuerza, convicción y oportunidad de llegar a esta etapa de la vida, experimentándolo de la mejor manera y viviéndolo a la voluntad que Él ha puesto en mi vida.

Mi familia que ha sido de apoyo fundamental, especialmente a mi mamá que ha sido de gran inspiración y admiración en mi vida, por creer en mí y abonar a este proceso de aprendizaje y nunca dudar de mi capacidad y deseo de alcanzar esta meta en mi vida.

A mis amigos por sus palabras en todo tiempo para no desanimarme, por confiar en mí y ofrecer su ayuda en este proceso.

Más que satisfecha y agradecida con la Lic. Karla Onofre por ser una excelente guía en este proceso, por confiar en nuestro grupo e investigación, y abonar a este proceso de formación que viene a culminar con la presencia de una gran persona.

Finalmente, a la institución Policlínica de atención integral de Santa Ana, por brindarnos la oportunidad de llevar este proceso de investigación y dejarse abonar un poco de esta bella carrera. A el Dr. Reyes por depositar su confianza en nosotros, especialmente en nuestra presencia para con los pacientes, que han sido el factor primordial de nuestra investigación.

**Sandra Hernández**

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, dar infinitas gracias a Dios, por permitirme culminar mis estudios universitarios en la Facultad multidisciplinaria de occidente; asimismo, a mi madre María García y mi padre Eduardo Lemus por su esfuerzo, paciencia, amor y apoyo incondicional durante toda mi formación académica, por ser el motor para obtener este logro académico.

De igual manera agradezco a mis hermanos Paty, Alex y Herber por ser mi motivo de superación, a toda mi familia, amigos y las personas que estuvieron atentas en especial a Samael Cabrera, por brindarme su apoyo, motivación y confiar que lograría ser una profesional a pesar de las dificultades.

Además, le doy gracias a la Licenciada Karla Jiménez por su asesoría, paciencia, tiempo y entrega total durante este proceso; también, a mis compañeras por la paciencia, confianza, momentos inolvidables y trabajo duro que realizaron para culminar con éxito nuestro proceso de grado.

Finalmente, agradezco al Doctor Reyes y al personal de la Policlínica de atención Integral por darnos la oportunidad de realizar nuestra investigación en sus instalaciones, así como a los pacientes con DM2 y sus cuidadores que colaboraron.

**Wendy García**

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradezco a Dios por haberme permitido culminar esta etapa de vida, por haberme guiado a lo largo de mi carrera y darme fortaleza en cada momento.

A mi Esposo Mauricio Jiménez por ser una parte muy importante de mi vida, por brindarme su apoyo incondicional, comprensión, paciencia y por motivarme a seguir adelante.

A mi Madre Rosa Emilia y mis Hermanos Fredy y William por apoyarme en las buenas y en las malas, por enseñarme que en la vida hay que luchar y no darse por vencido.

A la familia Ayala por brindarme siempre su apoyo, consejo y sabiduría, por guiarme siempre para poder desarrollarme profesionalmente.

A nuestra docente asesora licenciada Karla Onofre Jiménez por su apoyo, dedicación y compromiso en la realización de nuestro proceso de grado.

Al Dr. Reyes por habernos brindado la oportunidad de poder desarrollar nuestro proceso de grado en la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana y brindarnos todo el apoyo y facilidades para realización de este.

A los pacientes con DM2 y sus cuidadores por siempre estar en la disposición de colaborar con nuestra investigación.

**Katherrinne Méndez**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la Facultad Multidisciplinaria de Occidente por haberme otorgado la oportunidad de realizar mis estudios universitarios, así como a los docentes que brindaron y compartieron sus conocimientos; en especial, agradezco a mi directora de tesis Licenciada Karla Onofre por el tiempo brindado, dedicación, orientación y por compartir de su capacidad y conocimiento en este proceso. Asimismo, agradezco a mis compañeras de carrera y trabajo de grado por el compañerismo, amistad, trabajo en equipo, responsabilidad, apoyo y paciencia.

Por otro lado, quiero agradecer al doctor Reyes y al personal de Policlínica de Atención Integral por otorgarnos la oportunidad de realizar esta investigación; así como, a los pacientes con DM2 y sus cuidadores que nos colaboraron en este proceso.

También, agradezco infinitamente el apoyo de mi familia quienes son un pilar fundamental en mi vida; especialmente a mis padres por su ayuda y apoyo incondicional, por animarme en momentos difíciles, por su amor, comprensión y consejo, gracias por todo.

Finalmente, quiero agradecer a Dios quien me ha ayuda en estos años de estudio y me a permitido obtener este logro académico. ¡Todo se lo debo a él, a él sea la gloria!

**Sarahi Villalobos**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por ser la fuerza que nos impulsa para lograr nuestros objetivos en la vida.

A mi madre Ana María García porque siempre me ha apoyado y ha estado junto a mí dándome fuerzas sin importar las circunstancias.

A mi padre Miguel Ángel Vinueza porque a pesar de la distancia sé que está conmigo apoyándome.

A mi hermana Nancy de Mayorga y su esposo Hugo por estar siempre pendientes motivándome a seguir adelante y ser un soporte económico en mis estudios, igualmente a toda mi familia por compartir mis tristezas y alegrías pero sobre todo formar parte de los momentos importantes de mi vida incondicionalmente.

A la docente asesora licenciada Karla Onofre Jiménez por su ayuda incondicional en todo el proceso de grado, asimismo al licenciado Eduardo Armando Ramírez y Master Eladio Zacarías Ortez, lectores de nuestra tesis por su disposición en colaborar para mejorar el trabajo de investigación.

Al Dr. Reyes por la amabilidad de abrirnos las puertas de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana para realizar nuestro trabajo de investigación y a cada uno de los pacientes y sus cuidadores que siempre estuvieron dispuestos a colaborar en el proceso ya que sin ellos no hubiese sido posible realizar nuestro trabajo.

El camino ha sido muchas veces difícil, pero al final satisfactorio por lo que le doy gracias a Dios por permitirme culminar mi carrera profesional y a todos los que fueron parte de este proceso.

**Damaris Vinueza**

# ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
<b>Glosario de abreviaturas.....</b>	<b>i</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>ii</b>

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

<b>1.1. Descripción del problema.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2. Delimitación del tema.....</b>	<b>18</b>
<b>1.2.1. Delimitación espacial.....</b>	<b>24</b>
<b>1.2.2. Delimitación temporal.....</b>	<b>24</b>
<b>1.2.3. Delimitación social.....</b>	<b>24</b>
<b>1.3. Justificación.....</b>	<b>24</b>
<b>1.3.1. Alcances.....</b>	<b>27</b>
<b>1.3.2. Limitantes.....</b>	<b>27</b>
<b>1.4. Objetivos de la investigación.....</b>	<b>27</b>
<b>1.4.1. General.....</b>	<b>27</b>
<b>1.4.2. Específicos.....</b>	<b>28</b>
<b>1.5. Preguntas de investigación.....</b>	<b>28</b>

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

<b>2.1. Marco Histórico.....</b>	<b>30</b>
<b>2.1.1. Historia de la Diabetes Mellitus.....</b>	<b>30</b>
<b>2.1.2. Historia de las Emociones.....</b>	<b>33</b>

<b>2.2. Antecedentes de investigaciones sobre Alteraciones Emocionales.....</b>	<b>37</b>
<b>2.3. Marco Teórico Conceptual.....</b>	<b>40</b>
<b>2.3.1. Diabetes Mellitus.....</b>	<b>40</b>
2.3.1.1. Criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus.....	40
2.3.1.2. Tipología de Diabetes Mellitus.....	41
2.3.1.3. Mitos y realidades sobre la Diabetes Mellitus tipo 2.....	44
2.3.1.4. Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2.....	46
2.3.1.5. Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2.....	50
2.3.1.6. Estilo de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.....	51
2.3.1.6.1. Dieta.....	51
2.3.1.6.2. Actividad física.....	53
2.3.1.6.3. Educación diabetológica.....	54
2.3.1.6.4. Autocuido.....	55
<b>2.3.2. Emociones.....</b>	<b>56</b>
2.3.2.1. Definición de emoción.....	56
2.3.2.2. Bases neurológicas de las emociones.....	57
2.3.2.3. Emociones básicas.....	59
2.3.2.4. Transmisión emocional.....	61
2.3.2.5. Educación emocional.....	62
2.3.2.6. Manejo de las emociones.....	64
2.3.2.7. Bienestar psicológico.....	66
<b>2.3.3. Alteraciones emocionales.....</b>	<b>68</b>

2.3.3.1. Definición de alteración.....	68
2.3.3.2. Definición de alteración emocional.....	68
2.3.3.3. Señales de alarma de alteraciones emocionales.....	69
2.3.3.4. Factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones emocionales.....	70
2.3.3.5. Relación de variables personales y alteraciones emocionales.....	72
<b>2.3.4. Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y alteraciones emocionales.....</b>	<b>74</b>
2.3.4.1. Impacto psicológico del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.....	74
2.3.4.2. Alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.....	76
2.3.4.3. Afrontamiento emocional en el diagnóstico y evolución de la enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.....	81
2.3.4.4. El factor emocional y su importancia en el estilo de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.....	83
2.3.4.5. Factores personales y sociales de mayor influencia en el desarrollo de alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.....	85
<b>2.3.5. Cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.....</b>	<b>87</b>
2.3.5.1. El cuidador como parte de la red de apoyo.....	87
2.3.5.2. Alteraciones emocionales en cuidadores.....	89
2.3.5.3. Afrontamiento emocional en cuidadores de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2.....	93
2.3.5.4. El factor emocional y su importancia en el estilo de vida del cuidador.....	94

2.3.5.5. Factores personales y sociales en el desarrollo de alteraciones emocionales en los cuidadores.....	96
2.3.5.6. Importancia del bienestar psicológico en los cuidadores como soporte del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.....	98

### **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo de la investigación.....	100
3.2. Población y sujetos de investigación.....	101
3.3. Instrumentos.....	103
3.4. Procedimiento.....	107
3.5. Procesamiento de información.....	107

### **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En relación a los pacientes.....	109
En relación a los cuidadores.....	119
Conclusiones.....	125
Recomendaciones.....	127
Referencias bibliográficas.....	129

### **Anexos**

## **GLOSARIO DE ABREVIATURAS**

Dentro de esta investigación se utilizarán las siguientes abreviaturas para facilitar la comprensión del lector.

- **DM:** Diabetes Mellitus
- **DM1:** Diabetes Mellitus tipo 1
- **DM2:** Diabetes Mellitus tipo 2
- **FID:** Federación Internacional de Diabéticos
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **RAE:** Real Academia Española
- **ASADI:** Asociación Salvadoreña de Diabetes
- **MINSAL:** Ministerio de Salud

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis trata sobre las alteraciones emocionales en pacientes diabéticos y sus cuidadores, siendo la Diabetes Mellitus una de las enfermedades crónicas del siglo XXI que va en aumento cada año, se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.

Cada año más y más personas viven con esta condición que puede generar complicaciones a lo largo de la vida. Estas complicaciones son las principales causas de muerte en la mayoría de los países, esto debido a la falta de conciencia sobre el impacto psicológico, social y económico que conlleva la enfermedad, la falta de conocimiento podría ser una causa que se toma para la obstaculización de la prevención efectiva de la diabetes.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es el tipo de diabetes más común en El Salvador, esta enfermedad ha aumentado de manera alarmante, afectando todos los aspectos de la vida de la persona diagnosticada. Este cambio en el estilo de vida se caracteriza por desaprender y aprender hábitos de la vida diaria que permitan llevar una rutina lo más equilibrada posible; para ello, se debe asumir la enfermedad, aceptando el diagnóstico, reestructurando el concepto de enfermedad que se posee, manteniendo una actitud positiva, aprendiendo sobre la enfermedad y adoptar hábitos de vida saludable; también, es indispensable que el paciente cuente con el apoyo de una persona que le acompañe en el proceso de la enfermedad, ejerciendo así el papel de cuidador. De no ser así, pueden surgir alteraciones emocionales generando un deterioro significativo en la vida del paciente.

Estos factores también pueden influir en el equilibrio emocional del cuidador por ser la fuente de apoyo significativo, ya que su vida también se altera al no lograr un equilibrio entre el cuidado del paciente y su vida personal.

Con base a esto, la investigación se compone de los siguientes capítulos: el primero es el planteamiento del problema, se plantea la situación problemática en general, donde se contextualiza el tema en relación a los diferentes cambios sociales, económicos y su relación con el tema de investigación, además se delimita el problema para finalizar con el

enunciado del problema. En la justificación se explican las razones del porqué de la investigación, los objetivos que la guiarán y las preguntas de investigación.

En el segundo capítulo, marco teórico, se describe tanto la historia de la Diabetes Mellitus, como de las emociones, explicada desde la perspectiva histórica; en los antecedentes se plantean investigaciones que se han realizado en relación al tema. Además, se plasma el marco teórico conceptual, donde se definen conceptos relevantes de la investigación como: Diabetes Mellitus tipo 2, emoción, alteración emocional tanto para pacientes como cuidadores. De igual forma, se enfatiza las alteraciones emocionales tanto en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores.

El tercer capítulo está conformado por el marco metodológico en el cual se describe el tipo de investigación, la población y los criterios de inclusión, los métodos y técnicas que se utilizarán, en este apartado se describen los diferentes instrumentos que se aplicaron, así como el procedimiento, que incluye como se organizó el grupo en el tiempo y en qué momento se aplicaron los instrumentos, al mismo tiempo se explica cómo se procesa la información.

Posteriormente, en el cuarto capítulo, se incorpora el análisis de los resultados obtenidos en la investigación.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones, asimismo los anexos en los que se incluyen los instrumentos de investigación validados, las matrices con el vaciado de información y la propuesta psicoeducativa.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción del problema**

En el siglo XX en El Salvador han ocurrido muchos sucesos que han marcado en gran medida a la población, uno de los hechos que aún se encuentra en la memoria de los salvadoreños es lo vivido durante la guerra (1979 - 1992), entre el ejército y la guerrilla (Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional – FMLN). Tras 12 años y numerosos intentos por acabar con la guerra y el gran sufrimiento de la población, finalmente se logra el 16 de enero de 1992 en Chapultepec, México, entre el gobierno de Alfredo Cristiani y el FMLN la firma de un acuerdo que pondría fin a la guerra a partir del 1 de febrero del mismo año.

Sin embargo, para Carcach (2017), los Acuerdos de Paz solamente fueron un acuerdo político, ya que la violencia continuó. Según Carcach Carlos, no se le dio la importancia a todas esas redes criminales que se desarrollaron durante la guerra que tenían que ver prácticamente con el contrabando de cualquier cosa: armas, medicinas y quién sabe qué cosas más para utilizarlas durante el conflicto (Martinez Lilian, 2017, párr. 10).

A pesar de que muchos salvadoreños radican en EE.UU. y las remesas que estos envían representan gran parte del crecimiento económico actual del país, en comparación con otras naciones este ha sido bajo, provocando que las deudas adquiridas por los gobiernos sean insostenibles. Según Pleitez William (2014), “el 61% de la población habitan en viviendas con carencias y además un tercio de la población carece de acceso domiciliario de agua y uno de cada 10 carece de energía eléctrica en sus viviendas” (p. 18).

El nivel de pobreza y la falta de empleo han provocado que en el país, aumente nuevamente la cantidad de personas que emigran hacia EE.UU y otros países como una estrategia familiar de supervivencia. Sin embargo, a pesar de que la situación económica es uno de los principales problemas del país, este es superado por los altos aumentos en el nivel de delincuencia, en especial la delincuencia pandilleril. Según Pleitez William (2014), este tipo de delincuencia está deteriorando el potencial de los tres ámbitos de transformación de capacidades; en el hogar, la nueva generación de familias poseen progenitores

pandilleriles; en la escuela se ha dado un deterioro de la figura docente como autoridad y pasó de ser un espacio de protección a uno de riesgo, provocando deserción; y en cuanto al trabajo, obtienen dinero fácil a través de extorsiones, lo que provoca desincentivo de la actividad económica y desconfianza empresarial discriminando a los jóvenes (p. 38).

Todos los problemas mencionados anteriormente han ocasionado daños en la salud mental y física de las personas, permitiendo el surgimiento de diversas enfermedades; dentro de estas se encuentra la Diabetes Mellitus, en el caso de las personas diagnosticadas con esta enfermedad estos problemas son factores que pueden repercutir en su salud mental, estos podrían experimentar un desajuste emocional, lo cual les llevaría a un estancamiento o empeoramiento en su salud. Por otro lado, la situación económica es un factor de preocupación, puesto que en el caso del paciente diabético, el hecho de que no cuente con los recursos económicos para obtener el medicamento que necesita es una situación de crisis, ya que de no tenerlo su salud empeora y si a esto le sumamos que el sistema de salud pública no cuentan con el medicamento más adecuado para proporcionarlo, conllevará a generar problemas a nivel físico e igualmente conflictos emocionales en el paciente diagnosticado.

Debido a esto, es importante conocer sobre la Diabetes Mellitus y lo que implica el padecerla. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016); “la Diabetes Mellitus es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina, (hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce” (p. 2).

El padecer esta enfermedad crónica, puede desencadenar el apareamiento de nuevas enfermedades, esto debido a que:

Todos los tipos de diabetes pueden provocar complicaciones en muchas partes del organismo e incrementar el riesgo de muerte prematura. Entre las posibles complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebro vasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos (Ídem).

Entre los tipos de Diabetes Mellitus están: la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), en la que el páncreas deja de producir insulina; por lo tanto, la glucosa en sangre no puede entrar a las células para hacer usadas como energía. Las personas con este tipo de diabetes necesitan

insulina todos los días para controlar los niveles de glucosa. Por otro lado, se encuentra la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), en la que el páncreas no produce la cantidad suficiente de insulina o el cuerpo deja de usar la insulina adecuadamente. Según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013),

(...) la mayoría de personas con este tipo no requieren, por lo general, dosis diarias de insulina para sobrevivir; muchas personas pueden controlar su enfermedad a través de una dieta sana y una mayor actividad física, y medicación oral. Sin embargo, si no son capaces de regular sus niveles de glucosa en la sangre, puede que tengan que utilizar insulina (p. 23).

Asimismo, otro tipo es la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):

(...) tiende a ocurrir tarde en el embarazo, por lo general alrededor de la semana 24. La condición se produce debido a que la acción de la insulina es bloqueada, probablemente por las hormonas producidas por la placenta, provocando insensibilidad a la insulina (también conocida como resistencia a la insulina)(...) normalmente desaparece después del nacimiento. Sin embargo, las mujeres que han padecido DMG tienen un mayor riesgo de desarrollar DMG en embarazos posteriores y desarrollar DM2 más adelante en la vida (Ídem).

La Diabetes Mellitus está incrementándose de manera alarmante en todo el mundo. Según la OMS, al menos 422 millones de personas tienen diabetes y en El Salvador no es la excepción. Diversas investigaciones demuestran que cerca de 800,000 salvadoreños padecen diabetes, según encuestas realizadas por la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI, 2011), con una prevalencia en San Salvador del 9.69%, en San Vicente 12.5% y en San Francisco Gotera 13.3%.

Asimismo, según estadísticas del boletín epidemiológico semana 08 del Ministerio de Salud (MINSAL, 2015), hasta el 2014 se notificaron 13,298 casos de Diabetes Mellitus (DM), de los cuales el MINSAL notificó 10,015 casos y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) 3,069, siendo estas dos entidades las que atienden mayor número de casos.

## **1.2.Delimitación del tema**

En Santa Ana, a partir de los datos del boletín epidemiológico antes mencionado, se contemplan 1,067 casos de Diabetes Mellitus, en el Hospital San Juan de Dios se

contabilizaron un total de 917 ingresos y 109 personas que murieron a causa de esta enfermedad. Del total de egresos hospitalarios para el año 2014 a nivel nacional, el 71% son personas mayores de 50 años de edad. En base a tales cifras la Diabetes Mellitus ocupó en el 2015, el primer lugar de consulta del total de enfermedades metabólicas y de la nutrición vigiladas.

Del mismo modo, según un informe sobre Diabetes Mellitus e hipertensión arterial, presentado por la División Monitoreo y Evaluación del ISSS (2012), indicó que la población adulta en tratamiento para el control de la glucemia era de 55,329 equivalente al 4.1% de la población adscrita, de los cuales 16,890 corresponden a Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) y 38,439 a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), de estos se reportan en la zona occidental 2,673 personas en tratamiento de DM1 y 6,284 de DM2.

Estos datos demuestran que la Diabetes Mellitus es una de las principales enfermedades metabólicas que afecta a la población salvadoreña, presentando mayor cantidad de casos en DM2. “Según la OMS (...) el incremento de la prevalencia en este tipo está relacionado a la herencia genética y a factores como el estilo de vida que lleva a la obesidad, cerca del 90% de los diabéticos tienen sobrepeso y obesidad” (Citado por Vaquero Flavio, 2007, p. 6).

La DM2 conlleva un fuerte impacto tanto físico y psicológico, ya que los pacientes sufren un cambio drástico en su estilo de vida rutinario, lo que implica el hecho del monitoreo de la glucosa, suministro de medicamentos orales, e insulina o una combinación de ambos. Además de los medicamentos para controlar la diabetes, es posible que necesite tomar otros fármacos que ayuden con otros problemas comunes tales como: el colesterol alto o la presión arterial alta.

El paciente diabético también deberá seguir un plan de alimentación más saludable, tendrá que limitar aquello que anteriormente disfrutaba pero que ahora con la diabetes deberá eliminar o reducir en porciones, a fin de controlar su glucosa en la sangre y lograr otras metas como la reducción del colesterol, y el control de su presión arterial. Por otro lado, tendrá que adherir una rutina de ejercicio periódico, lo cual será difícil si no tiene el hábito de ejercitarse, no obstante, el realizarlo ayudará a disminuir la glucosa en la sangre,

también a conservar un peso idóneo, aumentar su fuerza y flexibilidad en los músculos; finalmente, tendrá que aprender todo lo relacionado a su enfermedad y estar en constante control para mantener un equilibrio en su salud.

Los múltiples cambios que sufre el paciente en su estilo de vida pueden ocasionar duelo, debido al sentimiento de pérdida de la salud, generando un desequilibrio emocional al no estar preparado para convivir con las limitaciones provocadas por la cronicidad que conlleva la enfermedad; en ese sentido la actitud que asuma el paciente es importante:

La conducta del paciente puede ser el aspecto clave que permita una mejora, un estacionamiento o un empeoramiento de crueles consecuencias y, por ello, ocupa un papel central que, con frecuencia, es ignorado o minusvalorado a favor de los aspectos puramente médico o clínicos de la enfermedad (Pérez Marino, Fernández José, Fernández Concepción y Vásquez Isaac, 2003,2006, p. 220).

El curso de la enfermedad dependerá de la fortaleza emocional que tenga el paciente para afrontar y superar esa crisis o hundirse en su enfermedad, además de contar con apoyo por parte de un cuidador quien cumple un papel fundamental en la vida del paciente diabético.

Según Pérez Marino et al. (2003,2006),

El estigma social de sentirse “un enfermo crónico”, alguien diferente, y el miedo a ser tratado como tal pueden ser otras fuentes de impacto psicológicos (...) de tal forma que algunos pacientes pueden reaccionar ocultando su condición para impedir ser tenido por alguien “distinto”, anhelo de normalidad que puede poner en peligro la necesaria adherencia al tratamiento (p. 218).

Se debe tener en cuenta que a estos problemas se añaden las diversas presiones sociales a las que deberá enfrentarse. El "estigma" de estar enfermo y considerarse diferente a los demás, así como luchar con el desconocimiento y las ideas erróneas que las personas cercanas tengan sobre la diabetes puede afectarle emocionalmente. La pérdida de la autoestima frecuentemente se presenta cuando el paciente empieza a verse a sí mismo de la manera como él piensa que los demás lo ven. Siente que la gente a su alrededor lo considera inútil y es posible que empiece a sentirse como tal.

Es necesario recalcar que en el país es difícil esta situación, pues existe un desconocimiento general de lo que es la Diabetes Mellitus tipo 2; este desconocimiento

conlleva a que las personas no se alimenten de manera adecuada, no posean el hábito de hacer ejercicios y mantener el peso adecuado; esto como parte del estilo de vida. El paciente no es consciente de lo que vive, no es disciplinado y por lo tanto, no tiene autocontrol. En efecto, la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida es el reto más difícil a vencer, el no hacerlo generará frustración y esto podría conllevar a alteraciones emocionales en el paciente.

El impacto del diagnóstico, el cambio drástico en el estilo de vida y el tratamiento provocan respuestas psicológicas; estas también podrían depender del trato que brindan las instituciones en donde el paciente asista a su control, de la importancia que esa institución le dé a la enfermedad y la manera en cómo el médico exprese el diagnóstico; también, de la valoración que haga el paciente a cerca de su condición, esto está relacionado con las variables de personalidad, la fortaleza emocional y la resiliencia que las personas desarrollan durante toda su vida.

Según Pérez Marino et al. (2003,2006) los primeros problemas pueden aparecer con el diagnóstico; una enfermedad cuya aparición resulta incomprensible para muchas personas porque desconocen de la enfermedad y por lo tanto no comprenden la magnitud de esta o les es difícil aceptar su condición, de modo que el afrontamiento del diagnóstico y el cambio en el estilo de vida se convierten en los primeros objetivos de atención psicológica (p. 217).

En condiciones de esta naturaleza, contar con apoyo social, sentirse querido y apreciado, de manera incondicional, es lo más significativo de todo. Según Cohen & McKay (1984),

Al entender el apoyo social como un protector frente al padecimiento de ciertas alteraciones de carácter psicológico, lo han formulado en términos de mecanismos a través de los cuales las relaciones interpersonales pueden proteger a un individuo de la patología inducida por el estrés (Como citó Roales-Nieto Jesús, 2004, p. 218).

Por lo tanto, ante esta situación es necesario el apoyo de una persona que asuma el cuidado del paciente con diabetes, es decir, un cuidador quien será el encargado de atender las necesidades y dar un acompañamiento continuo al paciente. Además de cumplir un

papel importante en el progreso de esta función, deberá informarse en relación a la enfermedad y sus complicaciones.

El cuidador debe ser una persona activa, que deberá aprender a identificar las necesidades del paciente, debe darle tiempo y espacio, saberle escuchar cuando este le necesite, ayudar a tomar decisiones con responsabilidad, pero a la vez, debe brindarle confianza al paciente de manera que él también pueda aprender y tenga responsabilidad sobre lo relacionado a su enfermedad.

El cuidar de una persona con enfermedad crónica como lo es la DM2 no es una tarea fácil, llega de manera inesperada, requiere de tiempo y dedicación. Es una responsabilidad que puede agobiar al cuidador, puesto que debe ajustarse de cierta manera al nuevo estilo de vida del paciente al modificar aspectos en su vida para realizar un acompañamiento adecuado. Además, debe autocuidarse dado que por dedicarse al cuidado de la salud del paciente este puede descuidar su propia vida. Por tanto, es de suma importancia que sepa afrontar sus emociones, identificar sus propias necesidades y mantener un equilibrio en su vida, de lo contrario, su salud puede verse afectada debido a las muchas circunstancias en las que se verá inmerso derivadas de la enfermedad del que cuida.

Indiscutiblemente, así como para el paciente el ser diagnosticado con esta enfermedad produce un impacto psicológico, de igual manera es para el cuidador el saber del diagnóstico, puesto que puede ser incomprensible y difícil de asimilar pues debe aprender a manejar sus implicaciones; además de dar acompañamiento en el proceso de esta enfermedad. Es una situación difícil ya que este puede ser o no un familiar, es decir, una persona cercana al paciente con DM2. Por lo tanto, puede verse afectado, pues ser cuidador de un enfermo no es fácil, no hay una manera correcta de cuidar a otra persona y no todas las personas pueden ser capaces de tener la paciencia necesaria para cuidar de alguien.

Dicho de otra manera, el cuidado de una persona en este caso de un paciente con DM2 puede depender de la personalidad del que cuida. Si el cuidador ve la enfermedad como algo catastrófico el paciente lo verá de la misma manera; no ayudará si se centra en aspectos negativos, por el contrario, hará más difícil la situación. Por ello el papel de cuidador requiere estabilidad emocional y la habilidad de luchar con las presiones de las

necesidades del paciente como con sus propias necesidades. Se trata de que el cuidador le ayude a vivir cada día de la mejor manera posible, que le ayude a adaptarse al tratamiento, a los cambios en el estilo de vida siendo parte de estos, motivarle a lograr un equilibrio y bienestar en su salud física y mental, sin descuidar su vida.

Sin embargo, en caso de que el cuidador no tome en cuenta lo importante que es su bienestar para ayudar de mejor manera a quien está a su cargo, las consecuencias podrían ser la aparición de afectaciones físicas y psicológicas que propiciarían la aparición de alteraciones emocionales. Por ello, es necesario que el cuidador cuente con el apoyo de alguien, ya que es importante que conozca alternativas que le ayuden en el mantenimiento de un equilibrio emocional estable frente a circunstancias difíciles.

Por consiguiente, las personas que padecen DM2, así como también sus cuidadores, se ven enfrascados en una serie de cambios que surgen inmediatamente con el diagnóstico de la enfermedad, los que son acompañados por afectaciones de índole psicológica y emocional que resultan determinantes en la efectividad o fracaso del tratamiento, ya sea si estas resultan ser positivas o negativas, las cuales dependerán en gran medida de la actitud que la persona posea respecto a tal situación.

Según Fletcher Peter (1978), “cuando el curso constante de la vida es interrumpido por suceso que amenaza nuestra seguridad o felicidad, necesitamos de todos nuestros recursos energéticos para hacerle frente” (p. 89). Y al tratarse de una enfermedad, aunque se cuente con la energía física se pierde el deseo de utilizarla y se genera un estado que Fletcher Peter lo define como “tensión negativa” que puede describirse como pena, apatía o dolor. Dándole a esta tensión un nombre que va a depender de la valoración que la persona le dé según las circunstancias en las que se produce (Ídem).

Es necesario que tanto el paciente diabético como su cuidador tome conciencia de su situación, la acepte y aprenda a sobrellevarla, de lo contrario sufrirán alteraciones emocionales; puesto que al no tener el interés necesario para prevenir e intervenir sobre esta se producirán daños en la salud física y psicológica.

A pesar de las diversas investigaciones sobre la DM2, se le da poco énfasis al aspecto psicológico que conlleva la enfermedad y sus consecuencias en la vida del paciente y su

cuidador, por consiguiente, es necesario realizar un proceso investigativo para indagar las alteraciones emocionales que experimentan, tanto pacientes como cuidadores a fin de proporcionar alternativas que generen un afrontamiento favorable de la enfermedad.

Con base a esta premisa es que surgió la interrogante de la investigación: ¿cuáles son las alteraciones emocionales en pacientes entre los 50 a 70 años de edad cronológica, diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores de Policlínica de Atención Integral de Santa Ana, en el periodo comprendido de febrero a diciembre de 2017?

### **1.2.1. Delimitación espacial**

La presente investigación se realizó en la ciudad de Santa Ana, municipio de Santa Ana, específicamente en la Policlínica de Atención Integral con usuarios del Hospital San Juan de Dios.

### **1.2.2. Delimitación temporal**

La investigación se desarrolló entre los meses de febrero a diciembre de 2017.

### **1.2.3. Delimitación social**

- Pacientes entre los 50 a 70 años de edad cronológica diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Cuidadores de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2.

## **1.3. Justificación**

Actualmente, la Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónicas cuyo aumento es acelerado, el cambio en la vida de las personas es considerado drástico en el sentido que tiene que desaprender y aprender nuevos hábitos tanto de alimentación como de la actividad física; significa entonces que después de poder ingerir cualquier tipo de alimentos el paciente tiene ahora que limitarse a unos tipos de alimentos y reducción de las

porciones según lo indique su médico, pasar de tener una vida sedentaria a establecer un plan específico de ejercicios que le permita mantener sus niveles de azúcar y evitar complicaciones en su salud, los controles médicos son fundamentales e igual las reuniones que se hacen mensualmente para informar sobre formas sanas de llevar su vida; esto puede generar en los pacientes al inicio incertidumbre y una sensación de pérdida, en el sentido que la persona ve como toda su vida que anteriormente llevaba tiene que modificarse para llevar un estilo de vida acorde a las exigencias de la diabetes, de igual forma la persona que toma el rol de cuidador altera su vida en las diferentes áreas, por ser quien está pendiente de que el paciente siga todas las indicaciones médicas. Al igual que el paciente también al cuidador le puede suscitar sentimientos de incertidumbre y pérdida en relación a la vida que antes llevaba.

Hasta el momento las investigaciones realizadas le dan más realce al área médica, debido a las complicaciones y el tratamiento que se debe seguir ante la evolución de la enfermedad, dejando de lado el aspecto emocional y sus efectos en la vida del paciente y su cuidador. Por lo tanto, la finalidad de esta investigación fue develar la importancia del factor emocional, ya que a pesar de las diversas investigaciones y sus resultados se sigue obviando el papel fundamental que tiene el área emocional sobre esta enfermedad. Las personas dan más atención a las condiciones físicas, sin darse cuenta que lo emocional también es una condicionante de la mejora o el empeoramiento de su estado de salud.

De igual manera, la investigación pretendió que todo el personal involucrado en el abordaje de la Diabetes Mellitus tuviera conciencia de la relevancia de lo emocional como parte del tratamiento integral que va desde la aceptación del diagnóstico, la evolución y las secuelas que la Diabetes Mellitus tienen en la vida de las personas, como perder la vista, perder un miembro del cuerpo o la insuficiencia renal y que por lo tanto no se deje únicamente como un factor secundario.

El tema alteraciones emocionales en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores es importante, debido a la escases de las investigaciones que se han realizado; por tanto, es de suma importancia ya que cada año son más las personas que son diagnosticados con esta enfermedad que puede desencadenar complicaciones a lo largo de la vida, lo que hace indispensable la atención psicológica que facilite estrategias que

ayuden a afrontar las alteraciones emocionales que surgieron tanto en el paciente como su cuidador. Y para una adaptación sana desde el diagnóstico, tratamiento y favoreciendo una evolución positiva de la enfermedad.

Otra razón de importancia en esta investigación es que se tomó en cuenta el rol del cuidador como una persona que es esencial en todo el abordaje de la enfermedad, que puede sufrir también alteraciones emocionales y es fundamental que se le dé la atención psicológica debida y primordial como al paciente. Esto se debe a que su rol no se reduce a un acompañante sino como alguien que necesita hacer cambios en su vida como el paciente y el cual cumple un papel activo para identificar las necesidades del paciente y ayudar a tomar decisiones con responsabilidad. Lo que implica que debe manejar conocimientos sobre los medicamentos y su respectiva dosis, la utilización del glucómetro, jeringas, curaciones, monitoreo del control de las citas médicas, la regulación de los cambios en la alimentación, la actividad física, así como ser una fuente de apoyo y motivación que ayudará al paciente a aceptar y adaptarse a su nueva condición.

Otro aspecto importante de esta investigación es que se realizó en un contexto salvadoreño, ya que las diferentes investigaciones son a nivel internacional, tomando en cuenta que son otras realidades, condiciones socio-económicas y políticas de salud y que esto condiciona los resultados y por supuesto las pautas de intervención. Por lo que se enfatiza que el estudio se llevó a cabo con pacientes y cuidadores que asisten a las jornadas de educación diabetológica de la Policlínica de Atención Integral pero que son usuarios del Hospital San Juan de Dios.

Con base a todo lo anterior, la investigación se benefició con la elaboración de una propuesta psicoeducativa con el objetivo de ayudar a pacientes y cuidadores a reconocer la importancia del auto cuidado y desarrollar actitudes necesarias para lograr una calidad de vida sana y elaborar estrategias asertivas y resilientes para enfrentar el diagnóstico y evolución de la diabetes.

### **1.3.1. Alcances**

En la presente investigación se pretendió:

- a) Brindar una explicación que aborde de manera integral el estudio de las alteraciones emocionales en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2.
- b) Aportar una explicación más amplia que permitiera profundizar acerca del apareamiento de alteraciones emocionales en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus entre los 50 a 70 años de edad cronológica.
- c) La investigación aportó un conocimiento profundo sobre las alteraciones emocionales en los cuidadores de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2.
- d) Se elaboró una propuesta psicoeducativa con el fin de ayudar a pacientes y cuidadores a través de estrategias de autocuidado y de afrontamiento en el diagnóstico y evolución de la enfermedad.

### **1.3.2. Limitantes**

- a) Las investigaciones realizadas en el país sobre alteraciones emocionales en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores son escasas, lo que se constituyó en una limitante teórica.
- b) Los resultados que se obtuvieron no podrán ser generalizados debido a que la investigación que se realizó es de tipo cualitativa.

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. General**

- Indagar las alteraciones emocionales en pacientes entre los 50 a 70 años de edad cronológica, diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores de

Policlínica de Atención Integral de Santa Ana, en el periodo comprendido de febrero a diciembre de 2017.

#### **1.4.2. Específicos**

- Identificar cómo los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores afrontan emocionalmente el diagnóstico y la evolución de la enfermedad.
- Identificar cómo influye el factor emocional para que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores se adapten a los cambios en el estilo de vida.
- Caracterizar las principales alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores de Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.
- Puntualizar los factores personales y sociales que tienen mayor influencia en el desarrollo de alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores.
- Proponer un programa psicoeducativo para los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores en una ayuda adecuada a la enfermedad.

#### **1.5. Preguntas de investigación**

- ¿Cómo los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores afrontan emocionalmente el diagnóstico y la evolución de la enfermedad?
- ¿Cómo influye el factor emocional para que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores se adapten a los cambios en el estilo de vida?
- ¿Cuáles son las principales alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores de Policlínica de Atención Integral de Santa Ana?
- ¿Qué factores personales y sociales tienen mayor influencia en el desarrollo de alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores?

- ¿Cómo influye en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 tener un cuidador para el afrontamiento de la enfermedad?
- ¿Cómo influye emocionalmente en el cuidador estar a cargo de un paciente con Diabetes Mellitus tipo 2?

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Marco histórico

#### 2.1.1. Historia de la Diabetes Mellitus

En la actualidad, la Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas que presenta más padecimientos a nivel mundial y cada día la cifra de personas que la padecen se ve en aumento; sin embargo, esta data desde la antigüedad.

Los primeros indicios que se tiene acerca de la DM surgen aproximadamente en el año 1535 a.C. en el papiro de Ebers<sup>1</sup>; en este se caracteriza la enfermedad por la abundante excreción de orina, así como varios remedios y medidas para combatirla, figurando entre éstas las restricciones dietéticas, al respecto exponen Nuño Patricia, Panduro Arturo, y Chiquete Erwin (2001) que:

Otros escritos antiguos pertenecen al año 600 a.C., atribuidos al hindú Súsruta, donde se describe a la “enfermedad de la orina de dulce”, distinguiéndose dos formas de ésta: una asociada a obesidad, inactividad y vida sibarita; y otra a emaciación<sup>2</sup> (p. 3).

Más tarde, el escritor romano “Cornelio Celso (30 a.C. a 50 d.C.) describió también la enfermedad, destacando la poliuria y la emaciación que sufrían los diabéticos” (Idem), siendo “el primer autor que describe la enfermedad, en el siglo I a. de C., designándola con el nombre de *urinae nimia profusio* (flujo de orina) y observando que la orina se evacua sin dolor y va acompañada de fuerte demacración” (Diaz J., 2004, p. 30).

En cuanto a la etiología del termino “*diabetes*”,

Es un vocablo de origen griego (día: a través; betes: pasar) que hace alusión a la excesiva excreción de orina que semeja a un sifón. Este concepto se le

---

<sup>1</sup>El Papiro de Ebers es uno de los más antiguos tratados médicos conocidos. Fue redactado en el antiguo Egipto, cerca del año 1500 a. C. Fue comprado por el egiptólogo alemán Georg Ebers, al que debe su nombre y su traducción. Se conserva actualmente en la biblioteca universitaria de Leipzig.

<sup>2</sup>Del lat. emaciãre 'debilitar'. f. Med. Adelgazamiento morboso (RAE, 2014).

atribuye a Areteo de Capadocia (s. II d. C.) (...) también distinguió entre la diabetes de orina dulce (mellitus; vocablo latino que significa “de miel”) y la que no tenía tal sabor (insipidus) (Nuño Patricia et al., 2001, p. 3).

En la misma época, el médico griego

Galeno (siglo II d. de C.), además del término diabetes, emplea las denominaciones *dipsacon* (de *dípsa* ‘sed’, por la insaciable necesidad de beber que caracteriza a los diabéticos) y *diarrea de orina*, y considera que la dolencia se debe a una debilidad de los riñones (Diaz J., 2004, p. 30).

Con el paso del tiempo, se comenzaron a realizar descubrimientos acerca de la diabetes en muchos otros países, tales como China, Arabia Saudita, España y en Suiza con el famoso médico conocido como Paracelso (1493 – 1541), “evaporando la orina de pacientes diabéticos recobró de ella lo que llamó “sal” (Nuño Patricia et al., 2001, p. 3). Sin embargo, años más tarde en 1674, el médico inglés Thomas Willis “cuestionó a Paracelso al preguntarse cómo es que esa sal presente en la orina de diabéticos podría saber tan dulce” (Idem) esto debido a que en siglos pasados, se degustaba la orina para brindar una aproximación diagnóstica.

Además, es Willis quien introduce el término de *diabetes mellitus* (mellitus; vocablo latino que significa “de miel”), término en inglés que se ha mantenido a lo largo del tiempo, sin utilizar una variante en español, que se traduce como *diabetes sacarina* y *diabetes azucarada* (Diaz J., 2004 y Nuño Patricia et al., 2001). De igual manera, en base a esto se inicia con el tratamiento basado en recomendaciones dietéticas.

A partir de estos descubrimientos realizados por Willis, otro médico inglés llamado Mathew Dobson que, en 1775, reconoció que el material dulce que se encontraba inmerso en la orina era azúcar y luego de realizar estudios en grupos de pacientes determinó que tenían azúcar en la sangre y en la orina; además, Dobson “pensaba que el azúcar se formaba en la sangre por algún defecto de la digestión, limitándose los riñones a eliminar el exceso de azúcar” (“Capítulo 2. Diabetes Mellitus”, 2005, p. 3).

Con base a lo que ya se conocía acerca de la Diabetes Mellitus, se seguían haciendo estudios con el fin de profundizar sobre el origen de la enfermedad y fue en 1788 que Thomas Cawley hace la observación de que la Diabetes Mellitus tenía su origen en el páncreas.

Tras estos descubrimientos, los estudios sobre la Diabetes Mellitus siguieron determinando nuevos conocimientos acerca de su origen, para luego enfatizarse en el mejor método para tratarla, además de los tratamientos en base a la alimentación de los pacientes diabéticos, se iniciaron experimentos que consistían en extraer sustancias del páncreas de perros que causaba hipoglucemia, sin embargo estos no fueron concluyentes y fue “el fisiólogo rumano Nicholae Paulescu (1869-1931), en 1921 reporta que un extracto pancreático al que llamó “pancréine” ocasionaba disminución de la excreción urinaria de glucosa y cetonas en perros cuando dicha sustancia les era inyectada” (Nuño Patricia et al., 2001, p. 5) sin embargo, su descubrimiento no recibió la importancia que ameritaba.

Más tarde, en 1920, tras solicitar el apoyo de J.J.R. Mcleod, para realizar investigaciones con el fin de descubrir el principio antidiabético del páncreas, Frederick Banting inicia las investigaciones junto con J.B. Collip y un estudiante de medicina de nombre Charles H. Best, asignado por Mcleod, para desarrollar mejoras en el aislamiento de una sustancia del páncreas de perros, lográndolo en 1921, el cual fue nombrado como *isletín*, lo que ahora conocemos como insulina. Este extracto fue administrado por primera vez en 1922 a un paciente diabético de 14 años de edad, otorgándole una mejora significativa a su salud; este descubrimiento dio paso a que se les otorgara un Premio Nobel en 1923. El descubrimiento de la insulina dio paso a numerosas investigaciones alrededor de esta, las cuales concluyeron en que debía ser una proteína (Nuño Patricia et al., 2001 y FID, 2015).

Consecuentemente se realizaban estudios sobre la etiología de la Diabetes Mellitus, sin embargo:

Desde aproximadamente 1889 hasta 1930 la concepción etiopatogénica de esta enfermedad estuvo dominada por la simple idea de una deficiencia del principio antidiabético del páncreas; esta hipótesis cambió en los 15 años posteriores al descubrimiento de esta hormona. En 1936 Himsworth publicó un artículo de época en el que describe un método para cuantificar la capacidad de la insulina para mediar la captación de una carga de glucosa, basado en la administración de glucosa oral e insulina subcutánea. Himsworth concluyó que había dos tipos de diabetes, las cuales definió como DM sensible y no sensible a insulina (Nuño Patricia et al., 2001, p. 5).

A partir de lo descubierto por Himsworth, se iniciaron intentos por clasificar la enfermedad de manera diferente, no obstante, para diferenciarlas se siguió la misma línea de dependencia de la insulina para la supervivencia. Y conforme con:

La distinción hecha por Himsworth de pacientes con hiperglucemia en dos síndromes, fue reconocida por el Grupo Nacional de Datos de Diabetes (National Diabetes Data Group) en 1979 (11) como DM tipo I (o DM dependiente de insulina) y tipo II (o DM no dependiente de insulina), ahora conocidas como DM tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2) respectivamente. En 1980 el Comité Experto Sobre Diabetes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y después el Grupo de Estudio Sobre DM de la OMS aprobaron las recomendaciones del Grupo Nacional de Datos de Diabetes (Nuño Patricia et al., 2001, pp. 5-6).

Siendo esta una de las principales clasificaciones de DM que se mantiene en la actualidad.

Hoy en día, gracias a los desarrollos de la ciencia y a tecnología se han determinado nuevos avances de la DM con respecto a su tipología, etiología, mecanismos fisiopatológicos, aproximación diagnóstica y terapéutica, esto de acuerdo a las características propias de cada individuo.

Tras todos estos conocimientos y el alarmante aumento de personas diagnosticadas con DM, la FID y la OMS instauraron en 1991, el día mundial de la diabetes. Este se celebra el 14 de noviembre en honor al nacimiento de Fredeick Banting, a quien le surgió la idea que lo llevo junto con sus colaboradores al descubrimiento de la insulina que actualmente es clave para el tratamiento de pacientes con diabetes.

El día mundial de la diabetes se celebró por primera vez el 2007, con el propósito de dar a conocer las causas, los síntomas, el tratamiento y las complicaciones asociadas a la enfermedad, así como un método de prevención de la misma.

### **2.1.2. Historia de las emociones**

Wenger, Jones y Jones sostenían que (como citó Chóliz Mariano, 2005): "*Casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla*" (p. 3).

La primera teoría de la emoción fue enunciada por Platón (428-347 a. de C) en el Filebo (es un diálogo platónico que trata sobre el rol del placer y la inteligencia en la vida conducida por el bien). Platón contrapone en el diálogo entre Sócrates y Protarco el dolor y el placer. Dividió mente y alma retomando los dominios cognoscitivos, afectivo y del apetito. Actualmente la trilogía básica de Platón que es razón, apetito y espíritu hace correspondencia en psicología a la cognición, motivación y emoción.

La teoría clásica más completa es la desarrollada por Aristóteles en su obra "retórica". Para Aristóteles la emoción es toda afección del alma acompañada de placer o de dolor, y en la que el placer y el dolor son la advertencia del valor que tienen para la vida el hecho o la situación a la que se refiere la afección misma. Así las emociones pueden considerarse como la reacción inmediata del ser vivo a una situación que le es favorable o desfavorable inmediatamente en el sentido de que esta condensada y, por así decirlo, resumida en la tonalidad sentimental, placentera o dolorosa, la cual basta para poner en alarma al ser vivo y disponerlo para afrontar la situación con los medios a su alcance (Casado Cristina & Colomo Ricardo, 2006, p.2).

Como lo mencionado anteriormente, fue Platón el primero en dar el enunciado sobre emociones, pero con el paso del tiempo se propusieron diferentes enfoques muy importantes para la historia de esta temática, en los cuales varios autores como Charles Darwin, William James, Carl Lange, Walter Cannon, Phillip Bard, Magda Arnold, Palmero, y Daniel Goleman han brindado valiosos aportes que se transformaron en una contribución muy significativa al conocimiento científico sobre las emociones.

Así, Charles Darwin (como se citó en Souza L., 2011) fue uno de los pioneros en estudiar las emociones humanas en su célebre obra "La expresión de las emociones en los animales y en el hombre". Enfocó el papel adaptativo y hereditario de las emociones, describiendo cómo las emociones son asociadas a las expresiones faciales. Señaló que las emociones son puestas de manifiesto de diversas maneras, a través de los gestos o movimientos de las facciones comunes a los hombres y a los animales (párr. 15).

(...) tanto los animales jóvenes como los viejos expresan igual sus sentimientos, que no es difícil advertir cuán sorprendente es que un perrito pequeño pueda mover la cola cuando está contento, bajar las orejas y descubrir los colmillos cuando quiere mostrarse salvaje, exactamente igual que un perro adulto; o que un gato de corta edad arquee su pequeño lomo y erice el pelo cuando se asusta o se irrita, como un gato mayor. Muchas veces, cuando dirigimos la atención hacia los gestos menos comunes en

nosotros mismos, los cuales acostumbramos a ver como artificiales o convencionales -encogernos de hombros como signo de impotencia, o elevar los brazos con las manos abiertas y los dedos extendidos en señal de admiración- quizá sintamos demasiada sorpresa ante el descubrimiento de que estas manifestaciones son innatas (Darwin, 1872, p. 35).

“Entendemos así que la corriente evolucionista tuvo interés en el estudio de las emociones partiendo de dos enfoques: el genético (estudio de la hereditariad de las emociones) y el social (función social de las emociones). La contribución de los estudios de la teoría evolucionista iniciada con Darwin sobre la expresión emocional, tuvo muchos aspectos acuñados en investigaciones posteriores (...)” (Souza L., 2011, párr. 19).

Por otro lado, William James y el filósofo Carl Lange propusieron la primera teoría fisiológica de la emoción planteando que la reacción fisiológica ante el estímulo era la que provocaba la emoción. En este sentido, para James, son esenciales los cambios en los órganos viscerales y de la musculatura estriada mientras que Lange se centra en los músculos orgánicos, sobre todo los que, en las paredes de los vasos sanguíneos, producen la vasoconstricción y constituyen el aparato visomotor. Lange incluso llegó a asegurar que los cambios vasomotores eran las emociones:

De manera independiente James y Lange propusieron la primera teoría fisiológica de la emoción. Según estos autores la corteza recibe e interpreta los estímulos sensoriales que provocan emoción y provocan cambios en los órganos viscerales (corazón, etc.), y en los músculos. Posteriormente las respuestas neurovegetativas y somáticas provocan la experiencia de la emoción en el cerebro (Ros Joseph, 2011, párr. 1). Así la aceleración del ritmo cardíaco y salir corriendo producen la sensación de emoción, y no al revés, como puede ser la forma normal de pensar según el sentido común (Ros Joseph, 2011. párr. 1).

En el estudio de la emoción esta teoría es un aporte muy importante dentro del enfoque psicofisiológico, al querer resaltar un mecanismo fisiológico para las emociones. Sin embargo, Cannon & Bard (1915) propusieron una teoría alternativa, la cual superó a la anterior en los años 1920, planteando que los estímulos emocionales tienen dos efectos emancipados; provocan independientemente el sentimiento de emoción en el cerebro, así como la expresión de la emoción en el sistema nervioso. En este sentido los teóricos Cannon & Bard hacen énfasis en que existe una interacción simultánea, entre la reacción fisiológica y la emoción.

Por otra parte, dentro del ámbito de la emoción no se puede dejar de destacar los aportes realizados por teóricos del enfoque cognitivista, como lo es Magda Arnold a la cual se le atribuyen las primeras aportaciones sobre la perspectiva cognitiva acerca de la emoción a mediados de los años 60:

Así Arnold (1960) definió la emoción como “*una tendencia hacia algo evaluado como bueno o la evitación de algo evaluado como malo*”. Fundamenta que la valoración de un estímulo percibido se refleja en el bienestar de la persona. Las emociones valoradas como positivas llevan a la predisposición del individuo hacia el estímulo que promueve la emoción, mientras que en las emociones malas hay un intento de evitarlas (Souza L., 2011, párr. 36).

A partir de lo planteado por Arnold Palmero (1997), al percibir una emoción, el bienestar de una persona está implicado en una transacción para mejorar su condición o empeorarla. Los cambios fisiológicos son importantes en el proceso emocional, pero su significado viene regulado por los factores cognitivos. En este sentido cabe destacar que la cognición es esencial en el proceso emocional, ya que se realiza una valoración que de sentido a los cambios fisiológicos que se estén experimentando.

A partir de lo expuesto se garantiza la riqueza de aportaciones que se han obtenido durante la historia para explicar la emoción, sin embargo, actualmente se cuenta con teóricos muy preparados dentro del ámbito emocional y que también han dado sus contribuciones al conocimiento de la emoción, uno de ellos es el psicólogo estadounidense Daniel Goleman, el cual plantea dentro de su libro “Inteligencia Emocional” que:

Quando los sociobiólogos buscan una explicación al relevante papel que la evolución ha asignado a las emociones en el psiquismo humano, no dudan en destacar la preponderancia del corazón sobre la cabeza en los momentos realmente cruciales. Son las emociones —afirman— las que nos permiten afrontar situaciones demasiado difíciles —el riesgo, las pérdidas irreparables, la persistencia en el logro de un objetivo a pesar de las frustraciones, la relación de pareja, la creación de una familia, etcétera— como para ser resueltas exclusivamente con el intelecto. Cada emoción nos predispone de un modo diferente a la acción; cada una de ellas nos señala una dirección que, en el pasado, permitió resolver adecuadamente los innumerables desafíos a que se ha visto sometida la existencia humana. En este sentido, nuestro bagaje emocional tiene un extraordinario valor de supervivencia y esta importancia se ve confirmada por el hecho de que las emociones han terminado integrándose en el

sistema nervioso en forma de tendencias innatas y automáticas de nuestro corazón (Goleman Daniel, 2006, p.8).

Finalmente, convendría recordar que además de estos autores, otros trabajos fueron fundamentales para la comprensión de las emociones, vista desde tantos enfoques, el estudio de la emoción trascendió eras y en la actualidad es considerado un tema destacado en el ámbito científico, siendo enfocado desde su utilidad en generar el bienestar de los individuos (Souza L., 2011).

## **2.2. Antecedentes de investigaciones sobre Alteraciones Emocionales**

Diversas investigaciones han demostrado que, al recibir un diagnóstico sobre una enfermedad crónica, los pacientes experimentan un proceso de tensión o desequilibrio emocional al verse limitados a aspectos en su vida diaria ocasionando efectos a nivel psicológico.

Laserna José, de la Universidad de Jaén; Castillo Ana, Peláez Eva, Navío Luis, Torres Carlos, Rueda Salomé, Ramírez Miguel y Pérez Miguel de la Universidad de Granada (1997) realizaron la investigación sobre “alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer”.

El objetivo de esta, fue estudiar las alteraciones emocionales, centrándose en la depresión y la ansiedad que sufren los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer, así como el papel del apoyo social y la autoeficacia como variables moduladoras en la aparición de dichas alteraciones emocionales.

Los resultados mostraron que los familiares-cuidadores de Alzheimer presentan mayores niveles de depresión y ansiedad que los familiares-cuidadores de ancianos que no padecen la enfermedad de Alzheimer y, además, presentan menor grado de apoyo social y menor cantidad de autoeficacia.

Por otro lado, en la revista de NEFROLOGÍA (2001) en Madrid se presentó la investigación sobre “Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas”.

Los objetivos de esta investigación fueron establecer la frecuencia y severidad de los síntomas físicos y de los trastornos emocionales de los pacientes en hemodiálisis y estudiar la relación entre ellos, así como su influencia sobre el estado de salud percibido.

Para el desarrollo de dicha investigación utilizaron los siguientes cuestionarios: Datos sociodemográficos y clínicos; Dimensión Síntomas del Kidney Disease Questionnaire; STAI; Beck Depression Inventory y Cognitive Depression Index; Nottingham Health Profile.

De acuerdo a estas técnicas utilizadas, los resultados manifiestan que los síntomas más frecuentes fueron cansancio, picores, piel seca, sed, dolores de huesos y articulaciones y alteraciones del sueño, que eran significativamente más frecuentes y severos en las mujeres y en los pacientes con ansiedad y depresión. Alrededor de la cuarta parte de los pacientes tenían niveles patológicos de ansiedad y cerca de la mitad síntomas cognitivos de depresión. Los trastornos emocionales se asociaban a la severidad de los síntomas y de la patología asociada (comorbilidad). Las únicas variables asociadas de forma independiente a la salud percibida, medida por el Nottingham Health Profile, eran la ansiedad y la depresión que explicaban un 47% de la varianza de su puntuación global. Una puntuación elevada en la dimensión «Reacciones Emocionales» del Nottingham Health Profile permitía detectar aquellos pacientes con niveles clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión.

Otra investigación fue la denominada “Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos”, realizada por Siqueira Denise, Dos Santos Manoel, Zanetti María y Ferronato Antonio (2003), en la cual el objetivo fue identificar las dificultades de los pacientes diabéticos en relación al tratamiento para el control de la enfermedad; donde participaron 24 pacientes diabéticos acompañados en el Centro Educativo de Enfermería para Adultos y Ancianos. Los resultados mostraron que son muchas las dificultades relacionadas al seguimiento del tratamiento: rechazo y negación de la condición de enfermo, sufrimiento y revuelta debido a las restricciones impuestas por la alimentación, actividad física y medicamentos. Es posible inferir que el enfoque de la aproximación educativa no debe restringirse apenas a la transmisión de conocimientos; también es importante que englobe aspectos emocionales, sociales y culturales que influyen en el seguimiento del tratamiento.

Según Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud de México (2004), se informó que la diabetes mellitus afecta 8 y 10% de la población mayor de 20 años pero esta prevalencia aumenta en personas entre los 40 a 50 años de edad.

En dicho país Castillo José, Barrios Pedro y Ávila Teresa llevaron a cabo la investigación sobre “Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía”. El propósito de este estudio fue medir el grado de alteración emocional de los pacientes con nefropatía diabética mediante la escala GHQ-28.

Los datos muestran que el 86% de los pacientes padece deterioro emocional. Sin embargo, aunque las cifras son altas, no se muestra interés para informar al personal de salud para que proporcionen una atención adecuada.

Entre las áreas más afectadas dentro de la escala del GHQ-28 sobresalen los síntomas somáticos, donde la afección física tiene severas repercusiones para que este tipo de pacientes realice sus actividades laborales, familiares o su adaptación a las demás impuestas de su entorno inmediato.

Por un lado, este estudio muestra que los síntomas de ansiedad e insomnio son consecuencias del deterioro paulatino de su salud al presentar signos leves o agudos de importancia física y psicológica. Por otro lado, la depresión grave se ve traducida por la pérdida de la autoestima cuando el paciente se ve a sí mismo de la manera como el piensa que los demás lo ven, es decir, siente que los demás lo consideran inútil y se siente como tal.

Los datos de este estudio revelan que los pacientes con depresión grave mostraban conductas suicidas, desde rechazar dializarse, ignorar el régimen terapéutico, infringir su régimen alimentario, la incapacidad o la insatisfacción que la enfermedad produce, entre otros.

## 2.3. Marco teórico conceptual

### 2.3.1. Diabetes Mellitus

La diabetes, según el diccionario de la Real Academia Española, proviene del latín mediev. *Diabetes*, y este del griego διαβήτης *diabētēs*, de διαβαίνειν *diabaínein* (*diá* διά gr. 'a través de' + *ban-/bē-* βαίνω, βη- gr. 'discurrir' + *-t(ēs)* gr. 'dedicado a', 'que hace') y es una enfermedad metabólica caracterizada por eliminación excesiva de orina, adelgazamiento, sed intensa y otros trastornos generales (RAE, Diccionario de la lengua española, 2014).

La Organización Mundial de la Salud define la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) (OMS, 2017).

#### 2.3.1.1. Criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus

La mayoría de personas que padecen diabetes suelen presentar durante el apareamiento de la enfermedad tres síntomas característicos, los cuales son:

- Pérdida repentina de peso
- Micción frecuente
- Sed anormal

No obstante, para poder diagnosticar a una persona con diabetes, la FID (2015), en base a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para los criterios diagnósticos para la diabetes e hiperglucemia intermedia (2006), establece que la diabetes debe ser diagnosticada cuando se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- Tolerancia anormal a la glucosa: glucosa plasmática en ayunas  $\geq 6,1$  mmol/L (110 mg/dL) y  $< 7$  mmol/L (126 mg/dL).
- Glucosa de ayuno anormal: glucosa plasmática en ayuno (si se puede practicar)  $< 7,0$  mmol/L (126 mg/dL).

- Glucosa plasmática a las 2 horas de haber bebido una solución con 75 g de glucosa de  $\geq 7,8$  mmol/L (140 mg/dL) y  $< 11,1$  mmol/L (200 mg/dL).

La Tolerancia a la Glucosa Alterada (TGA) debe ser diagnosticada si se cumplen ambos de los siguientes criterios:

- Glucosa plasmática en ayunas  $< 7,0$  mmol/l (126 mg/ dl).
- Glucosa plasmática tras dos horas 7,8-11,1 mmol/l (140 -200 mg/dl) tras una carga oral de 75g de glucosa.

La Glucosa en Ayuno Alterada debe ser diagnosticada si se cumplen ambos de los siguientes criterios:

- Glucosa plasmática en ayunas 6,1-6,9 mmol/l (110-125 mg/ dl).
- Glucosa plasmática tras dos horas  $< 7,8$  mmol/l (140) tras una carga oral de 75g de glucosa.

### **2.3.1.2. Tipología de Diabetes Mellitus**

Se pueden encontrar diferentes tipos de diabetes, sin embargo, la FID (2015) distingue como principales, tres tipos de Diabetes Mellitus (DM):

#### **➤ Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)**

La diabetes tipo 1, es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células-beta productoras de insulina en el páncreas. Como resultado, el cuerpo ya no puede producir la insulina que necesita. (...) puede afectar a personas de cualquier edad, pero la aparición normalmente ocurre en niños y jóvenes adultos (FID, 2015, p.22).

La DM1 suele aparecer de repente, produciendo en ocasiones síntomas como (Ídem):

- Sed anormal y sequedad en la boca
- Micción frecuente
- Falta de energía, cansancio excesivo

- Hambre constante
- Pérdida de peso repentina
- Visión borrosa

A pesar de presentar estos síntomas, es vital que la persona se realice la prueba de glucosa en la sangre, para definir el tipo de DM y que esta no sea confundida con otras enfermedades.

En cuanto al tratamiento, las personas diagnosticadas con DM1 precisan de un suministro ininterrumpido de insulina para poder continuar con vida. Además, pueden llegar a necesitar medicación para el control de la presión arterial y el colesterol. Sin embargo, “con un tratamiento diario de insulina, monitorización regular de la glucosa en sangre, una dieta y estilo de vida sanos, las personas con DM1 pueden llevar una vida saludable” (FID, 2015, p. 23) y equilibrada.

#### ➤ **Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)**

La DM2 es el tipo más común de diabetes. Ocurre comúnmente en adultos, sin embargo, en la actualidad se ve cada vez más en niños y adolescentes. En la diabetes tipo 2, el cuerpo es capaz de producir insulina pero se vuelve resistente a ella, de modo que la insulina es ineficaz. Con el tiempo, los niveles de insulina pueden llegar a ser insuficientes. Tanto la resistencia, como la deficiencia de insulina pueden llevar a niveles de glucosa en sangre altos (FID, 2015, p.23).

Los síntomas presentes en la DM2 son (Ídem):

- Micción frecuente
- Sed excesiva
- Pérdida de peso
- Visión borrosa

Estos síntomas pueden llegar a presentarse paulatinamente y pueden tardar años en ser reconocidos, a pesar de esto, el cuerpo ya está siendo afectado por los altos niveles de glucosa en la sangre, provocando complicaciones en las personas, antes de ser diagnosticados con DM2.

Con respecto a las causas de la DM2, no se conoce exactamente cuál es, aunque existen ciertos factores de riesgo que son importantes: “Los más importantes son el sobrepeso, inactividad física y nutrición pobre. Otros factores que juegan un papel importante son la etnicidad, historial familiar de diabetes, historial pasado de diabetes gestacional y edad avanzada” (Ídem).

Por lo que se refiere al tratamiento:

(...) muchas personas con diabetes tipo 2 no requieren tratamiento diario de insulina para sobrevivir. El pilar del tratamiento de la diabetes tipo 2 es la adopción de una dieta sana, aumentar la actividad física y mantener un peso corporal normal. Varios medicamentos orales están disponibles para ayudar en el control de los niveles de glucosa en sangre. Sin embargo, si los niveles de glucosa en sangre continúan aumentando, puede que sea necesario prescribir insulina a las personas con diabetes tipo 2 (Ídem).

### ➤ **Diabetes Mellitus Gestacional**

La DMG es aquella hiperglucemia que se detecta por primera vez en cualquier momento durante el embarazo en mujeres con niveles de glucosa ligeramente elevados y suele ocurrir a partir de la semana 24. Es importante no confundirla con la Diabetes Mellitus en el embarazo que se presenta en mujeres con niveles de glucosa en la sangre sustancialmente elevados.

Los síntomas que se presentan en este tipo de diabetes son difíciles de diferenciar de los síntomas normales del embarazo, sin embargo, se pueden distinguir:

- Aumento de la sed
- Micción frecuente

Debido a lo mencionado anteriormente, es necesario que las mujeres en estado de embarazo se realicen un tamizaje mediante una prueba de “tolerancia a la glucosa entre la semana 24 y 28 de la gestación. Sin embargo, para las mujeres que presentan signos de prediabetes azúcar en la orina, obesidad e hipertensión, deben realizarse la prueba desde la primera consulta prenatal” (Vida Sana, 2016, p. 21).

Si a una mujer se le detecta hiperglucemia durante el embarazo, tiene mayor riesgo de resultados adversos durante el embarazo, que pueden ser presión arterial muy alta y macrosomía fetal<sup>3</sup> que puede dificultar y arriesgar el parto vaginal.

Un buen control de la glucosa en sangre durante el embarazo puede reducir estos riesgos y esto puede lograrse a través de una dieta saludable, ejercicio suave y monitorización de la glucosa y en algunos casos, puede recetarse insulina o medicación oral. Es importante hacer mención que:

La diabetes gestacional normalmente desaparece tras el parto. Sin embargo, las mujeres que han sido diagnosticadas con ella corren un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional en otros embarazos, así como diabetes tipo 2 más tarde en la vida. Los bebés que nacen de madres con diabetes gestacional también corren un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en su adolescencia y juventud (FID, 2015, p. 26).

### 2.3.1.3. Mitos y realidades sobre la Diabetes Mellitus tipo 2

El padecimiento de la diabetes ha generado que entre las personas se creen mitos alrededor de esta y que se han popularizado rápidamente. La Asociación Salvadoreña de Diabéticos (1996) enumera los siguientes mitos y realidades:

➤ **Mito:** La diabetes es emocional.

**Realidad:** No existe la diabetes emocional, debido a que las personas con diabetes ya nacen con la enfermedad, ya que esta es determinada genéticamente, sin embargo, hay muchos factores ambientales que pueden desencadenar o hacer que la enfermedad se manifieste.

➤ **Mito:** Una persona diabética no tolera una operación.

**Realidad:** Cualquier persona con diabetes puede someterse a una cirugía con los mismos riesgos y resultados que una persona no diabética, pese a esto, la cirugía

---

<sup>3</sup>Macrosomía fetal: un bebé significativamente más grande que la media. (FID, 2015, p. 26)

debe realizarse siempre y cuando se encuentre debidamente controlado y monitorizado antes, durante y después de la cirugía; ya que, si esto no sucede, la persona diabética puede tener dificultades para la cicatrización de heridas, traumatismos o con la predisposición a infecciones de vías urinarias o respiratorias.

- **Mito:** La insulina provoca ceguera.

**Realidad:** La insulina como tal no provoca ceguera, sino que esto sucede si la persona con diabetes no tiene un control y seguimiento de su diabetes, lo cual puede no solo provocar ceguera, sino que también la pérdida de la función de todos los órganos del cuerpo.

- **Mito:** Las personas diabéticas no deben comer frutas.

**Realidad:** Dentro de la alimentación de una persona con diabetes, la ingesta de frutas es obligatoria ya que estas contienen una gran cantidad de vitaminas y minerales que resultan indispensables para la salud de las personas. No obstante, la persona diabética debe conocer las cantidades que puede comer de acuerdo a sus posibilidades.

- **Mito:** El ejercicio es perjudicial para las personas diabéticas.

**Realidad:** Realizar ejercicio moderado como caminar, correr lento, practicar un deporte moderadamente 20 ó 30 minutos, tres o cinco veces por semana según lo indique su médico, es indispensable para el organismo ya que mejora la acción de la insulina en los tejidos haciendo que las necesidades de administración de insulina disminuyan, además hace más fácil la pérdida de peso, mejora la oxigenación de los tejidos y la función del corazón. Sin embargo, realizar ejercicio extenuante no es beneficioso para las personas con diabetes.

- **Mito:** Realizarse la prueba de la glucosa es suficiente control.

**Realidad:** Para considerar que una persona con diabetes está debidamente controlada, se deben tomar en cuenta por lo menos los siguientes parámetros médicos:

- Glucosa normal (60 – 100 mg/dl) en cualquier momento del día, sin importar si la persona está en ayunas o después de comer.
- Peso corporal adecuado para la edad, sexo y talla del paciente.
- Lípidos sanguíneos normales o en valores aceptables: Colesterol  $\leq$  a 200 mg/dl y triglicéridos  $\leq$  a 150 mg/dl.
- Presión arterial normal.
- Sin infecciones locales o sistemáticas.
- Sin complicación crónica de la diabetes.
- Haber sido educado respecto a su enfermedad de tal manera que el paciente sea el que tome responsabilidad de su vida.

Muchos de estos mitos están quedando en el pasado, esto gracias a que muchas entidades de salud se encargan de dar a conocer la información suficiente y necesaria acerca de la diabetes, así como de brindar al paciente diabético la correspondiente educación diabetológica.

#### **2.3.1.4. Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2**

Son numerosas las complicaciones que pueden surgir en personas que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y no tienen el control adecuado de su enfermedad, ya que niveles altos y consistentes de glucosa en la sangre pueden llevar al desarrollo prematuro de enfermedades serias que pueden afectar uno, varios o todos los órganos del cuerpo.

En cuanto a las complicaciones agudas de la diabetes, se tiene como principales:

➤ **Hiper glucemia:**

Consiste en la elevación del nivel de glucosa circulante en el torrente sanguíneo por encima de los niveles normales (nivel máximo 180 mg/dl). Si esta supera los mecanismos de absorción renal, se elimina la glucosa a través de la orina

provocando la pérdida de la glucosa, agua y electrolitos, manifestándose a través de sed o hambre intensa o diuresis excesiva (Perez Marino et al., 2003 – 2006,p. 216).

➤ **Hipoglucemia:**

Esta es la complicación más frecuente y de mayor impacto psicológico en las personas diabéticas y se define como un valor de glucosa en sangre inferior a 50 mg/dl, aunque esta es una cifra relativa que puede variar notablemente en cada paciente. Pueden distinguirse cuatro situaciones que se asocian a hipoglucemias: sobredosis de insulina, retraso o ausencia de la ingesta alimentaria o alimentación inadecuada, ejercicio físico desajustado e ingesta de alcohol (Pérez Marino et al, 2003 – 2006, pp. 216 - 217).

Otras de las complicaciones agudas graves de la diabetes, según Roales-Nieto y Vilchez Joya (1993) son (Citado en Pérez Marino et al, 2003 – 2006, p. 216):

➤ **Cetoacidosis diabética:**

Ocurre cuando una combinación de niveles altos de azúcar en la sangre e insulina insuficiente en el cuerpo provoca una acumulación de ácidos que se llaman cetonas. Las cetonas son tóxicas. Si no se trata, puede provocar coma diabético e incluso la muerte.<sup>4</sup>

➤ **Coma hiperglucémico:**

Implica un nivel extremadamente alto de azúcar (glucosa) en la sangre sin la presencia de cetonas.<sup>4</sup>

➤ **Acidosis láctica:**

Se presenta cuando el ácido láctico se acumula en el torrente sanguíneo más rápido de lo que puede ser eliminado.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>Definiciones extraídas de Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish>

De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes (FID) (2015), las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar numerosos problemas de salud incapacitantes y potencialmente mortales, además dentro de las principales complicaciones de la diabetes se incluyen (pp. 25 – 29):

➤ **Retinopatía:**

Se trata de un daño en la red de vasos sanguíneos que irrigan la retina, dando lugar a la pérdida permanente de visión.

Esta puede llegar a ser bastante avanzada antes de afectar la visión y por ello las personas diabéticas deben realizarse exámenes regulares de los ojos, ya que, si se detecta a tiempo, se puede realizar un tratamiento para prevenir la ceguera.

➤ **Enfermedad cardiovascular**

Esta es la causa más común de muerte e incapacidad entre las personas diabéticas.

La enfermedad cardiovascular que acompaña a la diabetes incluye:

- Angina de pecho: dolor o molestia en el pecho que se siente cuando no hay suficiente irrigación sanguínea al músculo cardíaco.<sup>4</sup>
- Infarto de miocardio (ataque al corazón): son provocados por un coágulo que bloquea una de las arterias coronarias, encargadas de llevar sangre y oxígeno al corazón.<sup>4</sup>
- Accidente cerebrovascular: suceden cuando se detiene el flujo sanguíneo al cerebro, pueden ser isquémico (es causado por un coágulo sanguíneo que bloquea o tapona un vaso sanguíneo en el cerebro) o hemorrágico (causado por la ruptura de un vaso sanguíneo que sangra hacia dentro del cerebro).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Definiciones extraídas de Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish>

Enfermedad arterial periférica: ocurre cuando existe un estrechamiento de los vasos sanguíneos fuera del corazón.<sup>4</sup>

- Insuficiencia cardíaca congestiva: condición en la cual el corazón no puede bombear la cantidad de sangre que el cuerpo necesita.<sup>4</sup>

Los factores de riesgo que contribuyen al aumento de complicaciones cardiovasculares son altos niveles de presión arterial, colesterol y niveles elevados de azúcar en la sangre.

➤ **Neuropatía**

Daño en los nervios que es causado por niveles prolongados de glucosa alta; puede afectar a cualquier nervio en el cuerpo y el tipo más común de esta es la neuropatía periférica, que afecta principalmente a los nervios sensoriales en los pies lo que puede producir dolor, hormigueo y pérdida de la sensibilidad esto último puede permitir que las lesiones pasen desapercibidas provocando la ulceración, infecciones graves y en algunos casos amputaciones.

Esta complicación es grave ya que también puede llevar a la disfunción eréctil, así como a problemas con la digestión, la micción y una serie de otras funciones.

➤ **Pie diabético**

Se trata de una mala circulación en los pies como resultado del daño en los vasos sanguíneos.

Esta condición aumenta el riesgo de ulceración, infección y amputación. Por tal motivo es importante que las personas con diabetes se examinen los pies regularmente.

---

<sup>4</sup>Definiciones extraídas de Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish>

➤ **Periodontitis:**

Consiste en la inflamación del tejido que rodea el diente. Esto les sucede generalmente a personas con poco control de glucosa y es una causa importante de pérdida de dientes y se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

La higiene bucal óptima puede prevenir la pérdida de dientes, facilitar una dieta saludable y mejorar el control de la glucosa.

➤ **Nefropatía:**

Enfermedad renal crónica causada por el daño a los vasos sanguíneos pequeños, que puede provocar que los riñones sean menos eficientes o fallen por completo.

Mantener niveles casi normales de glucosa en sangre y presión arterial reduce en gran medida el riesgo de padecer una nefropatía.

Algunas de las complicaciones principales son inevitables, pero pueden prevenirse con un buen control de los niveles de glucosa, presión arterial y colesterol.

### **2.3.1.5. Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2**

Como se ha mencionado anteriormente, la DM2 es incurable, sin embargo, existen maneras de mantener los niveles de glucosa en la sangre equilibrados.

Primeramente, la dieta y el ejercicio pueden ser eficaces, ya que esto ayuda a perder peso, además, permite a algunas personas a mantener sus niveles de glucosa en sangre dentro de los parámetros normales, así como a utilizar la insulina que el cuerpo dispone.

Sin embargo, si las personas con DM2 no logran controlar sus niveles de glucosa con dieta y ejercicio, es posible que necesite tomar tabletas para la diabetes, que bajan los niveles de glucosa en la sangre, pero que no son insulina (ADA, American Diabetes Association, 1997).

Y si en dado caso la persona diabética, aun consumiendo tabletas no logra mantener equilibrados sus niveles de glucosa, entonces será necesario que esta necesite agregar cierta

dosis de insulina a su tratamiento o reemplazar las tabletas por insulina (American Diabetes Association, 1997).

### **2.3.1.6. Estilo de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2**

El estilo de vida en las personas con DM2 es sin duda alguna el principal determinante del equilibrio o complicaciones durante la evolución de la enfermedad y es el área que sufre mayor impacto, ya que en muchas ocasiones el cambio en el estilo de vida es sumamente drástico.

Al hablar de estilo de vida, se utiliza la definición según Ardell (1979), que aplicándolo a la salud se trata de “aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud” (Como se citó en Roales-Nieto Jesús, 2004, p. 128).

A partir de esto, dentro de aquellas principales conductas sobre las que personas que padecen DM2 tienen control y puede afectar en gran medida su salud son:

- La alimentación
- Ejercicio físico
- Educación diabetológica
- Autocuidado

#### **2.3.1.6.1. Dieta**

Para las personas con DM2, la alimentación es uno de los pilares fundamentales para mantener una vida equilibrada y niveles de glucosa normales.

Para los diabéticos, la dieta más saludable según la American Diabetes Association (1997), es aquella que incluye *alimentos bajos en grasas saturadas y colesterol*, sin embargo si se consumen alimentos con grasas, se deben escoger aquellos que contengan grasas no saturadas; ya que las grasas saturadas que se encuentran en alimentos tanto de origen animal como en algunos de origen vegetal, elevan en gran magnitud los niveles de colesterol, mientras que las grasas no saturadas tienden a bajarlos. Por otro lado, el

colesterol se encuentra en los alimentos de origen animal, los que contienen un alto porcentaje de colesterol son la yema de huevo, leche entera, quesos corrientes y carnes. Además, cabe mencionar que es en los vegetales que se encuentran las grasas no saturadas, estas grasas pueden ser poliinsaturadas (aceites vegetales como de maíz, semillas de algodón, de soya y girasol) o monoinsaturadas (Aceites de oliva, aguacate, almendra y maní).

En esta misma línea, los alimentos deben contener una *cantidad moderada de proteínas*, que se obtienen de alimentos bajos en grasas, calorías y colesterol. Para obtener las proteínas necesarias se debe consumir pescado y mariscos, ya que estos tienen menos contenido de grasas saturadas y de colesterol que la carne de res; también se encuentran proteínas en las legumbres, cereales y verduras, estas últimas poseen bajo contenido de grasas, calorías y no contienen colesterol. Las nueces y semillas también tienen abundancia de proteínas y la mayor parte de su contenido graso consiste en grasa no saturada.

De la misma forma, la dieta de las personas con DM2 debe incluir un *alto contenido de hidratos de carbono complejos y fibra*. Para esto, se deben elegir frutas como manzanas, duraznos, ciruelas y uvas pasas, fresas, además de verduras que incluyan repollo, zanahorias, espinacas, papas, etc. Igualmente se deben consumir legumbres, entre estos frijoles, lentejas, soya y otros. Asimismo, cereales tales como cebada, harina de maíz, avena, trigo entero, etc. Ya que todos estos alimentos son bajos en grasas y no contienen colesterol.

La alimentación del paciente con DM2 debe ser asignada por su médico, el cual debe tomar en cuenta las necesidades alimentarias basándose en su peso, estilo de vida, tipo de tratamiento al que está sometido, si toma tabletas para la diabetes o insulina, que otros medicamentos ingiere y las metas establecidas en cuanto a la salud propia, así como las posibilidades que posea el paciente al momento de elaborar el plan alimenticio que esta persona deba seguir para mantener equilibrados sus niveles de glucosa a través de la alimentación.

### 2.3.1.6.2. Actividad física

La actividad física es otro de los elementos importantes para que las personas con DM2 puedan mantener un estilo de vida saludable, ya que el ejercicio físico es medio de equilibrio y reduce el nivel de azúcar en la sangre.

De acuerdo a ASADI (1996), la gran ventaja para los diabéticos es que el ejercicio muscular sostenido y prolongado mejora el paso de la glucosa a las células con la misma cantidad de insulina. Los *deportes* como caminatas y el ciclismo son ideales para esto. Otros deportes como el fútbol, natación, atletismo, voleibol pueden traer consigo algunos problemas que al final se resuelven bien.

Para generar actividad física, son muchos los deportes que pueden ser practicados por personas con DM2; sin embargo, deben evitarse deportes como paracaidismo, automovilismo, motociclismo, boxeo, ya que la hipoglucemia generada en la práctica de estos puede acarrear consecuencias graves. Asimismo, no deben ser practicados deportes en los que se tiende a aumentar de peso, tales como los deportes de fuerza. Los más recomendados son aquellos de duración y resistencia.

Es necesario indicar que en un inicio no se debe realizar mucho ejercicio, sino alrededor de 30 a 45 minutos, de tres a cinco veces por semana.

Si no se desea practicar algún deporte, las personas con DM2 también pueden realizar ejercicios *aeróbicos*, los cuales, según la American Diabetes Association (1997), trabajan el corazón, los pulmones, brazos y piernas mejorando el flujo sanguíneo, y reduciendo el riesgo de enfermedades cardiacas y bajando la presión sanguínea, además de reducir el nivel de colesterol y triglicéridos. Estos deben realizarse aumentando los periodos de tiempo de 20 a 60 minutos de ejercicio continuo, de tres a cinco veces por semana. Antes de iniciar con los aeróbicos es necesario realizar un calentamiento de 5 a 10 minutos y al concluir la rutina dedicar 5 a 10 minutos a enfriamiento realizando ejercicios suaves como estiramientos, caminar lentamente o montar bicicleta a un ritmo lento.

Pese a que el ejercicio físico es recomendable, es necesario que sea el médico o especialista quien indique qué tan intenso debe ser y cuál es el más indicado para que pueda

ser practicado, teniendo en cuenta su capacidad para hacer ejercicio. Al ejercitarse es recomendable hacerlo de 1 a 3 horas después de una comida o refrigerio.

### **2.3.1.6.3. Educación diabetológica**

Muchas de las personas que son diagnosticadas con DM2 no conocen mucho acerca de esta condición, y existe una deficiencia al momento de entenderla y enfrentarse a ella de la manera más adecuada.

Para ASADI (1996), la educación diabetológica es aprender a ocuparse y a convivir responsablemente con la diabetes, ya que actualmente esta es considerada como el tratamiento mismo de la diabetes, dado que no se puede hablar de tratamiento para la diabetes sin educación. Asimismo, con la educación se da inicio al proceso de enfrentamiento de la diabetes, con esto se pretende que la persona diabética acepte su condición de salud, efectúe los cambios que sean necesarios y se adapte a este nuevo estilo de vida ajustado a las demandas que implica el padecimiento de DM2.

De acuerdo al educador para la salud y diabetes, Hernández Rolando (2007), es importante que tanto las personas que adolecen la enfermedad, así como personas que tienen riesgos de desarrollarla y cuidadores de pacientes diabéticos reciban educación diabetológica, ya que las personas que asisten saben cuidarse mejor debido a que aprenden a responsabilizarse ellos mismos de su diabetes, además desarrollan conocimientos y habilidades de autocuidado para mantener una vida saludable y equilibrada.

Además, ASADI (1996) indica que se ha reconocido a nivel mundial que el diabético que vive más tiempo y con calidad de vida es aquel que conoce de su enfermedad y aplica esos conocimientos a su vida cotidiana. Por tal motivo, el control de la diabetes es un trabajo de equipo, ya que ni el médico o el diabético por si solo puede ganarle a la diabetes.

Hoy en día, ya que la educación diabetológica es considerada como un derecho de toda persona diabética, existen muchas entidades de salud que se encargan de facilitar el acceso a ella, tanto en hospitales públicos, unidades comunitarias de salud familiar, así como clínicas y hospitales privados.

#### 2.3.1.6.4. Autocuidado

El principal protagonista en el tratamiento de la DM2 es el paciente en sí. Ya que el médico puede indicar el tratamiento tanto médico, dietético y físico, sin embargo, si la persona con DM2 no está consciente y acepta su enfermedad, este terminará siendo un total fracaso.

Asociación Salvadoreña de Diabetes (1996) da a conocer ocho elementos que tienen que ver únicamente con la persona que padece DM2 y que son importantes para tener una vida plena (p. 5):

- a) **Aceptar ser diabético.** Ya que será más difícil tener un buen control si se rechaza o se niega que se tiene una condición de salud llamada diabetes.
- b) **Reconocer la importancia de la educación diabetológica.** Debido a que es este el instrumento que le permitirá mantener una mejor calidad de vida.
- c) **No considerarse enfermo.** Es importante tener presente que la diabetes se convierte en enfermedad cuando no está debidamente controlada.
- d) **Quererse a sí mismo.** Sintiéndose importante, valioso y que mantenerse saludable vale la pena.
- e) **Asumir con responsabilidad esta condición de salud.** Tomarlo como un compromiso personal para así difícilmente notar las pocas restricciones que se tienen.
- f) **El buen control no depende solo del médico, la persona más importante en el tratamiento, es el propio paciente.** Ya que de lo que hace diariamente va a depender su nivel de glucosa en la sangre.
- g) **Esforzarse por mantenerse motivado.** Esto ayudara a perseverar en el tratamiento que el médico ha indicado.

- h) Tener siempre presente que muchas veces lo placentero, **lo agradable produce daños irreparables a largo plazo.**

### **2.3.2. Emociones**

Algunos de los problemas que el ser humano experimenta están relacionados con las emociones, estas son parte fundamental en su vida y no se pueden evitar. Sin embargo, cada una de ellas cumple con una función que le permite al individuo reaccionar ante los estímulos a los que se enfrente.

Goleman Daniel (1995) expone que todas las emociones:

Son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida. La raíz de la palabra *emoción* es *motere*, el verbo latino " mover", además del prefijo "e", que implica "alejarse, lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar (p.24).

En muchas ocasiones, estas provocan que las personas actúen impulsivamente ante un estímulo, generándoles posteriormente arrepentimiento o culpa por haber dicho o hecho algo incorrecto.

Para Greenberg Leslie & Paivio Sandra (1997),

Las emociones proporcionan una fuente rica de información sobre las reacciones ante las situaciones o en aquellos aspectos de nuestras emociones que pudieran estar fuera de nuestra conciencia, pueden ser interiorizados para mejorar el modo como valoramos nuestras necesidades, deseos, metas e intereses (p.18).

#### **2.3.2.1. Definición de emoción**

La Real Academia Española define el término emoción como una "alteración de ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática. Proveniente del latín *emotio, -ōnis*" (RAE, 2015).

Por otra parte, para Mestre José & Guil Rocio (2012), la emoción se define como:

Una respuesta elicitada por un estímulo o situación temporalmente próximo y conocido. Puede tener connotaciones positivas y negativas, pero se encuentra vinculada a la adaptación ante situaciones que componen una importante amenaza para el equilibrio del organismo. Dicha respuesta tiene características explosivas, de alta intensidad y de breve duración. Además, esa respuesta se

manifiesta interna y/o externamente, hecho que denota la necesidad de ajustar el organismo a las exigencias del estímulo o situación que provocó la emoción- mecanismos fisiológicos automáticos y corticales preparación-, y la convivencia de transmitir información al exterior acerca de la situación en la que se encuentra el organismo mecanismos expresivos y motores (p.50).

### **2.3.2.2. Bases neurológicas de las emociones**

Son muchas las emociones que los seres humanos experimentan. En la actualidad se puede conocer sobre la función que el cerebro humano tiene en relación a ellas, a través de diversas investigaciones que demuestran la evolución del ser humano en muchos aspectos principalmente en su estructura física, sin embargo, estos avances también fueron acompañados de evoluciones a nivel cerebral. Para Esquivel Laura (2001),

La zona más primitiva del cerebro es el tronco cerebral que rodea la parte superior de la médula espinal y que regula las funciones vitales básicas del ser humano, como son la respiración y el metabolismo. A partir de esta raíz cerebral surgieron los centros emocionales y millones de años más tarde, a partir de esas áreas emocionales, es que evolucionó el cerebro pensante o «neocorteza» (p.15).

Con relación a lo anterior, se puede decir que es a raíz de lo emocional que surge lo pensante, se desarrolla la capacidad de tener un pensamiento lógico, lo cual es una de las funciones del neocórtex o neocorteza, dando lugar a que esta sea capaz de controlar la conducta, las emociones, así como los impulsos. Sin duda, el cerebro humano es un caso único y especial, tiene la capacidad de regular la conducta humana, las funciones de este son muchas y varían dependiendo de cada estructura cerebral.

Por otra parte, según Pallarés Miguel (2010),

Anatómicamente, en el ser humano el sistema límbico se ubica por encima del cerebro reptil, al que rodea y envuelve. Lo componen el bulbo olfatorio, el tálamo, las amígdalas, los cuerpos mamilares, el hipotálamo, el hipocampo, el septum y la pituitaria. Sus funciones son importantes y variadas: la función endocrina, la memoria, la percepción del placer y el dolor y las emociones (p.19).

El sistema límbico es muy importante, ya que está implicado en crear, regular y almacenar emociones. Cada una de las estructuras que lo componen son las que están fundamentalmente implicadas en el desarrollo de muchas emociones. Es aquí donde se

almacenan todos los buenos y malos recuerdos de la vida de una persona; si algo impacta emocionalmente en una persona, lo recordará más que una situación o información que no le generó mayor impacto emocionalmente. De acuerdo a esto Pallarés Miguel (2010) sostiene:

Muchas de las respuestas emocionales se dan de manera automática, ocasionando en algunos casos arrepentimiento por haber actuado de forma demasiado impulsiva y precipitada, es decir por dejarse llevar por las emociones. Todo parece indicar que estas respuestas se deben al tipo de conexiones y sinapsis que se establecen entre el cerebro emocional y el cortical, principalmente. El tálamo, actúa como un filtro que integra todos los estímulos sensoriales que recibimos a través de nuestros cinco sentidos, y los envía, entre otros destinos, a la amígdala y al lóbulo frontal (p.36).

A partir de esto, se evidencia que para las respuestas emocionales se ven involucradas diversas partes del cerebro como la amígdala y el hipotálamo que al relacionarse con otras áreas tales como el lóbulo frontal, el hipocampo y el tálamo juegan funciones específicas en este proceso, puesto que:

Se ha demostrado, mediante resonancia magnética funcional, que la amígdala contacta también con el hipotálamo anterior y el septum. Estas conexiones permiten el llamado «atajo emocional», por el que es posible dar una respuesta emocional más rápida antes de que la información llegue al cerebro. En muchas ocasiones, cuando desde el lóbulo frontal del cerebro la información le es devuelta al tálamo y a la amígdala, ésta ya ha clasificado el estímulo como potencialmente peligroso y la respuesta ya ha sido dada. Además, la amígdala y sus conexiones con el hipocampo actúan como un «centro de memoria emocional», por medio del circuito tálamo-amígdala-corteza frontal, de manera que si se produce un hecho similar, que ya se haya interpretado anteriormente como vital, se desencadenan respuestas antes de que el cerebro cortical mande sus órdenes. Cuanto más intensa es la sensación de peligro, más profundo es el recuerdo grabado en la memoria y más rápida la respuesta de la amígdala (Ídem).

La función de la amígdala es importante, es la parte del cerebro que está a la defensiva y protege de situaciones amenazantes, generando reacciones emocionales automáticamente; ayuda a buscar alternativas para situaciones de miedo, estrés u otras amenazas y nos permite escapar de ellas. De acuerdo con Pallarés Miguel (2010),

El tratamiento de la información que se interpreta como peligrosa para nuestra existencia no se hace de arriba abajo, o sea, desde la corteza hacia la amígdala, sino de abajo arriba, desde la amígdala, el sistema límbico y sus conexiones,

que dan una respuesta más rápida, sin que «la razón» del córtex pueda modificarla. Estas conexiones sinápticas pueden avisarnos de peligros potenciales y avanzarnos a la respuesta elaborada de la corteza cerebral, pero también pueden ayudarnos a responder de manera «emocional» e inconveniente ante muchos peligros potenciales que no se cumplen en su mayoría (p.36).

Las emociones son la fuerza que impulsan los comportamientos y el cerebro a través de la amígdala está programado para identificar amenazas y recompensas, si alguna es detectada, está se activa para ponernos en alerta mostrando una respuesta ante el estímulo que se percibe.

(...) estudios de neuroimagen confirman que los cerebros con inestabilidad emocional e impulsivos muestran una hiperactividad de la amígdala y sus funciones, que la respuesta de ésta se anticipa a la respuesta del área prefrontal y que el estrés incrementa esta respuesta (Ibídem, p.38).

Asimismo, Pallarés Miguel (2010) manifiesta que:

Cuando la emoción que causa el impulso es valorada como «no peligrosa» o «no aflictiva», como la alegría, el amor, la paz..., se liberan neurotransmisores que se traducen en acciones de acercamiento y de aceptación del cambio, como la dopamina, la serotonina o la occitocina. Mientras que cuando la emoción es catalogada como «peligrosa» o «aflictiva», el cuerpo reacciona de inmediato, en muchas ocasiones sin esperar la respuesta de la corteza cerebral, mediante la liberación de neurotransmisores que nos preparan para la lucha y la huida, básicamente, cortisona, adrenalina y noradrenalina (p.40).

Aunque muchas de las respuestas emocionales pasan de manera inconsciente, el pensamiento puede influir en las emociones, pensar en algo amenazante puede ocasionar una respuesta emocional, entender y controlar las emociones puede ayudar a tener también un control en el pensamiento y el comportamiento.

Con respecto a lo anterior, se denota la importancia que tiene el sistema límbico y el neocórtex en las emociones, estas son parte de la vida del ser humano, surgen a través de los pensamientos y la interacción que el individuo tiene con su entorno.

### **2.3.2.3. Emociones básicas**

Según Mestre José & Guil Rocio (2012),

Las emociones se producen en la interacción que una persona establece con su medio ambiente externo, considerando que éste se encuentra en continuo

cambio. Pero, además, las emociones cumplen el importante papel de representar un código de información que es compartido por los individuos que forman parte de un grupo o sociedad, posibilitando el conocimiento de los estados internos a través de las distintas manifestaciones externas (p.113).

Por tanto, las emociones son provocadas por múltiples estímulos y tienen que ver con la solución de los problemas que se le presentan a una persona en el transcurso de la vida, esto tiene que ver con la percepción que cada individuo tenga de la situación que este experimentando puesto que:

En realidad, no existen emociones buenas o malas, positivas o negativas. En determinado momento, las etiquetadas como negativas pueden no serlo y beneficiarnos por sumirnos en un estado que puede salvarnos la vida; el miedo, por ejemplo, en muchas ocasiones nos previene y defiende de elementos peligrosos (Pallarés Miguel, 2010, p. 40).

El individuo debe buscar soluciones en pro de una mejor adaptación a su propia persona, a su entorno social o al medio ambiente que lo rodea; dado que:

La consideración de emoción básica ha sido abordada desde múltiples argumentos: algunos proponen criterios basados en la expresión (Ekman, 1992b), en la respuesta fisiológica (Levenson, Cartenson, Friesen y Ekman, 1991), o en la valoración (Power y Dalglish, 1997).

Uno de los autores que más ha defendido el carácter básico de algunas emociones a partir de la característica expresiva ha sido Paul Ekman (1992a, 1992b), quien considera que algunas emociones son universales, pues independientemente de la cultura, grupo social o raza la expresión de estas emociones tiene las mismas características.

El resultado inicial de los trabajos de Ekman llevó a la consideración de la existencia de un pequeño grupo de emociones básicas (Como se citó en Mestre José y Guil Rocío, 2012, p. 116):

- **El miedo:** se activa ante la presencia de amenazas – percepción y/o interpretación de daño o peligro- a nuestro bienestar, sea físico y/o psíquico.<sup>5</sup>
  
- **La ira:** Carroll Izard (1977), que describe la ira como una respuesta primaria del organismo al verse este bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad (Como se citó en Mestre y Guil, 2012, pp. 130 - 131).

---

<sup>5</sup> Conceptos extraídos de Mestre y Guil, 2012, *La regulación de las emociones*.

- **La tristeza:** se puede experimentar la tristeza cuando alguien recuerda una pérdida importante del pasado, presente o de futuro. Es detectable por la orientación hacia abajo de las comisuras de la boca, que son la consecuencia de una relativa pérdida del tono muscular facial y del tono muscular general en el organismo. Tiene, especialmente, connotaciones sociales, pues manda el mensaje al grupo de referencia, familia o amigos, de una demanda o petición de ayuda, cariño, comprensión y, sobre todo, de apoyo que amortigüe la tristeza percibida.<sup>5</sup>
- **El asco:** se caracteriza por la apreciación en el sujeto de tensión dirigida a la evitación del objeto o estímulo en cuestión, con un significado de repugnancia y una respuesta fisiológica que nos da la sensación de náuseas.<sup>5</sup>
- **La alegría:** favorece el bienestar general, repercutiendo de forma positiva en todas las dimensiones (mental, fisiológica, y motórica) de la respuesta humana.<sup>5</sup>

#### 2.3.2.4. Transmisión emocional

Siempre se ha dicho que los seres humanos estamos interconectados social y emocionalmente mediante hilos invisibles que nos permiten compartir vivencias y sentimientos. Hoy se sabe que esos hilos podrían estar formados por unas pequeñas, pero imprescindibles células: las neuronas espejo (Cepeda Chema, 14 de junio, 2011).

Para Goleman Daniel, estas neuronas jugaban un papel muy importante en la transmisión o contagio emocional, a partir de esto buscó darles una explicación bajo su teoría de inteligencia emocional lo cual determinaba que:

(...) la función de las neuronas espejo consiste precisamente en reproducir las acciones que observamos en los demás y en imitar o tener el impulso de imitar sus acciones. En estas neuronas se asienta, en suma, el mecanismo cerebral que explica el viejo dicho “Cuando sonríes, el mundo entero sonrío contigo (Goleman Daniel, 2006, p. 44).

---

<sup>5</sup> Conceptos extraídos de Mestre y Guil, 2012, *La regulación de las emociones*.

El fenómeno del contagio emocional se asienta en estas neuronas espejo, permitiendo que los sentimientos que presenciamos fluyan a través de nosotros y ayudándonos así a entender lo que está sucediendo y a conectar con los demás. “Sentimos” al otro en el más amplio sentido de la palabra experimentando en nosotros los efectos de sus sentimientos, de sus movimientos, de sus sensaciones y de sus emociones (Ibídem, p. 45).

Las emociones son contagiosas, puesto que la mayor parte del contagio emocional tiene lugar de forma sutil y es parte del intercambio tácito que se da en todo encuentro interpersonal considerando que:

En cada relación subyace un intercambio subterráneo de estados de ánimo que nos lleva a percibir algunos encuentros como tóxicos y otros, en cambio, como nutritivos. Este intercambio emocional suele discurrir a un nivel tan sutil e imperceptible que la forma en que un vendedor le dé las gracias puede hacerle sentir ignorado, resentido o auténticamente bienvenido y valorado. Nosotros percibimos los sentimientos de los demás como si se tratase de una especie de virus social (Goleman Daniel, 1996, p. 76).

Cuando se habla del término virus social, se hace referencia a un “encuentro que sostenemos emitiendo señales emocionales y esas señales afectan a las personas que nos rodean” (Ídem).

Según John Cacioppo, citado por Goleman Daniel (1996), el psicólogo social de la Universidad de Ohio que ha estudiado este tipo de intercambio emocional sutil, señala que:

Comprendamos o no la mímica de la expresión facial, basta con ver a alguien expresar una emoción para evocar ese mismo estado de ánimo. Esto es algo que nos sucede de continuo, una especie de danza, una sincronía, una transmisión de emociones. «Y es esta sincronización de estados de ánimo la que determina el que usted se sienta bien o mal en una determinada relación» (p. 77).

#### **2.3.2.5. Educación emocional**

La educación emocional es una respuesta a las necesidades sociales que no están suficientemente atendidas para optimizar el desarrollo humano. Es decir, el desarrollo personal y social; o dicho de otra manera: el desarrollo de la personalidad integral del individuo.

Según Bisquerra Rafael (2011), esta “tiene como objetivo el desarrollo de competencias emocionales. Entendemos las competencias emocionales como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales” (p. 11).

Por lo tanto, la educación emocional se define como un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social.

La formación de competencias emocionales debe ser una práctica continua, puesto que debe iniciarse en los primeros momentos de la vida y debe estar presente a lo largo de toda la vida.

Los objetivos generales de la educación emocional pueden resumirse en los siguientes términos (Bisquerra Rafael, 2017, párr. 2-9):

- Adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones.
- Identificar las emociones de los demás.
- Desarrollar la habilidad para regular las propias emociones.
- Prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas.
- Desarrollar la habilidad para generar emociones positivas.
- Desarrollar la habilidad de automotivarse.
- Adoptar una actitud positiva ante la vida.
- Aprender a fluir.

Estos elementos son fundamentales para desarrollar un mejor manejo de la educación emocional, permitiendo la organización de:

“(…) una metodología eminentemente práctica (dinámicas de grupos, autoreflexión, razón dialogada, juegos, relajación respiración, etc.) con objeto de favorecer el desarrollo de las competencias emocionales” (Bisquerra Rafael, 2011, p.18).

El desarrollo ordenado de programas de educación emocional que reúnan las condiciones mínimas de calidad y tiempo de dedicación tienen un impacto importante para el desarrollo integral de las personas, ya que las emociones negativas son inevitables pero

es importante aprender a regularlas de forma adecuada, por ello las emociones positivas hay que buscarlas y aprender a construir las.

#### **2.3.2.6. Manejo de las emociones**

Cualquier situación en la vida de una persona conlleva a una experiencia emocional de mayor o menor intensidad. En ese sentido, es necesario para el manejo de las emociones características de la personalidad que le permita a la persona ser consciente de sí mismo, de su situación, haciendo uso de sus fortalezas para sobrellevar los problemas que le ocasionen malestar emocional.

Con respecto a esto, Mayer (citado por Goleman Daniel, 2006) manifiesta que existen varios estilos diferentes de personas en cuanto a la forma de atender o tratar con sus emociones, estos son:

- **La persona consciente de sí misma.** Como es comprensible, la persona que es consciente de sus estados de ánimo mientras los está experimentando goza de una vida emocional más desarrollada. Son personas cuya claridad emocional impregna todas las facetas de su personalidad; personas autónomas y seguras de sus propias fronteras; personas psicológicamente sanas que tienden a tener una visión positiva de la vida; personas que, cuando caen en un estado de ánimo negativo, no le dan vueltas obsesivamente y, en consecuencia, no tardan en salir de él. Su atención, en suma, les ayuda a controlar sus emociones.
  
- **Las personas atrapadas en sus emociones.** Son personas que suelen sentirse desbordadas por sus emociones y que son incapaces de escapar de ellas, como si fueran esclavos de sus estados de ánimo. Son personas muy volubles y no muy conscientes de sus sentimientos, y esa misma falta de perspectiva les hace sentirse abrumados y perdidos en las emociones y, en consecuencia, sienten que no pueden controlar su vida emocional y no tratan de escapar de los estados de ánimo negativos.

- **Las personas que aceptan resignadamente sus emociones.** Son personas que, si bien suelen percibir con claridad lo que están sintiendo, también tienden a aceptar pasivamente sus estados de ánimo y por ello mismo, no suelen tratar de cambiarlos.

En consonancia a lo anterior, se puede establecer que el manejo de las emociones depende de cada persona. No se trata de eliminarlas porque nadie es capaz de hacerlo; sino que se debe aprender a conocerse a sí mismo, controlar, equilibrar o modificar sus emociones, sobre todo si estas perjudican a su salud y a su entorno. Para ello, un aspecto fundamental de la personalidad es la inteligencia emocional, la cual según Pallarés Miguel (2010):

Es la habilidad para controlar y expresar las emociones y los sentimientos de la manera más adecuada en cada momento, en el terreno personal, profesional y social, a la vez que entendemos las emociones y los sentimientos de los demás (p.50).

Por otro lado, Goleman Daniel (2006) sostiene que:

La inteligencia emocional tiene características como la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales y, por último —pero no por ello, menos importante—, la capacidad de empatizar y confiar en los demás (p.25).

En efecto, la inteligencia emocional proporciona beneficio en el plano personal como también en el social. En el área personal, permite a la persona tener autoconocimiento sobre su estado de ánimo interno, conocer sus fortalezas y debilidades. También, puede ayudar en el manejo de las emociones para que se canalicen de manera adecuada o constructiva, evitando actuar de manera impulsiva y ayuda a evitar personas o situaciones negativas para enfocarse en el lado positivo de las circunstancias. Además, permite que la persona tenga auto motivación y entusiasmo para enfrentar los desafíos.

En relación al plano social, la empatía y el desarrollo de habilidades sociales pueden ayudar a ser consciente de las necesidades de otros, a saber escuchar y saber pedir ayuda pero también a tomar la iniciativa ante una situación.

Lo dicho hasta aquí supone que, si la persona no sabe lo que siente, difícilmente podrá lograr un equilibrio emocional. Se trata entonces de que la persona se autoevalúe,

reconociendo qué es lo que le molesta y de qué manera puede mejorar. No se puede dejar de mencionar que en cierta medida las emociones se ven influenciadas por los pensamientos. Así pues, si viene un pensamiento negativo, este provocará una emoción negativa, lo que llevará a la persona a actuar de manera negativa. Todo lo contrario será si el pensamiento es positivo. Es decir, si se cambian pensamientos negativos por otros saludables, se modificará el estado emocional.

Según Pallarés Miguel (2010), todo está en nuestra cabeza, el problema es que en muchas ocasiones se halla en completo desorden. Entendemos que:

Nuestro cuerpo se cansa y que deba descansar... Sin embargo, no siempre reconocemos que la mente también precisa descanso, a veces incluso más que el resto del cuerpo, y para ello, no es suficiente con el descanso físico. Ni tan siquiera el dormir garantiza un perfecto descanso, pues la mente sigue trabajando, inventando sueños o pesadillas, que en momentos personales críticos nos hace levantar con una sensación de mayor embotamiento y cansancio mental (p.51).

Ante esta situación, Pallarés Miguel (2010) manifiesta que es importante,

Un descanso mental el cual es un estado en el que nuestros sentidos y nuestros pensamientos no trabajen o lo hagan en su mínima expresión. La mente relajada está «vacía» de elementos que la contaminan. Algo tan fácil de sintetizar es, en cambio, difícil de llevar a cabo. Las técnicas de relajación y meditación también se denominan técnicas de purificación emocional, pues ayudan a conocer y superar los estados emocionales «tóxicos». La relajación debería ser un hábito fundamental en todas las personas. Un individuo relajado es alguien preparado para apreciar y entender la realidad de su vida de la manera más adecuada a sus circunstancias. Por el contrario, en la persona tensa, estresada y angustiada aumentan todos los problemas de su rutina habitual (p.52).

### **2.3.2.7. Bienestar psicológico**

El bienestar psicológico que se encuentra inmerso dentro del afecto positivo relacionado fundamentalmente al desarrollo del potencial humano, englobando aspectos importantes entre los cuales se pueden mencionar: la calidad de vida, el bienestar subjetivo, la satisfacción vital y el bienestar social.

Según Fernández-Abascal Enrique (2009),

El bienestar psicológico implica tanto un juicio positivo sobre la vida o satisfacción vital como un balance favorable del afecto positivo frente al negativo y una vivencia de la felicidad, así como una serie de atributos psicológicos asociados al buen desarrollo y ajuste de la persona al medio (p.39).

Cabe mencionar que este ha centrado esencialmente su atención en el avance de las capacidades y el crecimiento personal, forjando ambas como principales indicadores del funcionamiento positivo.

Entre las teorías dimensionales del bienestar psicológico quizá la más elaborada e interesante sea el modelo multidimensional de Ryff (1989a, 1989b), que propone una estructura compuesta de seis factores: la auto aceptación o sentirse bien consigo mismo, el crecimiento personal, los propósitos de vida, las relaciones positivas con otros, el dominio medioambiental y la autonomía (Como citó Fernández-Abascal Enrique, 2009, pp. 39-40).

Hay que destacar que estos factores se van modificando con las etapas del ciclo vital, de tal modo que el crecimiento personal y los propósitos de la vida van disminuyendo con el tiempo y por el contrario, el dominio del medio ambiente y la autonomía se va desarrollando progresivamente.

Por otra parte, se puede encontrar en las teorías basadas en conceptos motivacionales, la teoría de la autodeterminación de Ryan & Deci (2000, 2002):

Quienes parten del supuesto de que las personas difieren en cuanto a su estilo de regulación que va desde el estilo amotivacional o inactivo hasta el estilo basado en la motivación extrínseca o el basado en la motivación intrínseca o proactivo. Todo ello en base a la identificación de tres necesidades psicológicas básicas, universales e innatas: la de ser competente, la de autonomía y la de las relaciones interpersonales. La gratificación de estas necesidades es una clave predictiva del bienestar subjetivo y el desarrollo social (Como citó Fernández-Abascal Enrique, 2009, p. 40).

Así pues, las personas amotivacionales tienen una orientación impersonal y se ven a sí mismas como inútiles e incapaces de controlar las situaciones de su propia vida, por lo que pueden llegar a experimentar sentimientos depresivos en relación a situaciones pasadas y ansiedad en situaciones nuevas. En cambio, las personas con motivación intrínseca tienen una orientación hacia la autonomía y manifiestan un alto grado de elección y regulación del propio comportamiento, en función de sus metas e intereses personales, y sus acciones van

acompañados de sentimientos de competencia y autodeterminación. Todo esto es clave en el bienestar psicológico, para que la persona cree resiliencia y pueda afrontar mejor las adversidades.

### **2.3.3. Alteraciones emocionales**

Diversos factores pueden desencadenar alteraciones emocionales en la vida del ser humano; sobre todo, si este no tiene un ajuste emocional estable. Estas alteraciones pueden surgir dependiendo de la intensidad y prolongación ante una situación, ya sea de crisis, conflictiva y/o de tensión, afectando en todas las áreas de la vida de la persona.

#### **2.3.3.1. Definición de alteración**

De acuerdo a la Real Academia Española (RAE), el término alteración del latín tardío *alteratio, ōnis*, significado que se asigna a la acción de alterar. A su vez, la RAE menciona que el término de Alterar proviene del latín tardío *alterāre*, derivado de *alter* 'otro' significado que se atañe como perturbar, trastornar e inquietar.

A partir de lo anterior, se define de igual forma el término Perturbar del latín *perturbāre*, establecido para hacer referencia a trastornar el orden, la quietud y el sosiego de algo o alguien. Por otro lado, el término Trastornar determinante de *tras-* y *tornar*, significa alterar la normalidad del funcionamiento de algo o la actividad de alguien (RAE, 2015).

En base a esto, se entenderá el término Alteración haciendo referencia a los sinónimos: Alterar, Perturbar y Trastornar.

#### **2.3.3.2. Definición de alteración emocional**

En base a los conceptos manejados anteriormente de Emoción y Alteración, se puede definir *Alteración Emocional* como:

Alteración en el normal funcionamiento emocional, en la respuesta provocada por un estímulo o situación que se denota como amenazante, la cual posee una connotación de malestar clínicamente significativo, vinculada a la falta de adaptación ante una situación que impide el equilibrio del organismo; dicha falta de adaptación se prolonga en el tiempo aumentando su intensidad, trastocando todo el entorno y experiencias sensoriales, incluso la salud mental y física de la persona, en la cual se ven comprometidos los mecanismos expresivos y motores.

### **2.3.3.3. Señales de alarma de alteraciones emocionales**

A partir del concepto de alteración emocional antes mencionado, se puede decir que estas traen consigo una serie de malestares que no nos permiten desarrollar una vida psicológicamente estable. Por ello se plantea que existen señales que nos pueden indicar alteraciones de la esfera emocional, entre los que podemos mencionar:

- Dificultad para concentrarse.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Abuso de sustancias tóxicas.
- Cambios de comportamiento.
- Cambios en el estado de ánimo.
- Infligirse daño físico.
- Deterioro significativo en el desarrollo de actividades diarias.
- Pérdida de energías.
- Cansancio emocional.
- Sentimiento de nostalgia.
- Sentimiento de minusvalía.
- Dificultad para dormir.
- Pérdida de apetito.

- Recurrentes pensamientos irracionales.

Para que estas señales apliquen como alarma significativa se debe tener en cuenta la presencia de estas por un tiempo prolongado. Si son momentáneas o casuales no se tomaría como una señal de alarma para el desarrollo de una alteración emocional.

#### **2.3.3.4. Factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones emocionales**

La salud física y mental puede ser influenciada por diversos factores. Estos pueden afectar la vida de la persona convirtiéndose en factores de riesgo.

Según la Organización Mundial de la Salud, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

A partir de lo anterior, se entenderá en este apartado como factor de riesgo a aquellas características que aumenten la probabilidad de desarrollar una alteración emocional. Es necesario aclarar que estos factores pueden aparecer en la vida de cualquier persona de manera normal, sin embargo, lo que llevaría a convertirlos en alteración emocional dependerá del significado que la persona dé a su situación, de la intensidad y duración con que se viva la emoción y del deterioro que puede llegar a afectar su vida personal, familiar y social.

Dentro de los factores asociados para desarrollar alteraciones emocionales se encuentran:

- **Factores personales:** Estos factores tienen que ver con características de la personalidad de cada individuo, del ajuste emocional que tenga, pues si este es inestable o pobre puede llevar a la persona a una pérdida de control emocional; es en ese sentido, parte fundamental en la persona es la forma de afrontamiento que utilice ante situaciones amenazantes.

Según Hurtado Francisco (2007), las maneras de afrontamientos desajustados aumentan la probabilidad de presentar alteraciones emocionales. Estas formas de afrontamiento están relacionadas a aspectos que se aprenden del entorno, mayormente en la familia. En el caso de que un padre de familia presente desequilibrio emocional ante situaciones de crisis, existe la probabilidad de que sus hijos actúen de igual manera en situaciones difíciles. En cuanto a esto, es posible que exista una predisposición personal que genere perturbación emocional, no por los problemas que tenga la persona, sino más bien por un mal aprendizaje de afrontamiento.

- **Factores familiares:** Problemas entre la pareja como infidelidad, separación, entre otros; así como los problemas entre padres e hijos; ocasionan crisis en el ser humano. En otras palabras, un ambiente familiar caótico, conflictivo y violento puede desencadenar alteraciones emocionales.
  
- **El estrés:** Intensa reacción emocional a una serie de estímulos externos que activan respuestas fisiológicas y psicológicas de naturaleza adaptativa. Si los esfuerzos del sujeto fallan porque el estrés supera la capacidad de respuesta, el individuo es vulnerable a la enfermedad psíquica, la somática o ambas (Galimberti Umberto, 2002, pp. 452-453).  
Este es un fenómeno muy frecuente en las personas. Diversas situaciones provocan estrés ya sea en el ámbito personal, familiar, social y laboral, el cual puede llevar al desarrollo de alteraciones emocionales al no saber manejarlo.
  
- **Duelo:** Estado psicológico consecuente a la pérdida de un objeto significativo que formaba parte integrante de la existencia. (...) Del duelo, que siempre entraña una identificación con el objeto perdido, se sale mediante un proceso de elaboración psíquica, o “trabajo del duelo” como dice S. Freud, que prevé una fase de *negación*, en la que el sujeto rechaza la idea de que la pérdida haya sucedido; una fase de *aceptación*, en la que se admite la pérdida, y una fase de *separación* del objeto perdido con reinvestimiento hacia otros objetos de la libido que está ligada al objeto. (...)Una

interrupción en el trabajo del duelo lleva a la melancolía, que surge cuando el sujeto siente el objeto perdido como una parte ineliminable de sí, del cual no se puede separar más que separándose de sí mismo. En este caso el dolor del duelo, de normal, se vuelve patológico (Galimberti Umberto, 2002, p.359).

Asimismo, el duelo puede darse por la pérdida de un ser querido, así como la de un empleo o la pérdida de la salud; de no ser aceptada por la persona y adaptarse a dicha situación en el tiempo apropiado, ocasionaría el desarrollo de alteraciones emocionales.

Otros factores desencadenantes de alteraciones a nivel emocional son el consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas, así como problemas sociales y económicos como deudas, desempleo, entre otros.

En definitiva, los factores de riesgo se encuentran presentes en diversos aspectos del ser humano, sin embargo, no son un obstáculo al que no se pueda enfrentar; sino más bien es necesario el aprender a enfrentarlos; de no hacerlo, afectarán tanto la salud física como la salud mental.

#### **2.3.3.5. Relación de variables personales y alteraciones emocionales**

La personalidad juega un importante papel en la probabilidad para que ocurran alteraciones emocionales, debido a la vulnerabilidad que estas hacen que se manifieste en las personas al momento de experimentar cambios significativos por la amenaza y modificaciones que representan en su vida. Por tanto, las variables de personalidad son indispensables en la forma de afrontamiento y adaptación a estas situaciones.

Según un estudio realizado por la Fundación Renal (2013), las variables personales que tienen mayor relevancia de cara al ajuste, la presencia de alteración emocional o la calidad de vida son (pp. 7-8):

- **La capacidad de afrontamiento:** Está influida por la edad, el sexo, el estado civil, la ocupación y motivada por el estilo de afrontamiento, los recursos personales y su puesta en marcha.

El estilo de afrontamiento hace referencia a la tendencia que cada persona tiene para hacer frente a los acontecimientos vitales. Existen distintos estilos y, aunque cada persona tiene una manera más o menos habitual de responder, ésta no es fija. El estilo se adquiere a lo largo de la vida, a partir de los acontecimientos y a sus resultados. Así, hay personas con tendencia a dejarse llevar y otras, por el contrario, tienen necesidad de control. Hay personas que se hunden ante las dificultades, mientras que otras perciben todo como una amenaza y disparan sus respuestas de hostilidad.

La forma de responder es, por tanto, el resultado de la historia personal, es decir, del conjunto de experiencias que nos ha tocado vivir. Está influida por nuestra manera de evaluar y vivir los acontecimientos y los sucesos de la vida y por los recursos con los que se cuenta para hacerles frente, y está marcada por los resultados que se consiguen.

- **El nivel de ocupación:** Mantener una vida activa ayuda a relativizar la enfermedad. La satisfacción y el bienestar están íntimamente ligados a la actividad y a la sensación de competencia y utilidad.
  
- **El apoyo social:** La importancia del apoyo familiar y social está relacionado con el cuidado y la adhesión al tratamiento (...). Pero, lo más importante es que sentirse querido es esencial para la sensación de seguridad y para el ajuste emocional.
  
- **El autocuidado:** Se define como un conjunto de acciones dirigidas a mantener o cuidar la salud. No nacen con el individuo, sino que son aprendidas. Dependen de las costumbres, las creencias y las prácticas habituales del grupo al que pertenece cada uno.

Por ello, aprender y realizar algunas actividades para cuidar de sí mismo marcará el grado de independencia y autonomía, le permitirá sentirse mejor y le proporcionará mayor grado de seguridad reduciendo posibles complicaciones.

Entre otras podemos mencionar:

- **La resiliencia:** Siendo la capacidad de una persona para soportar las diversas situaciones difíciles y sortear los obstáculos que se le presentan en la vida y aun así saliendo más fortalecido.
  
- **La fortaleza emocional:** Conjunto de recursos psicológicos que ayudan a que la persona se enfrente a los retos y situaciones difíciles que se presentan en la vida.

Las variables mencionadas anteriormente pueden ayudar o no al surgimiento y evolución de alteraciones emocionales, esto dependerá de la capacidad de ajuste emocional, de su intensidad y duración de la respuesta emocional en situaciones significativas para la persona.

#### **2.3.4. Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y alteraciones emocionales**

El impacto del diagnóstico y el tratamiento de la DM2 provocan una serie de respuestas psicológicas en el paciente, debido a los cambios drásticos que implica en su vida, lo cual conlleva a un desequilibrio emocional, si estos no logran la adaptación que se necesita para afrontar la enfermedad.

La manera de afrontar la enfermedad es fundamental, de lo contrario surgen alteraciones emocionales a partir de la intensidad, frecuencia y malestar que ocasionan las emociones en las diversas áreas de la vida de los pacientes con DM2.

##### **2.3.4.1. Impacto psicológico del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2**

Nadie está preparado para el impacto de la noticia de una enfermedad crónica, recibirla cambia todo el panorama de la persona y de su entorno. Es un tiempo de confusión e incertidumbre en el que surgen muchas preguntas, que en ocasiones no tienen respuestas provocando una alteración emocional.

Según la RAE (2017), la palabra impacto, del latín tardío *impatūs*, se refiere a un golpe emocional producido por un acontecimiento o una noticia desconcertantes.

En ese sentido, el impacto psicológico que ocasiona el diagnóstico y evolución de la DM2 en los pacientes es una situación caótica; puesto que se le da el conocimiento de una enfermedad que va a cambiar su vida y que además puede acortarla si no cumple con las indicaciones prescritas. Ante esta situación, la primera reacción que presenta el paciente, es la negación; en la cual la persona puede llegar a pensar que el diagnóstico es incorrecto y por lo tanto se niega a creerlo. Por otro lado, puede sentir enojo y confusión; además de sentir culpa por tener malos hábitos en relación al cuidado de su salud. También, puede experimentar miedo en relación a su futuro mayormente por no saber la manera en cómo va a vivir con su enfermedad hasta que muera.

El duelo por la pérdida en su salud es algo normal que experimentará; sin embargo, si este se prolonga más del tiempo normal y la persona se ve afectada en todas las áreas de su vida sin poder obtener una estabilidad emocional para aceptar su condición, entonces puede desarrollarse una alteración emocional.

Otro punto importante en relación al impacto es que, según Cope Joyce (2004), “la persona siente que ha perdido el control de su vida y duda si va a poder recobrarlo en el futuro (...) muchas veces la persona no se considera a sí misma como antes” (p. 22), esto puede darse mayormente cuando la enfermedad ya ha avanzado, se ven menos atractivas, con defectos y el hecho de ser dependientes de alguien les hace sentirse inútiles; es decir, su autoestima se ve dañada. Hay que tener en cuenta que esto puede estar relacionado a la percepción que tenga el paciente diagnosticado con DM2 sobre como lo perciben los demás, lo cual puede llevar a que la persona enferma se aísle.

Por otro lado, el cambio en el estilo de vida es un proceso difícil que afecta psicológicamente, ya que el desaprender y aprender hábitos de vida es sumamente complicado. Tomando en cuenta que el estilo de vida anterior ya no se podrá recuperar debido a las restricciones a las que se debe someter el paciente.

Lo anterior permite considerar que si el conocimiento del diagnóstico provoca un gran impacto en la vida del paciente, se agudiza más cuando a este se añaden los demás aspectos que están ligados a la enfermedad (actividad física, controles médicos constantes, hábitos alimenticios saludables, entre otros); los cuales hacen que sea más difícil el proceso de

enfrentar y sobrellevarla. No obstante, el impacto psicológico del paciente puede variar dependiendo de su personalidad, de la percepción que este tenga sobre esta y de las redes de apoyo con las que cuente.

#### **2.3.4.2. Alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2**

Según la revista Nipro Diagnostics, Inc. (2010),

Escuchar a un médico que le dice al paciente "Usted tiene diabetes", resulta sorprendente e incluso impactante. Aun si el paciente pensó que podría tener diabetes, es natural que sienta temor al enterarse del diagnóstico. Cuando se diagnóstica al paciente con diabetes, esta situación puede resultar estresante y puede afectar sus emociones (p.2).

En este sentido, se hace de suma importancia enunciar aquellas alteraciones emocionales que generan el padecer Diabetes Mellitus tipo 2 las cuales se reflejan en todas las esferas de la vida de la persona.

Marisol Zariñana, psicóloga y socia activa de la Asociación Mexicana de Educadores en Diabetes (citada por Cano Deya, s.f.), comenta que son cinco las emociones que más repercuten en quienes viven con esta enfermedad: "Tristeza, enojo, culpa, apatía y negación son muy comunes entre los pacientes con diabetes y se asocian con un nivel bajo de automonitoreo de la enfermedad" (Cano Deya, s.f., Párr. 3).

Muchos de los pacientes, si bien es cierto se ven afectados por un paso transitorio de emociones que se determinan normales tras el diagnóstico, otros se mantienen durante el tiempo con estas emociones que a la larga se convierten en una alteración emocional. La cual se define como una alteración en el normal funcionamiento emocional, es la respuesta provocada por un estímulo o situación que se denota como amenazante, la cual posee una connotación negativa, vinculada a la falta de adaptación ante una situación que impide el equilibrio del organismo; dicha falta de adaptación se prolonga en el tiempo aumentando su intensidad, y es clínicamente significativa, trastocando todo el entorno del individuo a nivel familiar, social, laboral, y de esta forma además comprometiendo las experiencias sensoriales.

Ahora bien, muchas de las emociones que dichos pacientes pueden experimentar desde el diagnóstico y evolución de la enfermedad desarrollada en una alteración emocional son las siguientes:

- **La negación:** es en términos generales, rechazo, reprobación, no reconocimiento de un estado de cosas objetivo (Dorsch Friedrich 1985, p.515).

Cuando se diagnóstica la diabetes la persona no vivencia claramente el diagnóstico. El foco de conciencia se dirige a otras preocupaciones entrando en una especie de anestesia emocional en relación a la noticia. La persona frecuentemente está consciente de estar funcionando en forma automática, sin embargo, esto sirve como defensa frente al intenso dolor emocional experimentado.

Algunas personas tratan de convencerse de que el diagnóstico es incorrecto, situación que se torna peligrosa ya que puede conducir a negarse a realizar los procedimientos necesarios para manejar la diabetes. La negación también puede ocurrir más adelante, cuando realiza su plan de control. Algunas personas progresan en el tratamiento de la diabetes, pero luego retornan a un estado en el que la información y los cambios en el estilo de vida se tornan una carga demasiado pesada de sobrellevar, por lo que retoman comportamientos continuos que tenían antes de recibir el diagnóstico (Nipro Diagnostics, Inc., 2010, p.3).

- **Miedo:** sentimiento vital de amenaza. Tiene cierta analogía con la angustia; pero, en el miedo, el temor se refiere a un objeto preciso. Además, el miedo guarda relación con la naturaleza y magnitud de la amenaza (Dorsch Friedrich 1985, p. 492).

La diabetes resulta terrorífica al principio, ya que es una enfermedad nueva y no se poseen conocimientos previos sobre ella. No se tiene información de lo que sucederá en su cuerpo, los cambios drásticos que debe realizar en el estilo de vida, la gravedad, y las complicaciones que podrían aparecer.

El miedo surge al querer enfrentarse a estas diferentes situaciones asociadas a la enfermedad que se desconocen, y a todos los cambios que conllevan, como la pérdida de la independencia y de control de su propia salud, el miedo de convertirse en una

carga y el que sus seres queridos decidan alejarse ante su nueva condición de paciente diagnosticado con una enfermedad crónica.

- **Culpa:** (...) sentimiento de aflicción que deriva de la creencia o de la conciencia de haber transgredido normas y que turba más o menos intensamente (Merani Alberto L. 1982, p.39).

Es común que los pacientes diagnosticados con una enfermedad crónica como lo es la diabetes, tengan conflictos acerca de si están dañando a los miembros más significativos de su esfera familiar. Este conflicto puede llegar hasta el punto de recriminarse a sí mismo por tener hábitos no saludables que provocaron el diagnóstico. O bien puede que se sientan contrariados y avergonzados por estar dándole a su familia una razón de preocupación y de sufrimiento tanto a nivel individual como familiar.

- **Enojo:** el enojo es una emoción natural que pudiera contribuir a lograr cambios de comportamientos más saludables si se le ve de una manera positiva. Sin embargo, ver en este momento tan perturbador algo positivo es un poco complicado, por ello surge enfado por tener que cambiar su estilo de vida y adoptar nuevos comportamientos de los cuales no somos partícipes. Es de tener muy en cuenta que el enojo afecta constantemente los niveles de glucosa en sangre, y esto puede interferir con el tratamiento para el manejo de la enfermedad crónica.

El enojo surge con un sentimiento de impotencia que produce al paciente el hecho de no poder cambiar su condición y que si no acata las órdenes médicas puede morir en cualquier momento. Este sentimiento de impotencia puede manifestarse como irritabilidad o agresión dirigida hacia sí mismo o a los demás.

- **Confusión:** (...) “estado de ánimo caracterizado por la carencia de pensamientos claros, trastornos emotivos y a veces trastornos de la percepción”(Warren Howard C. 1998, p.64).

El manejo de su diabetes puede parecer abrumador. Ahora hay muchos cambios necesarios en su vida: dieta, ejercicio físico, control de niveles de glucosa en la

sangre, medicamentos, y más. La diabetes impacta en su vida; sin embargo, significa una gran oportunidad para cambiar y es un alerta. Los cambios no siempre nos agradan; no obstante, la comprensión gradual de todos los nuevos comportamientos requeridos, de a uno por vez, le ayudará a mantener la calma y la organización (Ibídem, p.6).

- **Tristeza:** hay en la tristeza un sentimiento de opresión y de vacío (...) se ha descrito la tristeza como abatimiento, vacío en la vida, inclinación a la noche y a la muerte. Se refieren todas estas descripciones a << la no consecución de la aspiración a hallar un sentido en el mundo, un sentido en el que pueda apoyarse a la existencia y obtener su plenitud>> (Dorsch Friedrich 1985, p. 860).

Sentirse afligido luego de recibir la noticia de ser un paciente con una enfermedad crónica es normal. Sin embargo, si la tristeza, falta de energía, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pérdida de interés o placer en casi todas las actividades persiste pueden ser signos de depresión.

Las personas diabéticas tienen el doble de posibilidades de sufrir de depresión con respecto al resto de la población. La depresión también se asocia con control de glucosa en sangre menor al ideal, complicaciones de salud y calidad de vida deteriorada (Ídem).

- **Depresión:** De acuerdo a la OMS (2015), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, esta puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

Los pacientes con DM2 al encontrarse deprimidos, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el auto cuidado y la interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico y bajo

control glucémico (Rivas, Valentina; García, Herminia; Cruz, Aralucy; Morales, Fabiola; Enríquez, Rosa María; Román, Josefina; 2011).

La interacción de DM2 y la depresión tienen un efecto combinado y que conduce a una mayor mortalidad y mayor incidencia de enfermedades tanto micro como macro vasculares. La depresión se ha demostrado que impacta de manera significativa la adherencia al tratamiento en los pacientes con DM2 (Rivas Valentina et al., 2011).

- **Ansiedad:** La ansiedad es una condición o estado emocional del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctúa a través del tiempo (Spielberger, Charles & Diaz-Guerrero Rogelio, 1970, p. 1).

En relación con la diabetes, la ansiedad posee influencia en los niveles de glucosa, y un buen manejo de esta ayuda a mantener niveles óptimos de azúcar en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su estado de salud.

Los pacientes con DM2 pueden sufrir de ansiedad al recibir el diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y por otro lado el riesgo de que puedan tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía y nefropatía, además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, y debido a esto, en muchos casos se ve afectada negativamente en su capacidad para adherirse a su tratamiento médico (Rivas Valentina et al., 2011).

En cuanto a lo planteado anteriormente acerca de las emociones, se hace énfasis en que experimentarlas en niveles normales no es malo, todas estas son esperadas debido a la gravedad de la situación, y con esto no se quiere decir que todas son experimentadas por las personas que padecen DM2, sino más bien dejar claro que pueden variar de persona a persona, y la forma de vivenciarlas de igual manera es relativa. Sin embargo, cuando estas se ven prolongadas en el tiempo como una respuesta emocional negativa persistente, de gran intensidad, clínicamente significativa y que afecta todas las esferas de la vida de la persona se convierte en una alteración emocional. Dependerá en gran manera la fortaleza

emocional de la persona para poder sobrellevar estas manifestaciones emocionales negativas, que de no poseer una adecuada forma de afrontamiento pueden caer como ya se mencionó en una alteración emocional.

Ahora bien, al caer en una alteración emocional, por la falta de adaptación a la nueva condición de paciente diagnosticado con una enfermedad crónica, y la experimentación prolongada de la respuesta emocional negativa persistente puede generar el apareamiento de cuadros compatibles, acerca de los cuales Amaya Terron (2012) comenta que:

La Diabetes Mellitus es una enfermedad física, pero que pone en jaque a nuestro mundo psicológico. Pueden aparecer tras el diagnóstico cuadros compatibles como: la ansiedad, el retraimiento social, la depresión, la ira, los sentimientos de culpa e incapacidad y una serie de sentimientos y situaciones que pueden empeorar el estado de ánimo general del paciente (párr. 6).

En este sentido, se hace énfasis en que poseer una alteración emocional puede traer consigo una serie de cuadros clínicos asociados, que pueden de manera certera tratarse detectándolas a tiempo o visualizando las señales que empiece a manifestar la persona, asumiendo una responsabilidad acerca de su nueva condición como paciente crónico, y colaborando en el cambio habitual en el estilo de vida que debe manejarse.

#### **2.3.4.3. Afrontamiento emocional en el diagnóstico y evolución de la enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2**

Ser diagnosticado con una enfermedad crónica como lo es la Diabetes Mellitus tipo 2 puede ser de gran impacto para la persona y afectarle emocionalmente sobre todo cuando el entorno no prepara para enfrentar y adaptarse a este tipo de enfermedad que requiere de ajustes en todos los aspectos de la vida. La persona debe aceptar su diagnóstico y aprender a manejarlo, pero esto no sucederá de inmediato, el paciente debe dejar hábitos que eran de su total agrado sustituyéndolos por otros que no serán del todo satisfactorios, en fin es un proceso continuo durante toda la vida y muchas veces cansado pero si se adecua eficazmente generará un equilibrio entre lo que puede y no puede hacer, entre la cronicidad de la enfermedad y sus complicaciones. A raíz de esto es importante que al momento de recibir el diagnóstico la persona no sienta que está sola, el apoyo de una persona idónea que

le acompañe es fundamental para que el paciente comience a afrontar adecuadamente su nueva condición de salud.

En definitiva, la manera en que el paciente afronta la enfermedad y sus complicaciones será determinante como factor de facilitación o empeoramiento en la evolución de la enfermedad.

En este mismo sentido, el planteamiento del psicólogo Lorente Iñaki (2015) es el siguiente:

Dado que no podemos (ni nadie puede por nosotros) hacer nada por curarnos la diabetes, no merece la pena dedicar ni un segundo de nuestra vida a completar la frase: **“si no tuviera diabetes...”** (párr. 18).

Puedes preguntarte: **“¿Qué puedo hacer para curarme?”** o por el contrario **“¿qué puedo hacer para alcanzar mayor calidad de vida?”**(párr. 19).

La respuesta a la primera pregunta es NADA. Sin embargo, con la segunda pueden surgirme muchísimas acciones: aprender más sobre técnicas de inyección, pesar los alimentos, restringir el consumo de grasas saturadas, hacer ejercicio asiduidad, realizar las determinaciones glucémicas necesarias, etc. (párr. 20).

A mi modo de ver esa es la casilla de salida, el punto de partida, el primer escalón: **“Ya que es inútil intentar que la diabetes desaparezca de mi vida, ¿qué puedo hacer para que interfiera lo menos posible en mi bienestar?”** (párr. 21).

Según Lazarus (1993), “el afrontamiento actúa como un poderoso mediador de los resultados emocionales, de modo que ciertas estrategias de afrontamiento están asociadas a resultados emocionales positivos, mientras otras lo están a resultados emocionales negativos” (Como se cita en Roales-Nieto Jesús, 2004, p. 365).

Esto dependerá de la valoración que se haga de la situación y de lo que se crea poder hacer para solucionarlo. Si la valoración que se haga indica que algo se puede hacer, el afrontamiento se centrará en el problema y su solución, de lo contrario éste se centrará en la emoción (Roales-Nieto Jesús, 2004).

**Figura 1.** *Modos de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984)*

**Confrontación:** acciones directas y en cierto grado agresivas para cambiar la situación.

**Distanciamiento:** esfuerzos para alejarse de la situación.

**Autocontrol:** esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

**Búsqueda de apoyo social:** acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.

**Aceptación de responsabilidad:** reconocimiento de la responsabilidad en el problema.

**Huida-evitación** de la situación.

**Planificación:** esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a ésta.

**Reevaluación positiva:** esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

**Nota:** Ocho formas específicas de conductas de afrontamiento identificadas por Lazarus y Folkman (1984) (Fuente: Roales-Nieto Jesús, 2004, p. 366).

Lo antes mencionado es clave para que el paciente afronte adecuadamente la enfermedad, de lo contrario las complicaciones que se presenten durante la evolución de ésta, a causa de los cambios drásticos que se experimentan en el estilo de vida, no permitirá la aceptación, conllevando al paciente a sumergirse en un sin fin de complicaciones en su salud producto de la cronicidad de la enfermedad.

#### **2.3.4.4. El factor emocional y su importancia en el estilo de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2**

La mayoría de las enfermedades crónicas afectan aspectos importantes de la vida en las personas que las padecen. Por lo que la Diabetes Mellitus tipo 2 no es la excepción, siendo esta un padecimiento incurable, en el que se necesita hacer ajustes en el estilo de vida que impone la enfermedad, hay que destacar la reacción emocional que se produce al tener conocimiento de que se padece, la cual afecta el bienestar subjetivo del individuo y

obliga necesariamente a un proceso de adaptación rápido el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones, que en muchos casos son negativas.

Para Aikens, Wallander, Bell y Cole (Como cito Méndez Francisco y Beléndez Marina, 1994), “los factores emocionales juegan un papel importante en el control de la diabetes. En concreto, la activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico en la diabetes” (p.189).

Las reacciones emocionales que presentan las personas están relacionadas con el curso y evolución de la enfermedad. Entre las cuales se puede mencionar: miedo, ansiedad, depresión, vergüenza, culpa, resentimiento e ira; son emociones que pueden aparecer en diferentes estadios del proceso y pueden abarcar desde una reacción normal hasta una alteración emocional.

Muchos pacientes pasan por etapas de tensión emocional manifestando reacciones que son el resultado de una mala adaptación a la enfermedad, a esto puede contribuir la forma de recibir la noticia que se padece diabetes lo que hace que el impacto del diagnóstico se manifieste en un grado de mayor intensidad, siendo más significativo el malestar emocional en la evolución de la enfermedad.

La forma de afrontar el inicio de la enfermedad y las situaciones de tensión son factores emocionales muy importantes en el proceso de ajuste para el inicio del tratamiento, debido a que se tiene que forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos.

La resistencia al estrés es la tendencia a percibir los potenciales eventos traumáticos o *distress* en términos menos amenazadores. La resiliencia es la capacidad para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces muy graves (Fernández-Abascal Enrique,2009, p.35).

Por lo tanto, el malestar que se desarrolla por el cambio drástico en su estilo de vida y su entorno, dado por la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales

que tienen efectos psicológicos importantes en el periodo de ajuste de la enfermedad, que perturban ámbitos muy importantes tales como: la familia, los amigos, el trabajo y lo personal. Todo esto puede ser percibido de otra manera si las personas actúan de manera resistente, convirtiendo los sucesos estresantes en oportunidades para el crecimiento.

Según Fredrickson y Tugade (2003), “encontraron que la resiliencia estaba mediada por la experimentación de emociones positivas; así, afirman que las emociones positivas protegen a las personas contra la depresión e impulsan su ajuste emocional” (Ibídem, p. 36).

De manera que, el factor emocional es muy importante en el cambio del estilo de vida de los pacientes, ya que si se retoma de manera positiva este promueve la resiliencia como una serie de atributos personales, produciendo una menor sensibilidad al dolor y motivando hacia el cuidado personal.

#### **2.3.4.5. Factores personales y sociales de mayor influencia en el desarrollo de alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2**

No hay duda que el padecer DM2 genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las esferas de la vida del que la padece. El debut o comienzo de la enfermedad puede constituir en la mayoría de los casos una etapa crítica; las personas sienten que han perdido la salud y ya no tienen control sobre sus vidas (*“Efectos psicológicos de la diabetes”*, s.f., p.29).

Muchos de estos desenlaces que el paciente presenta desencadenan factores personales que pueden contribuir a desestabilizar con mayor intensidad el proceso de aceptación o asimilación de la enfermedad, agravando la condición de los pacientes, generando malestares en todo su entorno y perturbando cada área en la que él estaba acostumbrado a desenvolverse.

Según Romero Rubén, Díaz Gloria e Romero Hilda (2011), en un estudio realizado en México, a pacientes diabéticos con la temática “los factores personales que influyen al desarrollo de alteraciones emocionales”, se pueden mencionar que:

El estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras

drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo (p. 127).

En muchos casos estos factores se desencadenan más al encontrarse en una etapa de emociones confusas y de mucha tensión; hacen que el paciente las utilice como un modo de escape de la realidad, cayendo en el uso de sustancias no recomendadas en el proceso de medicación diabética, llevando a que surjan efectos que les perjudican y en muchos casos agravan la situación actual de su salud tanto física como mental.

Otros factores que abonan al surgimiento de una alteración es la vivencia de bajos niveles de autoestima sintiendo que no tienen valor alguno, presenciando un sentido de culpabilidad u odio hacia sí mismos. También llegan a sufrir perturbación por los cambios drásticos de alimentación que los lleva a desórdenes alimenticios, que pueden darse debido que son producidos por el impacto emocional que sufren tras no aceptar el cambio de vida que les genera el ser diagnosticados. La actitud que se posea ante una enfermedad se relaciona con la forma en cómo la persona se adapta a ésta y con lo que significa para él/ella:

(...) Garza Calderón, Salinas Núñez y Villarreal encontraron que aquellas personas que tienen actitudes desfavorables hacia la adherencia al tratamiento presentan actitudes negativas hacia los efectos secundarios a medicamentos y pensamiento erróneo de estar totalmente recuperado (como citó Alfaro Centeno, Gracia María; Magaña Mancia, Mario Alexander y Rodríguez Jovel, Josué David; 2015, p.20).

Por otro lado, dentro de los factores sociales que influyen para el desarrollo de alteraciones emocionales se encuentra la cultura, siendo esta “un conjunto de patrones de conducta de creencias y valores, aprendidos y compartidos por un grupo social particular, que proporcionan a los individuos del grupo una identidad y un marco de referencia donde poder interpretar la experiencia” (Inmersión precoz en la clínica, 2011, p. 11).

Es imposible no asumir que una persona no tendrá cierta influencia por el entorno en el que vive, mayormente en una sociedad donde los patrones familiares o culturales se encuentran arraigados marcando la identidad de cada persona; tras el diagnóstico de la diabetes surgen muchos mitos o creencias que van de generación en generación a raíz de

los cuales el paciente diagnosticado no acepta la responsabilidad de su condición al verse influenciado por estas creencias descartando la dimensión que conlleva la enfermedad.

### **2.3.5. Cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2**

Cuidar a una persona que presente alguna condición médica, tal como un problema de salud conlleva dedicación, conocimiento, afecto, responsabilidad y preocupación. Lo cual, tiene repercusiones a nivel emocional, una sobrecarga que en relación a la vida de los cuidadores implica problemas en su salud mental, así como consecuencias económicas, laborales, familiares, relaciones sociales y su tiempo. Todo ello influye negativamente sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes, asimismo sobre sus cuidadores principales.

Cuando hablamos de los problemas del cuidador estamos sin duda poniendo el acento en el que le afecta de manera única y exclusiva a él mismo, en cómo percibe la situación que vive. Si el cuidador mantiene un equilibrio entre su mente y sus sentimientos, podrá llevar a cabo la tarea de vivir y se sentirá satisfecho de sus actos y sus pensamientos, de lo contrario se verá afectado por estresores que conllevará a una situación conflictiva tanto a nivel físico como emocional y que tendrá como resultado no solo la alteración en su estilo de vida sino también surgirán alteraciones a nivel emocional.

#### **2.3.5.1. El cuidador como parte de la red de apoyo**

De acuerdo a la RAE (2017), el cuidador es alguien que cuida, es diligente, pensativo y metido en sí. Siguiendo esa idea, se puede señalar que el cuidador es una persona que cuida a alguien asumiendo la responsabilidad de coordinar la atención que el enfermo necesite, a través del acompañamiento, apoyo y servicio. Es el facilitador de todos aquellos aspectos relacionados al bienestar del que cuida (controles médicos, control en la alimentación y actividad física, entre otros). Este puede ser un familiar, amigo, vecino; es decir, alguien cercano y de confianza.

Ahora bien, según la RAE (2017), se entiende como red al conjunto de elementos organizado para determinado fin. Por otro lado, hace referencia a la palabra apoyo a hacer que algo descansa sobre otra cosa, proteger y ayudar a otra. Conforme a esto, en este apartado se entenderá como red de apoyo al conjunto de elementos (cuidador, médicos, entre otros) organizados para proteger, ayudar y hacer que una persona descansa con la ayuda de otra.

Acorde a lo anterior, se denota lo importante que es el papel que realiza el cuidador como red de apoyo, puesto que él es un soporte en la vida del paciente brindando acompañamiento no solo con relación al control médico y su ayuda en el cambio del estilo de vida, si no también, apoyo emocional, el cual es de mucha importancia. Según Aguilar Sonia, García Katya & Tamacas Claudia (2009), “el apoyo emocional es la impresión de sentirse amado y valorado, de fraternizar, de poder confiar en alguien o la disponibilidad de alguien para hablar y compartir pensamientos, sentimientos y experiencias” (p.10).

De aquí la importancia de que el cuidador aprenda a escuchar, esto implica mostrar interés a lo que la persona dice, comprenderle y de esa manera ayudarlo. Cope Joyce (2004) sostiene que “al escuchar, no se escuchan solamente las palabras, sino como la persona las ha dicho, se deben tomar en cuenta el tono de la voz, las expresiones en la cara, los movimientos de las manos, las emociones que afloran” (p.78). Esto permite ayudar de mejor manera.

Por ello el cuidador debe estar atento a las necesidades de quien cuida, por esto el cuidador debe contar con ciertos aspectos para ejercer bien su rol.

Según el filósofo Mayeroff Milton (Citado por Cope Joyce, 2004), el verdadero cuidador de una persona necesita tener: conocimiento, es decir “hay que conocer a la persona a quien se va a cuidar (sus fuerzas y debilidades), a la vez hay que conocerse a sí mismo en la misma manera. Hay que saber cómo responder a las necesidades de ella” (p. 67).

Con base a esto, la paciencia es otro aspecto importante. Mayeroff Milton sostiene que “al actuar con paciencia, se da al enfermo el tiempo y el espacio necesario para que este

pueda ejercer su propia autonomía (...) Cuando se actúa con paciencia se da "una oportunidad para cuidar" (Ídem).

Por otra parte, la confianza es fundamental, pues Mayeroff Milton sostiene que:

La falta de confianza se demuestra cuando se procura dominar a la persona o sobreprotegerla. Permitir que el enfermo tome todas las decisiones que puede aun cuando pueda equivocarse, es una manifestación de la confianza que se tiene en él y esto es saludable tanto para el enfermo como para quien lo cuida (Íbidem, p. 68).

Por lo tanto, el cuidador debe trabajar con el fin de apoyar al paciente con diabetes y así proporcionarle un mejor afrontamiento ante la enfermedad, adaptándose a las limitaciones que esta le impone; siendo así un pilar fuerte en la vida del que cuida, ayudándole a obtener un equilibrio para desenvolverse en su vida diaria satisfactoriamente.

#### **2.3.5.2. Alteraciones emocionales en cuidadores**

La responsabilidad del cuidado de una persona que vive en situación de enfermedad crónica implica que el cuidador maneje eventos vitales para la calidad de vida de la persona que está a su cargo y que dedique gran parte de su tiempo a ello; sin embargo, por asumir esto, muchas veces de manera incondicional, dejan de lado sus propias necesidades y requerimientos personales, lo que afecta su calidad de vida (Achury Diana, Castaño Hilda, Gomez Lizbey & Guevara Nancy, 2011).

El rol que ejerce el cuidador es complejo ya que no solamente debe cumplir con la responsabilidad de sus actividades personales sino que debe asumir el cuidado de otra persona, esta tarea se vuelve más complicada cuando el paciente es dependiente debido a la cronicidad de la enfermedad, puesto que:

Cuidar de una persona dependiente, es una tarea difícil, cansada y de gran responsabilidad, que demanda realizar actividades para las que no se está preparado y que no siempre son agradables. La mayoría de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito... esta función se considera solo como una extensión de las tareas domésticas; condicionando que el cuidador pierda de manera progresiva sus actividades previas y oportunidades (Bello Janeth, 2014 p. 6).

La sobrecarga del cuidador se produce cuando no se alcanza este equilibrio. Se notará un desgaste físico y emocional ante las exigencias que ha supuesto el cuidado y el acompañamiento. El manejo diario de la enfermedad o de sus secuelas se mezcla con la sensación de falta de control y de que lo que haces nunca es suficiente para el bienestar de tu allegado y tus propios proyectos. Es frecuente que sientas que se agotan tus reservas de energía, tanto físicas como psicológicas (Grupo Español de Pacientes con Cáncer [GEPAC], 2013).

Cuidar a un familiar con el diagnóstico de una enfermedad crónica es una de las mayores demostraciones de amor. Pero también puede ser una de las situaciones más estresantes que se pueden vivir, ya que el hecho de cuidar a otro produce cambios bruscos en la vida, que pueden manifestarse en padecimientos físicos, cambio en los roles como en el trabajo, en el hogar e incluso alteraciones emocionales (Pérez Liana, 2011).

En este sentido se hace de suma importancia tomar en cuenta las alteraciones emocionales que vivencian los cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, a causa de los cambios bruscos que se realizan en su estilo de vida así, como la sobrecarga que recae sobre ellos, por ejercer su rol de cuidador primario.

García Ángeles (2016) comenta que los sentimientos que acompañan a los cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 son: soledad, tristeza, culpa, miedo, ira o enfado y autocompasión.

- **Soledad:** dentro de las emociones que vivencian los cuidadores podemos mencionar la soledad, debido a que el tiempo que se dedica al cuidado del paciente crónico es mucho, se generan tantas preocupaciones y cansancio que restan ganas de salir de casa y participar en actividades sociales de ocio.

El no querer ser una preocupación ni una molestia para los amigos y familiares contándoles una vez más la preocupación por la que se está pasando, no disfrutar de las relaciones con amigos ni del tiempo que se comparte con ellos ya que los pensamientos están con la persona que se cuida, y no sentir que los demás puedan comprender la realidad de cada día y las dificultades de cuidar, son algunas de las causas de soledad y aislamiento social para los cuidadores.

- **Tristeza:** es muy común entre los cuidadores, es como un modo de reacción ante una situación que genera tensión emocional, en este caso haciendo referencia a la condición de cuidador principal de un paciente con enfermedad crónica; y la incapacidad para poder enfrentarse a la sobrecarga en sus labores cotidianas, y la adaptación a los cambios significativos en su estilo de vida.
- **Culpa:** suele aparecer cuando se deben tomar decisiones difíciles respecto a la salud y los cuidados de la persona atendida, creyendo que cualquier complicación recaerá como una responsabilidad del cuidador. Además aparece cuando no se pueden canalizar hechos del pasado y se considera que pueden haber recaídas que van a ocasionar nuevamente el desequilibrio del paciente crónico. El poseer metas demasiado altas y excesivos “debería”, en cuanto a planes personales que se ven aplazados por el cuidado al paciente diabético, y por dedicarse tiempo a sí mismo, pensando que mejor debería invertir ese tiempo y fuerzas en prestar atención al paciente para evitar afrontar una futura hospitalización, también son fuentes de culpa para el cuidador de paciente crónico.
- **Miedo:** se genera al considerar no estar proporcionando los cuidados necesarios al paciente, además de no poder cuidarlo debido al propio cansancio, y que la enfermedad evolucione a tal medida que no pueda controlarse y el diagnóstico empeore y se llegue hasta la muerte.
- **Ira o enfado:** a lo que Bello Janeth, (2012) denomina en su investigación: “sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas”, comentando que:

Se denomina carga o sobrecarga del cuidador, a la tensión que soporta el cuidador por el cuidado de un familiar dependiente. La cual es una respuesta multidimensional al estrés físico, psicológico, social y económico que suponen la actividad de cuidar (...) (p.8). En un principio se echa mano de todos los recursos interiores y exteriores a fin de sobrellevar el cambio y mantener un equilibrio entre la atención a la persona dependiente y la conservación de la vida y salud propias. Sin embargo, con el paso del tiempo gran parte de los cuidadores no recibe ayuda de otras personas (p. 6).

A partir de lo expuesto se genera la ira y el enfado por sentirse sobrecargado en cuanto a los cuidados del paciente, concibiéndose atrapado en la situación, sin

recibir apoyo de los demás para poder mantener hasta cierto punto el equilibrio en la situación de salud que se está experimentando.

- **Autocompasión:** la autocompasión consiste en sentir pena o lástima por uno mismo, aunque puede aparecer disfrazado de pena o compasión por la situación de otros y/o por la muerte o pérdida de un ser querido.

Es la sensación de sentirnos débiles e incapaces para conseguir los objetivos, percibir la realidad “deformada” y sentirse sin capacidad para controlar las necesidades del cuidado y que el control está fuera de nuestro alcance (García Ángeles, 2016).

En cuanto a lo planteado anteriormente, es de hacer énfasis que las emociones experimentadas no necesariamente son patológicas, que depende de cómo se percibe lo que se está viviendo, esto dará la pauta para hablar de niveles relativamente normales lo que no es malo, e igualmente no todas son experimentadas por los cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, estas pueden variar de cuidador a cuidador, y la forma de vivenciarlas de igual manera va a ser diferente.

Sin embargo, cuando estas se ven prolongadas en el tiempo se tornan a una respuesta emocional negativa persistente, de gran intensidad, clínicamente significativa y que afecta todas las esferas de la vida de la persona hablamos entonces de una alteración emocional.

Cuando se presenta la alteración emocional, por la sobrecarga de cuidar a un paciente diagnosticado con una enfermedad crónica, se experimenta de manera prolongada una respuesta emocional negativa persistente, generando un cuadro clínico evidenciado en la investigación realizada por Bello Janeth a cerca de la “sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas” (2012) a través de la cual se sostiene que:

Las principales alteraciones psíquicas que presenta el cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, como manifestación de su estrés emocional. De ellas, la más frecuente es la depresión, con una prevalencia del 32%, y las circunstancias favorecedoras (...). Las consecuencias de los problemas psíquicos del cuidador influyen de gran manera en el plano individual, familiar y, lo que es más importante, en los propios cuidados del paciente incapacitado,

por lo que se puede establecer una problemática de convivencia cuidador-dependiente, cada vez más complicada(p. 8).

Los cuidadores referían padecer cansancio, dolor de espalda, cefalea, algias musculares y a nivel psicológico aumentaron los procesos de ansiedad y depresión, así como el insomnio, apatía o irritabilidad (Sampietro Aracely, 2014).

Es posible que estos cambios en la dimensión psicológica se incrementen cuando los cuidadores llevan ejerciendo su labor durante más de tres meses, porque se entregan y dedican gran parte de su tiempo al cuidado, hasta llegar a centrarse de forma casi exclusiva en las necesidades del paciente, sin reparar en las propias. Con frecuencia, ello genera cansancio físico, sentimientos de enfado e irritabilidad, así como sentimientos de culpa por considerar no alcanzar a hacer todo lo que su familiar necesite.

#### **2.3.5.3. Afrontamiento emocional en cuidadores de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo2**

Lázarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento desde la perspectiva de su modelo transaccional, como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluados como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Como se citó en Álvarez Marcela, de Paz Enrique y Hernández Roxana, 2005, p.29).

Al ser el cuidador fuente de apoyo significativa para el paciente, es de vital importancia que sepa cómo afrontar la enfermedad desde el momento de recibir el diagnóstico, esto es clave porque el paciente puede decaer por el desconocimiento de la enfermedad y considerarla como una amenaza que destruirá su vida, en ese momento el cuidador debe ser quien le motive a seguir adelante y procurar que se mantenga constante, pero si el cuidador percibe la enfermedad como algo catastrófico el paciente posiblemente tendera a hacerlo de la misma manera. Si bien es cierto el cuidador no padece la enfermedad es muy importante prestarle atención a su bienestar ya que es vulnerable emocionalmente ante las diversas complicaciones, cambios y restricciones que experimenta junto al paciente durante la evolución de la diabetes.

En definitiva, hay que prestar suma atención a la carga emocional que tiene el cuidador y su manera de afrontamiento ya que si este no es efectivo puede aumentar los problemas emocionales por la presión que tiene al cuidar del paciente siendo esto determinante en la facilitación o empeoramiento tanto de la enfermedad por el tipo de cuidados que debe brindar, así como su bienestar personal, en este sentido la salud mental de ambos, paciente y cuidador, es fundamental.

Cuando se habla de los problemas emocionales del cuidador se hace énfasis que esto le afecta de manera única y exclusiva, en cómo percibe la situación que vive y que no ha buscado, o cómo se ve afectado por todos los factores estresantes por su rol que hacen que sus emociones se experimenten de una forma muy intensa lo que le dificulta el manejarlas adecuadamente. Por tanto,

Si el cuidador mantiene un equilibrio entre su mente y sus sentimientos, podrá llevar a cabo la tarea de vivir y se sentirá satisfecho de sus actos y sus pensamientos. Pero si no lo aclara y, queriendo expresar pena, muestra rabia, el desconcierto y la frustración suplantarán su razón y se sentirá deprimido e ineficaz. No se comprenderá a sí mismo (Espina Marielo, s.f., p.187).

Por tanto, debe saber aprender a identificar sus necesidades y controlar sus emociones, para esto es necesario que afronte adecuadamente cada situación por muy difícil que sea, de lo contrario se verá inmerso en un sin fin de problemas emocionales que en lugar de facilitarle el cuidado del paciente generara malestar en su vida personal lo que repercutirá en el trato hacia la persona que cuida. Debe prestar suma atención a cada situación y esforzarse en buscar soluciones de forma racional para mantener el control logrando así el bienestar de ambos.

#### **2.3.5.4. El factor emocional y su importancia en el estilo de vida del cuidador**

Los cambios bruscos en el estilo de vida que implica el padecimiento de DM2 no solo afectan a las personas que están diagnosticadas con esta enfermedad, sino también a las personas que ya sea total o parcialmente cuidan y apoyan a alguien que padece DM2.

Es importante señalar que los cuidadores juegan un papel clave en el estado emocional de las personas con DM2, además de brindarles apoyo en actividades materiales, y esto les proporciona una mejor adherencia al tratamiento; sin embargo, el estado emocional en los cuidadores también juega un importante papel en su estilo de vida.

Los cuidadores deben poseer características que les ayuden a desempeñar su papel de la mejor manera, según Achury Diana et al. (2011), estas características deben ser: “responsabilidad, disciplina, paciencia, adaptabilidad a los cambios, al tiempo que brinda acompañamiento y apoyo emocional al paciente” (p. 33). En base a esto, es importante destacar la característica de adaptabilidad a los cambios, pues una persona que se encargue del cuidado de un paciente con DM2 también tendrá que cambiar ciertos aspectos de su estilo de vida, implicara dedicar gran cantidad de tiempo; en muchos casos, debido a las exigencias que demanda el cuido pueden llegar a descuidar sus propias necesidades.

La labor de la persona que ejerza el rol de cuidador puede convertirla en una práctica frecuente, ya que se le asigna o asume la responsabilidad de acompañar al paciente a evaluación médica, modificar los estilos de vida (alimentación, actividad física, etc.), administrar medicamentos; lo que puede llevarlos a deteriorar su calidad de vida (Achury Diana et al., 2011).

El bienestar tanto físico como emocional del cuidador presenta en muchas ocasiones este deterioro, arrastrándolos a un estrés físico y emocional, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, etc., ya que estos deben estar pendientes del rol que ejercen con el paciente, y de sus actividades de la vida cotidiana como el ejercicio laboral, profesional y su vida personal.

Para Achury Diana et al. (2011) “los cuidadores pueden sentir aflicción y angustia, sobre todo en el momento del diagnóstico, puesto que no es fácil la adaptación a los cambios que generan las enfermedades crónicas” (p. 38). Esto tiende a suceder en cuidadores de parientes, o seres queridos. Cuando los cuidadores se dedican casi de manera exclusiva a los cuidados de su paciente, con frecuencia estos experimentan cansancio físico, sentimientos de enfado e irritabilidad, así como en muchas ocasiones sentimientos de culpa por no alcanzar a hacer todo lo que la persona necesita.

Achury Diana et al. (2011), mencionan además que cuando se trata de un solo cuidador, no recibe apoyo y percibe que posiblemente su labor no es reconocida por los demás miembros de la familia, podría favorecer en la percepción de sentimientos de culpa, ira, dolor, no aceptación de la enfermedad de su familiar y como consecuencia, un deterioro en su dimensión emocional.

Esto podría desencadenar en el cuidador, la aparición de alteraciones emocionales que llegarían a perjudicar su estilo de vida, bienestar físico, espiritual y entorno social.

Por lo tanto, el factor emocional del cuidador tiene una gran importancia en su estilo de vida, que a la vez trasciende en el estilo de vida del paciente, por esta razón es importante el cuidado de su salud mental.

#### **2.3.5.5. Factores personales y sociales en el desarrollo de alteraciones emocionales en los cuidadores**

Muchos de los cuidadores no son conscientes de la importancia del papel que desempeñan, de lo que implica la responsabilidad de cuidar a otra persona sobre todo si no tiene maneras de cómo manejar esta situación, lo cual puede provocarle malestar físico y psicológico generando esto alteraciones emocionales.

Dentro de los factores personales que pueden desarrollar alteraciones emocionales se encuentran: el cambio en su estilo de vida, que al no tener un equilibrio en su responsabilidad de cuidador, así como en su vida personal generará un desgaste en su salud tanto física, emocional y social, la manera que esto le afecte dependerá de la edad y las actitudes que tome para afrontar su nuevo rol.

Para Ruiz Alma & Nava Guadalupe (2010),

Algo muy frecuente en los cuidadores es el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar. De hecho, no es una “sensación”, sino que surge de comparar a personas que cuidan con personas sin esa responsabilidad: los cuidadores resultan con una peor salud. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la edad media de los cuidadores principales según la lectura es de 52 años y que un 20% son mayores de 65 años (p. 168).

El asumir esa responsabilidad puede generar la percepción reducida de que solo es una persona quien cuida, además la inatención a su salud propiciará que surjan un conjunto de emociones y conflictos (culpa, sentido de deber, compasión, aprecio) dependiendo de la relación que tenga con el paciente diabético. Debido a esto puede verse alterada su vida social, familiar, entre otros aspectos puede llevarle a un desajuste emocional por no tener en cuenta tiempo para su bienestar.

Por otro lado, la autoestima puede ser otro factor que afecte a la persona. Según Dueñas y Cols, la pérdida de autoestima y desgaste emocional, así como otros síntomas psíquicos se producen básicamente por (citado por Barrón Brenda y Alvarado Salvador, 2006, p. 43):

- a) La transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes lo atienden
- b) La repetición de las situaciones conflictivas
- c) La imposibilidad de dar de sí mismo de forma continua que puede llegar a incapacitarle seriamente para realizar actividades funcionales en relación a sus semejantes y a su entorno.

El estrés es un factor importante que al no tener un control sano sobre este, puede llevar a que la persona sufra desajustes en diferentes áreas de su vida tales como: pedir constantemente permisos para acompañar al paciente a los controles, problemas de tipo económico, descuido en su alimentación, problemas de sueño, sentimientos de desesperanza y preocupaciones por el futuro conllevando esto al desarrollo de alteraciones emocionales.

Es importante hacer énfasis a los conflictos en el ámbito familiar debido a que en ocasiones el cuidador puede descuidar su rol dentro de su grupo familiar por lo que lejos de ser apreciado, estimulado y comprendido, es criticado y no recibe apoyo del grupo familiar convirtiéndose esto en una fuente de estrés añadida en lugar de una fuente de apoyo.

Cabe recalcar que:

(...) el ser único cuidador y no recibir apoyo alguno y el percibir que posiblemente su labor no es reconocida por los demás miembros de la familia, podría favorecer en la percepción de sentimientos de culpa, ira,

dolor, no aceptación de la enfermedad del familiar y, como consecuencia, un deterioro en su dimensión emocional (Achury Diana et al., 2011.p. 38).

#### **2.3.5.6. Importancia del bienestar psicológico en los cuidadores como soporte del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2**

La tarea del cuidador requiere tiempo, dedicación, conocimiento, responsabilidad, voluntad, amor y paciencia. Del uso que se les dé a esos aspectos depende el bienestar, ya que no solo es el enfermo quien resulta vulnerable frente a la situación de cronicidad y, por ende, es de suma importancia el bienestar psicológico en el cuidador, ya que permite afrontar de manera más adecuada las situaciones de estrés que surgen en la vida diaria. Un cuidador con un alto nivel de bienestar está mejor preparado, afronta mejor las demandas y desafíos del ambiente.

Por tanto, las personas que se sienten bien consigo mismas, tienen actitudes positivas hacia sí mismas pueden marcarse metas vitales, ser capaz de amar y ser amado, constituyendo un mejor equilibrio interno y facilitando el desarrollo de un bienestar psicológico.

Según Seligma et al. (2005),

Los elementos constitutivos del bienestar y la felicidad son: 1) placer y emociones positivas; 2) compromiso; 3) significado (meaning). El placer y las emociones positivas son elementos hedónicos del bienestar. Se pueden mejorar estas emociones acerca del pasado, por ejemplo, a través de la gratitud y el perdón; acerca del presente a través del saborear (savouring) y mindfulness; respecto al futuro construyendo esperanza y optimismo (como cito Bisquerra Rafael, 2011, p.39).

Por ello, se utilizan estrategias para minimizar el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, es decir, “la carga” del cuidador.

Entre los factores que parecen influir en el nivel de bienestar percibido están los medios empleados para luchar con el estrés asociado a la carga del cuidador, es decir, las estrategias de afrontamiento usadas por los cuidadores.

Según Lazarus & Folkman, (1986), “las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para

manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Citado en García Felipe, Manquián Esteban, y Rivas Gisela, 2016, párr. 7).

También está la evaluación subjetiva que realiza el cuidador de los recursos sociales que dispone, es decir, el apoyo social percibido se relaciona con la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella. Así, el apoyo social se genera en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, además de la entrega de ayuda simbólica o material. Esto favorece la construcción de una percepción más positiva de su ambiente, y además promueve el auto-cuidado y el mejor uso de los recursos personales y sociales de un individuo.

Esto se convierte en una importante fuente de ayuda para los cuidadores a la hora de hacer frente a las situaciones del cuidado. El apoyo social tiene una relación directa con el bienestar psicológico del cuidador, ya que incide positivamente en la calidad de vida del mismo y predice significativamente la satisfacción con la vida.

## CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

### 3.1. Tipo de investigación

Se realizó una investigación de tipo cualitativo, la cual se enfocó en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto.

Por lo cual, se presentan algunas características propuestas por Hernández Roberto, Fernández Carlos y Batista María, 2014, pp.8-9):

- Las *investigaciones cualitativas* se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general. Por ejemplo, en un estudio cualitativo típico, el investigador entrevista a una persona, analiza los datos que obtuvo y saca conclusiones; posteriormente, entrevista a otra persona, analiza esta nueva información y revisa sus resultados y conclusiones; del mismo modo, efectúa y analiza más entrevistas para comprender el fenómeno que estudia. Es decir, procede caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general.
- En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, sino que se generan durante el proceso y se perfeccionan conforme se recaban más datos; son un resultado del estudio.
- El enfoque se basa en métodos de recolección de datos *no* estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos). También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades.
- Así, el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos, como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión

en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historia de vida, e interacción e introspección con grupos o comunidades.

- El investigador hace preguntas más abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe, analiza y convierte en temas que vincula, y reconoce sus tendencias personales. Debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas. Patton (2011), define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones (Citado por Hernández Roberto et al., 2014, p. 9).

Por otra parte, es importante mencionar que esta investigación es de estudio y alcance explicativo y propositivo:

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por que se relacionan dos o más variables (Hernández Roberto et al., 2010, pp. 83-84).

Por otro lado, esta investigación es propositiva porque se entregará una propuesta psicoeducativa.

### **3.2. Población y sujetos de investigación**

Se seleccionó a la población que ha sido diagnosticada con Diabetes Mellitus tipo 2, para integrar parte de la muestra de la investigación debido a la gran frecuencia con que se presenta dicha enfermedad.

La unidad de análisis fueron los pacientes entre los 50 a 70 años de edad cronológica, diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores que asisten a las jornadas de educación diabetológicas en Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.

La población está constituida por un total de cincuenta pacientes entre hombres y mujeres que asisten a jornadas de educación diabetológicas en la Policlínica y que

mantienen su control en el Hospital San Juan de Dios; de este último se tomó una muestra de seis pacientes y su respectivo cuidador teniendo un total de doce personas.

➤ **Muestreo cualitativo**

En esta investigación el muestreo fue no probabilístico, ya que no todos los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus cumplieron las características para participar en dicho estudio:

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Johnson, 2014, Hernández-Sampieriet *al.*, 2013 y Battaglia, 2008b). Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. Elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística depende del planteamiento del estudio, del diseño de investigación y de la contribución que se piensa hacer con ella (Hernández Roberto et al., 2014, p.176).

➤ **Criterios de inclusión**

Se escogieron a las personas que fueron parte de la investigación según los siguientes criterios:

- Que fuesen personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Que los pacientes diagnosticados con DM2 oscilaran entre las edades de 50 a 70 años de edad cronológica.
- Que tuvieran su control médico en el Hospital San Juan de Dios y que asistieran a las jornadas de educación diabetológica en la Policlínica de Atención Integral en Santa Ana.
- Que estos pacientes tuvieran un cuidador que les apoye.

- Que hubiera disposición por parte de los pacientes como también de sus cuidadores para participar en la investigación.
- Que el tiempo del diagnóstico fuese mayor a 2 años.

➤ **Procedimiento de selección**

Se solicitó la colaboración del diabetólogo encargado de las jornadas de educación diabetológicas, para que brindara el listado de los pacientes que asisten, para tener el número exacto de los asistentes. En base a dicha lista se elaboró una ficha de datos para identificar a los pacientes que tienen el control en el Hospital San Juan de Dios, por medio de esta se identificaron quince pacientes de la población total.

Los pacientes que cumplieron con los criterios de investigación mencionados anteriormente, fueron seis pacientes y sus cuidadores; conformando un total de doce personas, las cuales conformaron la muestra del presente estudio y que se abordaron en la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana para aplicar los instrumentos.

### **3.3. Instrumentos**

#### **A. Nombre del instrumento**

“Entrevista psicológica semi-estructurada dirigida a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2”.

#### **Objetivo del instrumento**

Indagar como experimentan emocionalmente los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 el proceso de diagnóstico y posterior evolución de la enfermedad.

#### **Descripción del instrumento**

El instrumento consta de dieciséis preguntas abiertas divididas en cuatro categorías:

- Diagnóstico de la enfermedad que consta de cuatro preguntas.

- Estilo de vida antes del diagnóstico que consta de una pregunta.
- Estilo de vida después del diagnóstico que consta de cuatro preguntas.
- Variables personales que consta de siete preguntas.

## **B. Nombre del instrumento**

“Entrevista psicológica sobre alteraciones emocionales dirigida a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2”.

### **Objetivo del instrumento**

Indagar cuáles son las alteraciones emocionales que experimentan los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 en el proceso de diagnóstico y posterior evolución de la enfermedad.

### **Descripción del instrumento**

El instrumento consta de cuarenta preguntas abiertas divididas en 5 categorías:

- Depresión que consta de ocho preguntas.
- Ansiedad que consta de ocho preguntas.
- Enojo que consta de ocho preguntas.
- Estrés que consta de ocho preguntas.
- Culpa que consta de ocho preguntas.

## **C. Nombre del instrumento**

“Guía de observación participante dirigida a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2”.

### **Objetivo del instrumento**

Identificar conductas que presentan los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad.

### **Descripción del instrumento**

El instrumento consta de doce indicadores a observar durante el desarrollo de las jornadas de educación diabetológicas, así como el desarrollo de las entrevistas a realizar.

### **D. Nombre del instrumento**

“Entrevista psicológica semi-estructurada dirigida a cuidadores de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2”.

### **Objetivo del instrumento**

Indagar como experimentan emocionalmente los cuidadores de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 el proceso de diagnóstico y posterior evolución de la enfermedad.

### **Descripción del instrumento**

El instrumento consta de dieciséis preguntas abiertas divididas en 4 categorías:

- Diagnóstico de la enfermedad que consta de dos preguntas.
- Rol de cuidador que consta de siete preguntas.
- Estilo de vida que consta de dos preguntas.
- Variables personales que consta de cinco preguntas.

### **E. Nombre del instrumento**

“Entrevista psicológica sobre alteraciones emocionales dirigida a cuidadores de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2”.

### **Objetivo del instrumento**

Indagar cuáles son las alteraciones emocionales que experimentan los cuidadores de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 en el proceso de diagnóstico y posterior evolución de la enfermedad.

### **Descripción del instrumento**

El instrumento consta de cuarenta preguntas abiertas divididas en cinco categorías:

- Depresión que consta de ocho preguntas.
- Ansiedad que consta de ocho preguntas.
- Enojo que consta de ocho preguntas.
- Estrés que consta de ocho preguntas.
- Culpa que consta de ocho preguntas.

### **F. Nombre del instrumento**

“Guía de observación participante dirigida a cuidadores de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2”.

### **Objetivo del instrumento**

Identificar conductas que presentan los cuidadores de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación al rol que ejercen.

### **Descripción del instrumento**

El instrumento consta de diez indicadores a observar durante el desarrollo de las jornadas de educación diabetológica, así como el desarrollo de las entrevistas a realizar.

#### **➤ Validación de instrumentos**

Para validar la funcionalidad de los instrumentos se solicitó a dos profesionales expertos en la materia, los cuales fueron: el licenciado Jaime Vidal Galdámez Flores; educador en diabetes, colaborador de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI). Asimismo, ayudo en el proceso el licenciado Francisco Javier Campos Carías; psicólogo del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. Por otro lado, se aplicó una prueba piloto a tres pacientes con sus respectivos cuidadores no pertenecientes a la población para que los instrumentos fueran confiables.

### **3.4. Procedimiento**

La aplicación de los instrumentos se realizó dentro de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana, con quienes se gestionó los permisos necesarios para llevar a cabo las actividades de investigación en dicha institución.

Las entrevistas se realizaron en seis sesiones de las cuales se llevaron a cabo tres sesiones para los pacientes y tres para los cuidadores abordándolos de manera individual.

Las guías de observación participante se aplicaron tanto en el desarrollo de las jornadas de educación diabetológicas mensuales como en la aplicación de entrevistas.

### **3.5. Procesamiento de información**

Para el procesamiento de información se elaboró una matriz de análisis para cada instrumento: A y B, que constituyen los protocolos de entrevistas y C que es la guía de observación administradas a los pacientes. Asimismo, los instrumentos D y E son los protocolos de entrevista y F la guía de observación para sus cuidadores.

La matriz para los instrumentos A, B, D y E se dividió en las áreas contempladas en cada instrumento con sus respectivas preguntas y respuestas. En dicha matriz se ubicaron al lado izquierdo en forma vertical las preguntas; al lado superior de izquierda a derecha se encontrarán los sujetos codificados, para los instrumentos A y B como paciente 1, paciente 2 y así sucesivamente hasta el paciente 6 y para los instrumentos D y E los sujetos se codificaron como cuidador 1, cuidador 2 y así hasta el cuidador 6. Asimismo cada área conto con un cuadro en la parte inferior para su respectiva descripción.

Por otra parte, la matriz para los instrumentos C y F estuvo compuesta por las conductas a observar y los resultados de estas. Al lado izquierdo de esta matriz y en forma vertical, se ubicaron las conductas a observar, mientras que al lado superior de izquierda a derecha se colocaron los sujetos codificados como paciente 1, paciente 2 correlativamente hasta paciente 6, para el instrumento C y para el instrumento F como cuidador 1, cuidador 2

y así sucesivamente hasta cuidador 6. De igual manera, se agregó un cuadro en la parte inferior para la descripción de los resultados de cada instrumento.

Al finalizar dicho vaciado se llevó a cabo el análisis e interpretación de los resultados de manera descriptiva, tomando en cuenta cada una de las respuestas de los instrumentos aplicados, sustentando la interpretación en base al marco teórico de la presente investigación.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En este capítulo se presentan de manera integrada el análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos utilizados, los cuales fueron una entrevista psicológica semi-estructurada, así como una entrevista psicológica sobre alteraciones emocionales, además de una guía de observación participante dirigida cada una de estas, a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores.

Para la realización de dicho análisis e interpretación se tomaron en cuenta los objetivos que guiaron esta investigación, haciendo énfasis en primer lugar al análisis e interpretación de resultados de los pacientes y posteriormente al análisis e interpretación de los resultados de sus cuidadores.

### **EN RELACIÓN A LOS PACIENTES**

#### **➤ Identificar como los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores afrontan emocionalmente el diagnóstico y la evolución de la enfermedad.**

A partir de los resultados obtenidos en los instrumentos se pudo corroborar que el diagnóstico de una enfermedad crónica como es el caso de la Diabetes Mellitus tipo 2 genera un gran impacto en la vida de una persona y en su entorno. La palabra impacto, de acuerdo a la Real Academia Española (2017), hace referencia a un golpe emocional producido por un acontecimiento o una noticia desconcertantes.

El diagnóstico es una situación que aparece de manera sorpresiva provocando reacciones emocionales diferentes y maneras de afrontamientos distintos en cada persona que se manifiestan en la evolución de la enfermedad. Ante este hecho, en su mayoría los pacientes expresaron que al enterarse de su enfermedad sintieron malestar, enojo, tristeza, frustración, miedo y aflicción; asimismo, sostienen que padecer esta condición de salud significa una enfermedad, aunque no es complicada de acuerdo a la percepción que tienen;

pues a pesar de que deben generar cambios en su estilo de vida que de no cumplirlos son un riesgo por las complicaciones que se presentan ante la cronicidad de la enfermedad en ocasiones se descuidan ya que no la ven con la gravedad que esta implica.

De manera que, la Diabetes Mellitus tipo 2 ofrece a diario situaciones que muchos pacientes pueden percibir como amenazadoras, pero si las estrategias de afrontamiento están centradas en el cambio, se posee más control de la enfermedad; sin embargo, no todos afrontan de igual manera la enfermedad.

Según Lazarus (1993), “el afrontamiento actúa como un poderoso mediador de los resultados emocionales, de modo que ciertas estrategias de afrontamiento están asociadas a resultados emocionales positivos, mientras otras lo están a resultados emocionales negativos” (Como se cita en Roales-Nieto Jesús, 2004, p. 365).

Esto dependerá de la percepción y valoración que los pacientes tengan de la enfermedad, además, de las estrategias de afrontamiento las cuales permiten ocupar de manera adecuada los recursos y realizar acciones concretas para enfrentarse a las diferentes situaciones que conlleva la DM2; todo esto acompañado de aspectos de la personalidad como la resiliencia, fortaleza emocional y del apoyo social que tengan para sobrellevar la enfermedad.

Es importante evidenciar lo planteado por Lazarus & Folkman (1984) (Como se cita en Roales-Nieto Jesús, 2004, p. 366) sobre algunos de los modos de afrontamiento que tienen relación con lo vivenciado por los pacientes:

En primer lugar, se pudo constatar la **confrontación** la cual implica acciones directas y en cierto grado agresivas para cambiar la situación.

Por lo que, esto hace referencia a los casos de los pacientes que antes de ser diagnosticados tenían un estilo de vida en el que no tenían dieta, ni una rutina de ejercicio constante y no tenían que ingerir medicamentos diariamente; cosa distinta es su situación actual en la cual tratan de tener un mayor control de su salud, aprendiendo a cuidarse a sí mismos, organizando su estilo de vida y tratando de cumplir con su tratamiento médico, para así mantener una vida lo más saludable posible.

En segundo lugar, se pudo evidenciar la **búsqueda de apoyo social** la cual hace referencia a acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.

Dicho lo anterior, se logró identificar que los pacientes han manifestado tener el apoyo de un familiar o alguien cercano que están de alguna manera al cuidado de ellos. Además, es importante recalcar que el asistir a las jornadas educativas diabetológicas les ha ayudado pues sostienen que pueden compartir sus experiencias sobre la enfermedad, de igual forma participan activamente en las actividades y dinámicas que se realizan. Esto demuestra que el papel de la familia y los amigos es importante como soporte ante las adversidades y complicaciones de la enfermedad, ya que se tienen efectos beneficiosos sobre la salud mental y física de los pacientes. Además, se debe agregar que aunque el apoyo social es importante y es parte del afrontamiento, también lo personal es algo fundamental.

Asimismo, se ha podido constatar que otro modo de afrontamiento evidenciado en los pacientes es la **aceptación de responsabilidad** esta permite el reconocimiento de la responsabilidad en el problema.

Conforme a esto, se puede señalar de acuerdo a los resultados obtenidos que los pacientes tratan de asumir su responsabilidad tomando decisiones pertinentes para cuidar su salud, adoptando un papel activo en su autocuidado, teniendo control en los chequeos médicos, en su alimentación, así como en la rutina de ejercicios, entre otros aspectos; es decir, se han esforzado en realizar cambios en su estilo de vida a partir del diagnóstico y la evolución de la enfermedad. Aunque para la mayoría de ellos ha sido difícil asimilar y aceptar su condición hay otros que han manifestado no haber tenido un gran cambio en su vida, pues consideran que su vida sigue normal y no ven la enfermedad como algo complicado.

Como último aspecto que se puede señalar en relación a modos de afrontamiento se encuentra **huida-evitación** de la situación, ya que se puede constatar que algunos pacientes han pensado en huir por diversos problemas o por no querer afrontar la realidad teniendo dificultad para pensar con claridad debido a sentirte aturdidos y perturbados por la situación vivenciada.

De esta manera, se puede verificar la importancia de las estrategias de afrontamiento ante la cronicidad de la enfermedad y su evolución. Sin embargo, a través de la investigación realizada se denota que no todos los pacientes cumplen con maneras de afrontamientos adecuadas porque a pesar de que tratan de sobrellevar la enfermedad hay momentos o situaciones que los hacen decaer.

➤ **Identificar cómo influye el factor emocional para que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores se adapten a los cambios en el estilo de vida.**

Los pacientes atraviesan por etapas muy estresantes en donde sus emociones se ven afectadas, manifestando reacciones que pueden ser el resultado de una mala adaptación a la enfermedad, desde lo anterior es posible señalar que antes de ser diagnosticados tenían un estilo de vida en el cual no le prestaban mucha atención a la alimentación pues ingerían de todo, mostrando hábitos inadecuados y poco saludables, además mantenían una rutina de ejercicio como caminar, nadar, bailar, bicicletear pero no era frecuente; ahora bien, el realizar cambios en su estilo de vida posterior al diagnóstico generó pensamientos negativos en los pacientes manifestando emociones tales como miedo, tristeza y algunos se deprimieron ya que no quieren morir aun, asimismo buscaron refugio en Dios.

Al hablar de estilo de vida, se utiliza la definición según Ardell (1979), que aplicándolo a la salud se trata de “aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud” (Como se citó en Roales-Nieto Jesús, 2004, p. 128).

Por lo que, los resultados arrojan que para algunos no les fue difícil hacer los cambios en su nuevo estilo de vida porque han tratado de cuidarse en la alimentación y caminar. Sin embargo, otros sostienen que si les ha sido difícil por los malos hábitos, por no ser disciplinados.

Lo anterior es coincidente como lo señalaron Aikens, Wallander, Bell y Cole (Como cito Méndez Francisco y Beléndez Marina, 1994), “los factores emocionales juegan un papel importante en el control de la diabetes. En concreto, la activación emocional en

respuesta al estrés se considera uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico en la diabetes” (p. 189).

Dependiendo de cómo el paciente se sienta emocionalmente estos podrán manejar su situación, ya que esta es una enfermedad en la cual se tienen que realizar muchos cambios en el estilo de vida, los pacientes están bastante acostumbrados a llevar una vida no saludable ya que no le ponen cuidado a lo que ingieren ni al daño que esto puede generar a su salud, manifestando un desequilibrio emocional, por el hecho de limitarse a varios alimentos y además porque tienen que aprender a ser disciplinado y responsable con lo que consumen; asimismo, tienen que tener una rutina de ejercicio físico que puede resultar muy difícil de asimilar.

Por otra parte, se verifica a través de los resultados que los pacientes han realizado esfuerzos para poder adaptarse a la enfermedad, aunque no ha sido fácil ya que realizar cambios en el estilo de vida ha sido sumamente drástico durante la evolución de la DM2, más, sin embargo, a pesar de estos cambios tratan de mantener el control mostrándose responsables con su alimentación, ejercicio y tratamiento médico, buscando maneras de conocer más de la enfermedad y cuidando cada día su salud.

La resistencia al estrés es la tendencia a percibir los potenciales eventos traumáticos o *distress* en términos menos amenazadores. La resiliencia es la capacidad para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces muy graves (Fernández-Abascal Enrique, 2009, p. 35).

Los pacientes muestran resiliencia, ya que tratan de salir adelante a pesar de las dificultades de su enfermedad y de su vida cotidiana saliendo adelante cada día, aprendiendo formas para poder adaptarse y mostrándose positivos, aunque emocionalmente le sea difícil.

➤ **Caracterizar las principales alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores de Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.**

Ante el diagnóstico de una enfermedad pueden aparecer distintas alteraciones emocionales, sobre todo si la persona en este caso el paciente no tiene un ajuste emocional estable y no cuenta con un apoyo social.

Según la revista Nipro Diagnostics, Inc. (2010),

Escuchar a un médico que le dice al paciente "Usted tiene diabetes", resulta sorprendente e incluso impactante. Aun si el paciente pensó que podría tener diabetes, es natural que sienta temor al enterarse del diagnóstico. Cuando se diagnóstica al paciente con diabetes, esta situación puede resultar estresante y puede afectar sus emociones (p.2).

Las alteraciones emocionales pueden surgir dependiendo de la frecuencia o intensidad de la situación de estrés. Se entiende por alteración emocional a la alteración en el normal funcionamiento emocional, en la respuesta provocada por un estímulo o situación que se denota como amenazante, la cual posee una connotación de malestar clínicamente significativo, vinculada a la falta de adaptación ante una situación que impide el equilibrio del organismo; dicha falta de adaptación se prolonga en el tiempo aumentando su intensidad, trastocando todo el entorno y experiencias sensoriales, incluso la salud mental y física de la persona, en la cual se ven comprometidos los mecanismos expresivos y motores.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se puede enfatizar que a través de la investigación realizada los pacientes entrevistados manifestaron que cuando recibieron el diagnóstico experimentaron malestar, enojo, tristeza, frustración, miedo y aflicción; debido a que fue algo que llegó sorpresivamente lo que generó de alguna manera un cambio en su vida ante lo cual han tenido que aprender a enfrentarse.

Ahora bien, actualmente en su minoría los pacientes sostuvieron sentirse tristes debido a problemas familiares. No obstante, los demás manifestaron no sentirse tristes frecuentemente ni sentirse desamparados pues tienen el apoyo de Dios, de su familia, además del apoyo médico; a su vez, no han tenido la idea de acabar con su vida porque para

ellos es bonito vivir y aunque son conscientes de que la enfermedad tiene sus complicaciones, tratan de vivir la vida normal, realizando sus actividades cotidianas; no han perdido el interés por las cosas sino que siempre se mantienen motivados pues aún son capaces de realizar muchas cosas, son útiles, luchadores y trabajadores, aunque hay días no muy buenos en los que se ven un poco afectados en su salud tratan siempre de animarse y continuar con su vida.

Con lo antes descrito no se descarta que si bien es cierto los pacientes tratan de sobrellevar la enfermedad, no hay duda de que en ocasiones tiendan a sentirse tristes por alguna situación que afecte su salud y se desanimen; puesto que tienen días fatales, no tienen ánimos de hacer nada, se sienten cansados y a esto se le suman problemas de ámbito familiar lo cual les afecta emocionalmente, pero a pesar de eso siempre hacen el esfuerzo de levantarse con ánimos y seguir adelante. Ahora bien, es importante mencionar que, aunque algunos pacientes tengan problemas con un familiar todos consideran que el apoyo que tienen de alguien en su familia o de alguien cercano es importante, los anima y ayuda a continuar con su vida. El acompañamiento y apoyo de su cuidador es fundamental para su estabilidad tanto física como emocional.

Con respecto a lo anterior y ya que las situaciones vividas no perduran por mucho tiempo, se puede señalar que los pacientes no experimentan **depresión**, entendiendo está de acuerdo a la OMS (2015), como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, esta puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

Por otra parte, se logró constatar a través de los resultados obtenidos que los pacientes experimentan **ansiedad**, la cual hace referencia a una condición o estado emocional del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctúa a través del tiempo (Spielberger, Charles & Diaz-Guerrero Rogelio, 1970, p. 1).

En este sentido, los pacientes sostienen que temen que les ocurra alguna desgracia en su salud, aunque cumplan con lo establecido y no hagan nada malo; además, el futuro les parece incierto porque no saben si en un par de años van a estar vivos. Viven con la incertidumbre de que aunque ellos traten de tener cuidado en todo lo relacionado a su salud les inquieta no comprender que es lo que en ocasiones provoca que sus niveles de glucosa se encuentren elevados, esto les genera preocupación pues puede llevarles a tener complicaciones de la enfermedad, les preocupan los cambios en el color en los pies, los gastos obligatorios por la enfermedad, la incomodidad debido a evitar cosas que le gustan y en el caso de los pacientes que conviven con su pareja sostienen que la relación sexual ya no es igual. Además de esto, en ocasiones han tenido la dificultad para pensar con claridad debido a sentirte aturridos y perturbados por la situación vivenciada.

Por lo que se refiere al **enojo**, en su totalidad sostuvieron que se enojan, pero en situaciones que verdaderamente les incomodan, les enfada mucho cuando tienen algún descuido en su salud; en ocasiones por situaciones familiares, así como por la situación del país. Otra situación que les enfada es que, aunque se pongan la insulina y tomen el medicamento, a la hora del chequeo la glucosa les salga mal. Esto los lleva a enojarse mucho y reclamarle a Dios por la enfermedad, no obstante, es algo que dura poco tiempo pues tratan de controlarse.

El **estrés** es otro aspecto que de no ser manejado adecuadamente puede afectar la salud física como emocional de la persona. Según Galimberti Umberto (2002), el estrés es una intensa reacción emocional a una serie de estímulos externos que activan respuestas fisiológicas y psicológicas de naturaleza adaptativa. Si los esfuerzos del sujeto fallan porque el estrés supera la capacidad de respuesta, el individuo es vulnerable a la enfermedad psíquica, la somática o ambas (pp.452-453).

El tener una condición de salud como la diabetes afecta física y emocionalmente, el surgimiento de estos dos elementos los lleva a niveles altos de estrés, debido a los cambios drásticos en su estilo de vida, dentro de los que mayor preocupación les produce es el chequeo de glucosa, controles médicos, la alimentación y ejercicio.

En lo obtenido a través de esta investigación se puede señalar que los pacientes experimentan situaciones de estrés debido a su enfermedad, sintiéndose preocupados y nerviosos pero han aprendido a enfrentar esta situación; además, son conscientes de la muerte y tratan de mantenerse positivos, no ven a la enfermedad como tal, que no les gusta es una cosa pero viven con ella, a pesar de que en ocasiones han vivido momentos difíciles en los que ha habido días de desánimo así como de estrés, pero ante esto son conscientes de su condición médica.

En relación con la **culpa** que hace referencia al “(...) sentimiento de aflicción que deriva de la creencia o de la conciencia de haber transgredido normas y que turba más o menos intensamente” (Merani Alberto L. 1982, p.39). De acuerdo con los resultados obtenidos se puede decir que los pacientes han experimentado culpa cuando se eleva su nivel de glucosa por haber consumido o ingerido algún alimento que no debían comer, pero esto no se da de manera frecuente.

➤ **Puntualizar los factores personales y sociales que tienen mayor influencia en el desarrollo de alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores.**

Tanto los factores personales como los sociales son determinantes en el desarrollo o no de una alteración emocional, debido a su influencia en el ser humano y a la vulnerabilidad que estas hacen que se manifieste en las personas al momento de experimentar cambios significativos debido a la amenaza y modificaciones que representan en su vida. Estos factores pueden provocar ya sea bienestar o deterioro significativo en la vida del paciente diagnosticado con DM2 al no manejarlos adecuadamente.

Si bien es cierto que factores como el estilo de vida en el que se incluyen el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, relaciones interpersonales, entre otras, al ser efectuadas inadecuadamente podrían llevar a que el paciente sufra complicaciones que perjudican su salud física y mental y que son propicios para el desarrollo de una alteración emocional; sin embargo, mediante esta investigación se denota según los resultados obtenidos, aunque para algunos de los pacientes no fue difícil hacer los cambios

en su nuevo estilo de vida porque han tratado de cuidarse, para otros si ha sido difícil por los malos hábitos puesto que consumían comida chatarra, bebidas alcohólicas, no se ejercitaban como lo hacen hoy y por no ser disciplinados.

Con lo antes descrito, es posible señalar que los factores personales tienen que ver con características de la personalidad de cada individuo, del ajuste emocional que tenga, pues si este es inestable o pobre, puede llevar a la persona a una pérdida de control emocional; es en ese sentido, que parte fundamental en la persona es la forma de afrontamiento que utilice ante situaciones amenazantes. Así, dentro de los aspectos de la personalidad que los pacientes expresan que les han ayudado en el control de la enfermedad se encuentran el animarse, ser alegre, ser bastante calmado/a y apartado/a, tener fe en Dios, ser optimista, ser una persona de servicio, no rendirse y ser positivo.

Estos aspectos han sido determinantes puesto que la mayoría de pacientes dice no perder el control emocional fácilmente, unos se controlan, otros tratan de no hacerle caso a los problemas, están serenos y se calman. Asimismo mientras que a unos no les han afectado los cambios de su estilo de vida emocionalmente ni en su salud a otros si les han afectado mucho y se han sentido mal, tristes y enojados; pero ante esta situación, lo que hacen es asistir a las reuniones del club de diabéticos, cantar, bailar, compartir con sus hijos, buscar a Dios, salir a caminar y tener control.

Por otra parte, dentro de los factores sociales que pueden influenciar el desarrollo de alteraciones emocionales se encuentran los problemas familiares. Algunos de los pacientes comentaron que han pensado huir por problemas de pareja o por no querer afrontar la realidad y que han tenido dificultad para pensar con claridad debido a sentirse aturcidos y perturbados por la situación vivenciada sin embargo la mayoría de los pacientes comentaron no haber pensado en huir y dejarlo todo porque a pesar de las circunstancias pueden salir adelante. Según la teoría, para la Fundación Renal (2013) “la importancia del apoyo familiar y social está relacionado con el cuidado y la adhesión al tratamiento” (pp.7-8). Pero, lo más importante es que sentirse querido es esencial para la sensación de seguridad y para el ajuste emocional.

## **EN RELACION A LOS CUIDADORES**

- **Identificar como los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores afrontan emocionalmente el diagnóstico y la evolución de la enfermedad.**

A partir de los resultados obtenidos se pudo corroborar que los cuidadores expresaron haber experimentado tristeza, frustración y preocupación al enterarse del diagnóstico de la enfermedad de la persona a quien cuidan. En este sentido se puede corroborar que los cuidadores han logrado identificar sus emociones, entre las que se encuentran: tristeza, frustración, preocupación, impotencia, desesperación, cuestión que la teoría nos menciona como un aspecto importante ya que al lograr esta identificación se afronta adecuadamente cada una de las situaciones emergentes de la enfermedad porque de lo contrario se vería inmerso en un sin fin de problemas emocionales que en lugar de facilitarle el cuidado del paciente generara malestar en su vida personal lo que repercutirá en el trato hacia la persona que cuida.

Por tanto, el cuidador es clave para que el paciente no decaiga en la enfermedad, ya que, si este percibe la enfermedad como algo catastrófico el paciente posiblemente tenderá a hacerlo de la misma manera, por lo tanto, el cuidador es quien motiva a seguir adelante y procura que se mantenga constante, aun cuando la situación es difícil de manejar para ambas partes tanto paciente como cuidador. De manera que, aunque la labor del cuidador sea difícil logran distribuir su tiempo para realizar sus cosas personales, solventar sus necesidades organizándose y distribuyendo el tiempo; logrando un equilibrio en su vida personal y a la vez siendo un apoyo para la estabilidad del paciente.

➤ **Identificar cómo influye el factor emocional para que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores se adapten a los cambios en el estilo de vida.**

A partir de los resultados obtenidos se pudo corroborar que la vida emocional de los cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 es fundamental para adaptarse a los cambios en el estilo de vida. Según la autora Achury Diana et al. (2011), “los cuidadores pueden sentir aflicción y angustia, sobre todo en el momento del diagnóstico, puesto que no es fácil la adaptación a los cambios que generan las enfermedades crónicas” (p. 38). En este sentido, se puede decir que al momento de recibir el diagnóstico es normal experimentar una serie de emociones las cuales se deben a los cambios bruscos en el estilo de vida en este caso que implican el padecer DM2. Ante esto los cuidadores manifestaron haber sentido tristeza, frustración, preocupación, sorpresa, se sintieron bastante mal.

Es importante prestarles la atención debida a estas emociones, porque de no hacerlo pueden prolongarse en el tiempo, lo que podría desencadenar en el cuidador la aparición de alteraciones emocionales que llegarían a perjudicar su estilo de vida, bienestar físico, espiritual y entorno social. Por lo tanto, el factor emocional del cuidador tiene una gran importancia en su estilo de vida, que a la vez trasciende en el estilo de vida del paciente, por esta razón es importante el cuidado de su salud mental.

Sin embargo, aunque la vida personal de los cuidadores se ha visto afectada sobre todo en el área sentimental, porque hay un poco de descuido por parte del paciente, a veces pierden el interés, no muestran expresiones de cariño, lo que ocasiona que los cuidadores ya no pueden salir por estar pendientes al sentir preocupación estos han logrado un equilibrio lo que les ha permitido adaptarse a los cambios generados en su estilo de vida ya que aunque la tarea como cuidador es difícil no imposibilita para poder realizar actividades que les permiten cuidar de sí mismos como hacer ejercicio, salir a caminar, salir con la familia a pasear, entre otras. Esto hace referencia a que:

La labor de la persona que ejerza el rol de cuidador puede convertirla en una práctica frecuente, ya que se le asigna o asume la responsabilidad de acompañar al paciente a evaluación médica, modificar los estilos de vida (alimentación, actividad física, etc.), administrar medicamentos; lo que puede llevarlos a deteriorar su calidad de vida (Achury Diana et al., 2011).

➤ **Caracterizar las principales alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores de Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.**

El cuidado de una persona con una enfermedad crónica es un trabajo que requiere una gran responsabilidad y el desgaste físico, mental y espiritual que esto produce en el cuidador puede conllevar a la aparición de una o más alteraciones emocionales.

A partir de lo mencionado, se puede señalar según los resultados obtenidos la **depresión**, ante la cual la mayoría de los cuidadores han manifestado sentirse tristes, aunque no lo demuestran para evitar transmitirle a su familiar lo que están sintiendo. No obstante, la mayor parte de cuidadores expresó que su vida funciona como ellos quisieran, se sienten seguros de lo que hacen y de los cambios que han dado en su vida, asimismo en su mayoría, los cuidadores no se sienten desamparados, no han perdido el interés por las cosas; además, no han perdido la confianza en sí mismos, no se sienten desanimados con frecuencia, no se sienten incapaces de desempeñar un papel útil en la vida y ninguna ha tenido la idea de acabar con su vida.

En relación con la **ansiedad**, se puede constatar que los cuidadores la experimentan, ya que siempre permanecen con la incertidumbre de que el paciente salga bien en sus controles y chequeos médicos cumpliendo adecuadamente con lo que se requiere para mantener un equilibrio en el estado físico como emocional de este; a esto se le agrega el hecho de que el cuidador también debe permanecer estable y tener un equilibrio en su vida situación que genera ansiedad.

De acuerdo con los resultados obtenidos manifiestan que el futuro les parece incierto, han tenido dificultad para pensar con claridad y se sienten tensos con frecuencia por las actividades que se deben de realizar durante el día. Sin embargo, expresaron no sentirse incapaces de comenzar de nuevo, no tienen miedo de perder el control emocionalmente, no han pensado en huir y dejarlo todo a pesar de su condición actual, no tienden a exaltarse al hablar sobre la enfermedad hoy en día ya que han aprendido a tomar las cosas con calma y disfrutan las actividades diarias y gozar de ellas, sentirse sanos y con energía.

En otro sentido, al hablar del **enojo** la mayoría de los cuidadores manifestaron que no actúan sin pensar al estar enojados, además cuando se enojan no lo hacen durante mucho tiempo, cuando se enojan lo demuestran, y no pierden fácilmente el control emocional. Sin embargo, manifestaron en su mayoría que les enfadan mucho algunas cosas, en especial el descuido en aspectos de salud de su familiar, asimismo se enojan con facilidad y cuando las cosas no marchan como quieren se enojan y al estar enojados dicen cosas malas a los demás.

En los cuidadores se presentan estados de ira o enfado cuando estos se ven sobrecargados y no reciben apoyo de los demás para poder mantener hasta cierto punto el equilibrio; sin embargo, en base a los resultados de la entrevista de alteraciones emocionales, los cuidadores sienten enojo cuando el paciente descuida aspectos de su salud o por cuestiones externas como, por ejemplo; las actitudes de los demás, que las personas no capten las cosas inmediatamente.

Por otra parte, con relación al **estrés** en su mayoría expresaron sentirse frustrados por la enfermedad de su familiar y se sienten demasiado tensos cuando las cosas van mal, pero expresaron no sentirse cansados frecuentemente; además, cuando se despiertan por las mañanas no tiene la sensación de no tener energía, tampoco tienen dificultades para concentrarse, ni se sienten desgastados emocionalmente y no se aíslan cuando están preocupados, asimismo no se les dificulta tomar decisiones.

Referente a la **culpa**, los cuidadores en su mayoría exteriorizaron no haber defraudado a las personas más cercanas a ellos, además, cuando algo les molesta no tienden a quedarse callados, no sienten que tienen un gran peso encima, las cosas no salen mal por su culpa, no creen que su vida sea un desastre y no se sienten culpables la mayor parte del tiempo. A pesar de esto, la mayoría manifiesta, que cuando comenten algún error respecto a la enfermedad o al cuidado de esta, si la pasan muy mal, y temen que por la condición médica de su familiar ocurran desgracias, aunque no hayan hecho nada malo.

La culpa suele aparecer cuando se deben tomar decisiones difíciles respecto a la salud y los cuidados de la persona atendida creyendo que cualquier complicación recaerá como

una responsabilidad del cuidador; lo cual, si han experimentado la mayoría de los cuidadores, no obstante, esto no les ha afectado de manera clínicamente significativa.

➤ **Puntualizar los factores personales y sociales que tienen mayor influencia en el desarrollo de alteraciones emocionales en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus cuidadores.**

Dentro de los factores personales que tienen mayor influencia para el desarrollo de alteraciones emocionales en cuidadores se encuentra el cambio en el estilo de vida, puesto que el cuidador debe lograr un equilibrio en su vida personal y la responsabilidad que incluye el cuidar de un paciente con DM2, ante esto los cuidadores manifiestan que lo más difícil es tener poco tiempo, estar pendientes de la medicina, andar en los controles, ver que los pacientes sufran complicaciones, estar pendientes de la comida, entre otras cosas.

Asimismo, es importante recalcar que su vida personal se ha visto afectada expresando sentirse tristes frecuentemente pero no lo demuestran ya que no desean transmitirle a su familiar lo que están sintiendo, también consideran que se han visto afectados en el área sentimental pues por parte del paciente a veces hay descuido, falta de interés y expresiones de cariño por lo que tienen que estar más pendientes y sienten preocupación; sin embargo, manifiestan no haber perdido el interés por las cosas, se sienten seguros de lo que están haciendo y de los cambios que se han dado en sus vidas y aunque sea difícil dedican tiempo para realizar actividades que les permiten cuidar de sí mismos como: salir de paseo con la familia, hacer ejercicio, caminar, estar en constante chequeo médico y tratan de alimentarse adecuadamente.

Por otro lado, los cuidadores manifestaron en su mayoría que el estado emocional de la persona a quien cuidan les afecta en su vida personal, ya que al verlos tristes genera en ellos estrés, malestar, preocupación e impotencia. Es importante hacer mención que en los cuidadores el estrés se produce cuando no se tiene un control sano sobre este, llevando a sufrir desajustes en diferentes áreas de su vida, no obstante, a pesar de que los cuidadores manifestaron sentir estrés al ver a sus familiares tristes o por tener poco tiempo por estar pendientes de las medicinas, acompañarlos en los controles médicos, entre otras actividades

que deben ejercer en el cuidado del paciente, han sabido mantener un equilibrio y un sano control sobre este estrés producido, realizando actividades que les permiten cuidar de sí mismos y haciendo tiempo para solventar sus necesidades personales.

Por otra parte, los factores sociales también son fundamentales para el desarrollo o no de alteraciones emocionales en cuidadores, puesto que:

(...) el ser único cuidador y no recibir apoyo alguno y el percibir que posiblemente su labor no es reconocida por los demás miembros de la familia, podría favorecer en la percepción de sentimientos de culpa, ira, dolor, no aceptación de la enfermedad del familiar y, como consecuencia, un deterioro en su dimensión emocional (Achury Diana et al., 2011.p. 38).

Desde este punto de vista se puede enfatizar lo importante que es que el cuidador tenga ayuda en el desempeño que realiza; sin embargo, a través de los resultados se puede constatar que no todos los cuidadores cuentan con alguien más que les apoye en el cuidado del paciente lo cual afecta su salud física y mental desarrollando alteraciones emocionales que de no ser tratadas adecuadamente podrían desencadenar trastornos psicológicos.

## CONCLUSIONES

Con la finalización de la presente investigación y en base a los resultados obtenidos a partir de ella, se puede concluir que:

- Los cambios drásticos que implican la modificación en el estilo de vida del paciente que es diagnosticado con DM2 implica que se adapte ante esta nueva condición a través de los cuidados en la alimentación, actividad física y seguimiento del tratamiento médico.
- A partir de la interpretación y los significados de los sujetos de estudio, paciente diagnosticado con DM2 y su cuidador, es evidente que tal condición genera una inestabilidad emocional desde el momento del diagnóstico.
- Ante el diagnóstico de la enfermedad crónica Diabetes Mellitus tipo 2 se ve afectado el estado emocional del paciente durante el inicio, desarrollo y manifestaciones de la enfermedad; asimismo, lo es en el caso del cuidador, que requiere de una gran responsabilidad; ante esto se puede afirmar de acuerdo a los hallazgos de los resultados de esta investigación que las alteraciones emocionales que están presentes en pacientes son ansiedad, estrés, culpa y enojo; mientras que en cuidadores ansiedad y enojo.
- De las alteraciones más significativas según los resultados de esta investigación están presentes cuatro: los pacientes experimentan ansiedad debido a que les inquieta no comprender que es lo que en ocasiones provoca que sus niveles de glucosa se encuentren elevados; enojo cuando tienen algún descuido en su salud; estrés debido a su enfermedad, sintiéndose preocupados y nerviosos y culpa cuando se eleva su nivel de glucosa por haber consumido o ingerido algún alimento que no debían comer. Mientras que los cuidadores expresan vivenciar ansiedad por la incertidumbre de que el paciente salga bien en sus controles y chequeos médicos y enojo cuando el paciente descuida aspectos de su salud.

- De acuerdo a los modos de afrontamiento establecidas en esta investigación desde la perspectiva teórico conceptual, siendo estos confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, huida-avoidance, planificación y reevaluación positiva; se comprobó que no todos los pacientes como cuidadores tienen formas de afrontamiento sanas pese a que ellos tratan de sobrellevar la enfermedad, hay momentos o situaciones que los hacen caer. En las formas de afrontamiento deben tomarse en cuenta aspectos de la personalidad como la resiliencia, fortaleza emocional y apoyo social.
  
- Pese a que los cuidadores de pacientes diagnosticados con DM2 se encuentran afectados emocionalmente, ellos han logrado adaptarse a los cambios generados en su estilo de vida lo que les ha permitido obtener cierto equilibrio entre su vida personal y su rol de cuidador reduciendo el surgimiento de más alteraciones emocionales, esto a través de saber organizar su tiempo y realizar actividades que les permiten cuidar de sí mismos y solventar sus necesidades personales, además de identificar sus emociones aspecto importante para afrontar adecuadamente la enfermedad siendo un apoyo para la estabilidad del paciente motivándole a seguir adelante y manteniéndose constante aun cuando su tarea como cuidador sea difícil.
  
- Ha quedado demostrado que el apoyo del cuidador es fundamental para que el paciente tenga un mejor control de la enfermedad y así evitar el desarrollo de más alteraciones emocionales.

## RECOMENDACIONES

### **Policlínica de Atención Integral**

- Fomentar la participación activa de la población en los programas de salud mental que promuevan el autocuidado a fin de que disminuyan los factores que favorecen el desarrollo de nuevos casos de DM2.
- Impulsar programas que promuevan el autocuidado emocional con la finalidad de afrontar mejor el diagnóstico y evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2.
- Que las jornadas de educación diabetológicas no solo sean dirigidas para pacientes sino también para sus cuidadores, incorporando temas del manejo sano de las emociones que les motiven y ayuden a cuidarse a sí mismos para apoyar eficazmente al paciente.
- De acuerdo con los hallazgos encontrados de las alteraciones emocionales presentes en esta investigación, es necesario desarrollar las temáticas de la propuesta psicoeducativa en las jornadas de educación diabetológicas con la finalidad de establecer un equilibrio emocional tanto en pacientes como en sus cuidadores. (ver anexo1).

### **Pacientes**

- Que no solo asistan a la educación diabetológica sino también a una orientación psicológica para sobrellevar mejor la enfermedad, debido que la ayuda psicológica es fundamental como parte integral de su cuidado y para el reconocimiento adecuado de las emociones.

- Reconocer el valor del autocuidado emocional, desarrollando actitudes necesarias para lograr un equilibrio en su vida.
- Que reconozcan la importancia del bienestar psicológico como medio para adaptarse con mayor facilidad a los cambios en su estilo de vida.

### **Cuidadores**

- Que busquen orientación psicológica con el fin de aprender maneras adecuadas de afrontamiento ante situaciones de estrés, así como técnicas para el manejo en el control de sus emociones que le permitan tener una estabilidad emocional a partir del autocuidado, logrando una mejor calidad de vida.
- Que acompañen a sus pacientes a las jornadas de educación diabetológicas con el fin de informarse mejor sobre la enfermedad lo cual permita una mejor atención y cuidado hacia el paciente, además que el cuidador tenga un autocuidado para tener una mejor calidad de vida ayudándole a desempeñar eficazmente su labor de cuidador.
- Que establezcan una red de apoyo familiar y periférica que le permita mantener el ritmo de su vida sin descuidar al paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Libros:

- Association, A. D. (1997). *Diabetes de la A a la Z: Todo lo que usted debe saber*. (E. Maldonado, Trad.) Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Barrón Ramirez, B. S., & Alvarado Aguilar, S. (2006). *Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer*. Tamaulipas, México.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. (M. F. Torres, Trad.) Madrid, España: International Thomson Editores Spain/ Paraninfo, S.A. .
- Cope de Wyatt, J. (2004). *El arte del buen morir*. Texas, EE.UU.: Editorial Mundo Hispano.
- Darwin, C. (1872). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Valencia: Promolibro.
- Dorsch, F. (1985). *Diccionario de psicología* (5° ed.). Barcelona: Editorial Herder.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1998). *Diabetes. Caring for your emotions as well as your health*. Estados Unidos: A Merloyd Lawrence Book.
- Fernández Rodríguez , C., Amigo Vazquez , I., Fernández Hermida, J. R., & Pérez Álvarez, M. (2003,2006). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. Madrid, España: Ediciones Piramide (Grupo Anaya,S. A.).
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). *Psicología General: Motivación y emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Fernández-Abascal, E. G. (2009). *Emociones Positivas*. Madrid, España: Ediciones Piramide (Grupo Anaya, S. A.).
- Fletcher, P. (1977). *Trastornos emocionales. Su tratamiento por el propio paciente*. Barcelona, España: Editorial Herder S.A. .

- Foster, C., Mistry, N. F., Peddy, P. F., & Sharma, S. (2011). *Manual Whashington de terapéutica médica* (33° ed.). Barcelona España: Lippincott Williams y Wilkins.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología* . Mexico D.F.: Siglo Veintiuno Editores S.A. de C.V.
- Godara, H., Hirbe, A., Nassif, M., Otepka, H., & Rosenstock, A. (2014). *Manual Whashington de terapéutica médica* (34° ed.). Barcelona, España: Lippincott Williams y Wilkins.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Social*. California: Editorial Piolín.
- Goleman, D. (2002). *Emociones destructivas. Como entenderlas y superarlas*. (D. Gonzalez Raga , & F. Mora, Trads.). California: Editorial Kairós.
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia Emocional*. California: Editorial Kairós.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Trabajar con las emcoiones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós .
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5° ed.). México D.f.: McGraw-Hill/Interamericana editores S.A de C.V.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6° ed.). México D.f.: McGraw-Hill/Interamericana editores S.A de C.V.
- Merani, A. L. (1982). *Diccionario de Psicología* (3° ed.). Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A.
- Mestre Navas, J. M., & Guil Bozal, R. (2012). *La regulación de las emociones*. Madrid: Psicología Pirámides.
- Pallarés, M. (2010). *Emociones y Sentimientos. Donde se forman y como se transforman* (1° ed.).

Roales-Nieto, J. G. (2004). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid, España: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. Palo Alto, California, EUA: Consulting Psychologists Press. Inc.

Warren, H. C. (1996). *Diccionario de psicología*. México D. F: Fondo de Cultura Económica.

### **Tesis:**

Achury, D. M., Castaño Riaño, H. M., Gómez Rubiano, L. A., & Guevara Rodríguez, N. M. (2011). *Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282007.pdf>

Alfaro Centeno, G. M, Magaña Mancia, M. A, & Rodríguez, J.J. (2005). *Adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus II en relación con las actitudes hacia la Diabetes Mellitus tipo II y su tratamiento en pacientes diabéticos de la unidad médica de Santa Tecla del Instituto Salvadoreño del Seguro Social*. San Salvador, El Salvador.

Álvarez Castro, M. G., de Paz, E. A., & Hernández Guzman, R. E. (2005). *Estilos de afrontamiento y apoyo social en pacientes de cáncer de mama*. San Salvador, El Salvador.

Díaz, S. M., Campos, K. M., & Rodríguez, C. E. (2009). *Síndrome del cuidador y su relación con las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido de las personas cuidadoras de pacientes con la enfermedad de Alzheimer*.

## Revistas:

- Casado, C., & Colomo, R. (2006). Un breve recorrido por la concepción de las emociones en la filosofía Occidental. *Revista de filosofía*, (N° 47), 2.
- Diabetes, A. S. (2006). *Boletín Informativo* (N° 41).
- Diabetes, A. S. (Abril de 2007). (G. M. Argueta, Ed.) *La diabetes y yo* (N° 17).
- Diabeticos, A. S. (Agosto de 1996). Mitos y Realidades sobre la diabetes. (R. F. Mejía, Ed.) *Diabetes y yo* (N° 1), 21.
- García , F. E., Manquian, E., & Rivas , G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(N° 3), 101-111. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242016000300010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300010&lng=es&tlng=es).
- Lorente, I. (Septiembre de 2015). *La importancia de TU actitud en el control de TU diabetes*. Obtenido de <http://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/137/la-importancia-de-tu-actitud-en-el-control-de-tu-diabetes>
- Nuño González, P., Panduro Cerda, A., & Chiquete, E. (Marzo de 2001). Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. *Investigación en Salud, III* (N° 99), 5-10.
- Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M. L., & Ferronato, A. A. (2007). Dificultades de los Pacientes Diabéticos para el Control de la Enfermedad: Sentimientos y Comportamientos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, XV (N° 6)
- Pérez, G. C. (2010). Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de Psicología* (N° 6).
- Rivas, V., García, H., Cruz, A., Morales, F., Enriquez, R. M., & Roman, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes. *Salud en Tabasco, XVII* (N° 1-2), 31-35

Rojo, J. A. (Marzo de 2004). El término diabetes: aspectos históricos y lexicográficos. *Panace@*, V( N° 15.).

Romero-Márquez, R. S., Díaz-Veja, G., & Romero-Zepeda, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 125-136.

Sana, V. (Noviembre de 2016). (L. Chávez, Ed.) *Diabetes by Vida sana*.

Sana, V. (2016). Diabetes Gestacional un peligro latente. *Diabetes by Vida sana*, 21.

### **Web grafía:**

Amaya, T. (2012). *Diabetes y su impacto emocional*. Obtenido de <http://www.psicologiaamayateron.com/novedades-y-noticias/diabetes-y-su-impacto-emocional>

Antón, A. G. (Abril de 2016). *Sentimientos y emociones del cuidador*. Obtenido de <https://www.segg.es/pretema.asp?cod=123>

Bello Pineda, J. G. (Febrero de 2014). *Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas*. Obtenido de <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-gabriela.pdf>

Bisquerra, R. (2017). *Objetivos de la educacion emocional*. Obtenido de <https://www.rafaelbisquerra.com>

Cano, D. (s.f.). *5 emociones de quienes viven con diabetes*. Obtenido de <http://www.salud180.com/salud-dia-dia/5-emociones-de-quienes-viven-con-diabetes-0>

*Capítulo 2. Diabetes Mellitus*. (2005). Obtenido de [catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lat/rocha\\_i\\_m/capitulo2.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lat/rocha_i_m/capitulo2.pdf)

Cepeda, C. (Junio de 2011). *El Impacto del Contagio Emocional*. Obtenido de [www.elefectopigmalion.com/el-contagio-emocional/](http://www.elefectopigmalion.com/el-contagio-emocional/)

- Cerebro, C. M. (2012). *Emociones. Funciones, lenguaje y anatomía del cerebro emocional*. Obtenido de [www.investigacionyciencia.es](http://www.investigacionyciencia.es)
- Choliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Obtenido de <http://www.valencia.edu/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Clanch, A. S. (Mayo de 2014). *Análisis del impacto emocional que genera el cuidado del paciente enfermo de alzhéimer en cuidadores informales*. Obtenido de <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/47724/asampietro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De los Ríos Castillo, J. L., Barrios Santiago, P., & Ávila Rojas, T. L. (2004). *Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im045c.pdf>
- Diabetes, F. p. (2015). *Fundación para la Diabetes*. Obtenido de <http://www.fundaciondiabetes.org/>
- Dols, J. M., & Ortega, E. (1985). *Los niveles de análisis de la emoción: James, cien años después*. Obtenido de <file:///C:/Users/tatia/Downloads/DialnetLosNivelesDeAnalisisDeLaEmocion-65925.pdf>
- El manejo emocional de los cuidadores de enfermos crónicos*. (Marzo de 2011). Obtenido de <http://bitacoramedica.com/el-manejo-emocional-de-los-cuidadores-de-enfermos-cronicos/>
- Efectos psicológicos de la diabetes*. (s. f. ) Obtenido de <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/4326/Capitulo4.pdf>
- Espina Eizaguirre, M. (2017). *Problemas del cuidador y el afrontamiento del estrés*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/260258956/09-Problemas-Del-Cuidador-y-El-Afrontamiento-Del-Estres-Espina>
- Esquivel, L. (2011). *El libro de las emociones. Son de la razón sin corazón*. Obtenido de [www.e-libro.net](http://www.e-libro.net)

- Federation, I. D. (2015). Atlas de la diabetes de la FID. Bruselas, Belgica. Obtenido de [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org)
- GEPAC, G. E. (Octubre de 2013). *Las emociones del cuidador*. Obtenido de <http://todosomosupervivientes.com/3-las-emociones-del-cuidador.html>
- Inc, N. D. (2010). Obtenido de [http://www.trividiahealth.com/diabetes\\_resources/downloads/true\\_insight/MKT0306Sr20\\_Emotions\\_Spanish.pdf](http://www.trividiahealth.com/diabetes_resources/downloads/true_insight/MKT0306Sr20_Emotions_Spanish.pdf)
- Inmersión precoz en la clínica*. (2011). Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. Obtenido de <http://studylib.es/doc/4979204/tema-%E2%80%99Cel-paciente-y-el-entorno-familiar--social-y>
- Lasema, J., Castillo, A., Peláez, E., Navío, L., Torres, C., Rueda, S., Perez, M. (1997). *Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer*. Obtenido de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1997/art03.3.05.pdf>
- Martinez, L. (2017). *El Salvador.com*. Obtenido de <http://acuerdosdepaz.elsalvador.com/2017/01/21/narcotrafico-y-pandillas-origen-de-la-violencia-de-postguerra-carlos-carcach/>
- Pineda, J. G. (Febrero de 2014). *Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas*. Obtenido de <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-gabriela.pdf>
- RAE, R. A. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/>
- RAE, R. A. (2015). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/>
- Rebollo, P., Mon, C., Alvarez-Ude, F., Vazquez, A., Fernández Reyes, M. J., & Sanchez, R. (2001). *Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas*. Obtenido de <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-suplementosextra-articulo->

sintomas-fisicos-trastornos-emocionales-pacientes-programa-hemodialisis-periodicas-X0211699501013224

Ros, J. (2011). *Temas de psicología científica*. Obtenido de Teorías Clásicas de la biopsicología de la emoción: <http://temasdepsicologiaciencia.blogspot.com/2011/04/teorias-clasicas-de-la-biopsicologia-de.html>

Ruiz Ríos, A. E., & Nava Galán, G. (2012). *Cuidadores: responsabilidades-obligaciones*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>

Salud, O. M. (2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 2017, de [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/)

SiqueiraPeres, D., Dos Santos, M. A., Zanetti, M. L., & Ferronato, A. A. (2007). *Dificultades de los Pacientes Diabéticos para el Control de la Enfermedad: Sentimientos Y Comportamientos*. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600008&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600008&script=sci_arttext&tlng=es)

Souza Barcelar, L. (2011). *Estudio de las emociones: una perspectiva transversal*. Obtenido de [www.eumed.net/rev/ccss/16/](http://www.eumed.net/rev/ccss/16/)

*Teorias Clasicas de la biopsicologia de la emocion*. (2011). Obtenido de <http://temasdepsicologiaciencia.blogspot.com/2011/04/teorias-clasicas-de-la-biopsicologia-de.html>

UU., B. N. (Marzo de 2017). *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish>

### Videos:

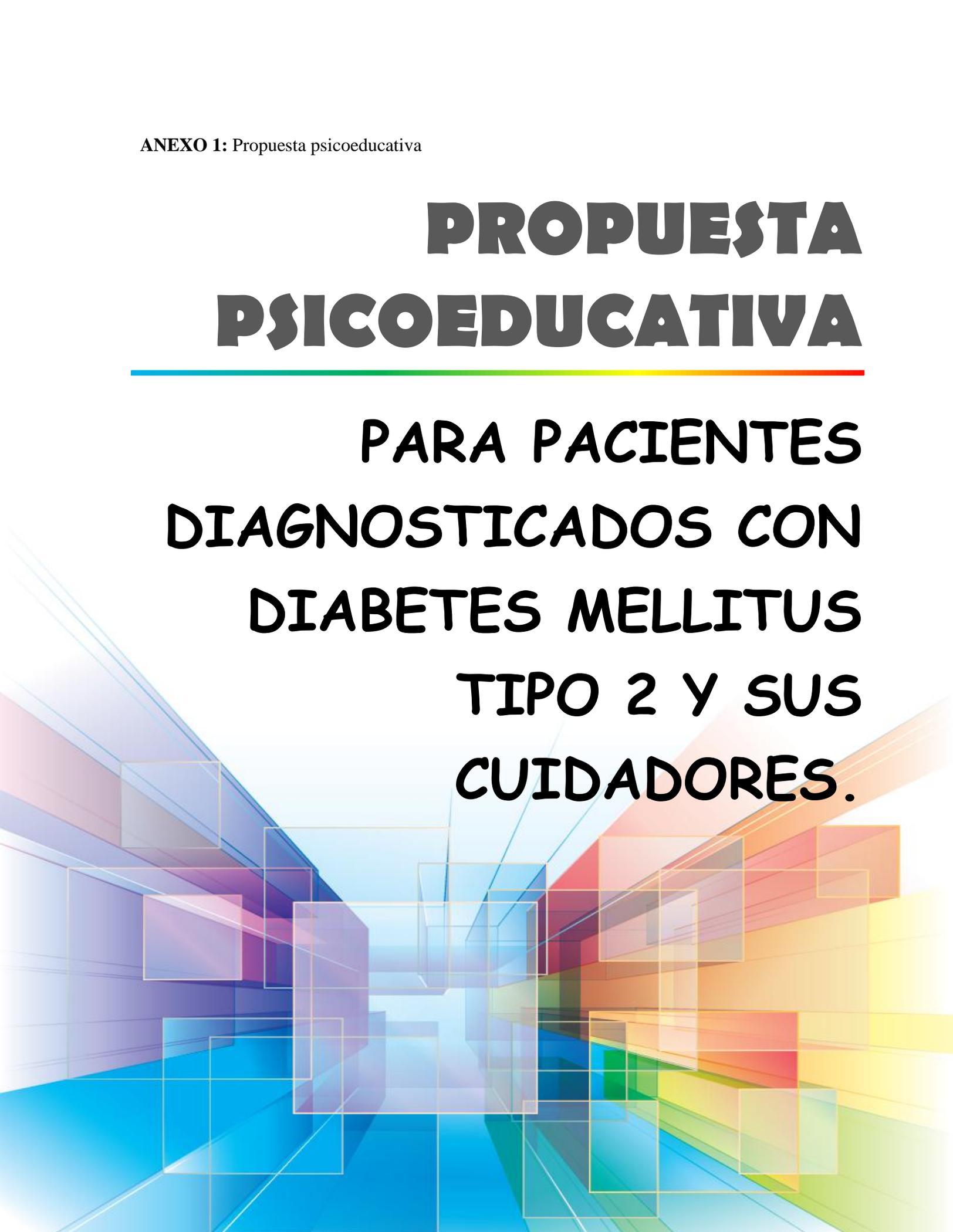
Ferrer, M. (5 noviembre 2014). *Psicólogo Iñaki Lorente- La diabetes y las emociones*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=ktyCgIYAQmw&t=2s>

ANEXO 1: Propuesta psicoeducativa

# **PROPUESTA PSICOEDUCATIVA**

---

**PARA PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON  
DIABETES MELLITUS  
TIPO 2 Y SUS  
CUIDADORES.**



## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una de las principales enfermedades crónicas que está afectando tanto física como emocionalmente al paciente; esto también afecta a los familiares mayormente al cuidador inmediato al no lograr entender y manejar lo que le sucede al paciente ocasionando desequilibrio emocional; muchas veces se les presta más atención a las condiciones físicas descuidando lo emocional lo cual conlleva en ocasiones a niveles de estrés, ansiedad u otras alteraciones. Es debido a esto que se llevó a cabo esta investigación cuyo objetivo fue indagar las alteraciones emocionales en pacientes entre los 50 a 70 años de edad cronológica y sus cuidadores dando como resultado la presencia de alteraciones emocionales las cuales fueron estrés, ansiedad, enojo y culpa.

Ante esta situación, la orientación psicológica es un elemento esencial para el tratamiento de la DM2 puesto que permite guiar, ayudar y potenciar los recursos personales permitiendo un mejor manejo en el control de la enfermedad a través del afrontamiento evitando así el desarrollo de más alteraciones emocionales. Por lo que es importante que la Policlínica de Atención Integral incorpore la salud mental dentro del desarrollo de las jornadas diabetológicas lo cual permitirá el abordaje de manera eficaz para la estabilidad emocional en el tratamiento de los pacientes con DM2 y la atención a sus cuidadores.

Por lo que esta propuesta está dirigida al personal de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana; con el fin de responder a las necesidades emocionales en pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores, usuarios del Hospital San Juan de Dios para afrontar mejor el diagnóstico y evolución de la enfermedad, a través de 7 temáticas psicoeducativas que incluyen contenidos acerca de la diabetes y las emociones, autoestima, estrés, ansiedad, habilidades sociales y redes de apoyo, estrategias de afrontamiento y relación entre pensamiento, emoción y comportamiento, las cuales permitirán poder manejar mejor su situación.

## **OBJETIVOS**

### **General:**

- Proporcionar al personal de salud una guía psicoeducativa para trabajar el área emocional en pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores del Hospital San Juan de Dios que asisten a las jornadas diabetológicas de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.

### **Específicos:**

- Reconocer la importancia del autocuidado emocional para afrontar el diagnóstico de DM2.
- Proponer acciones psicoeducativas para que el paciente diagnosticado con DM2 y su cuidador se informen y adopten un estilo sano de afrontar emocionalmente la enfermedad.
- Promover en los pacientes con DM2 y en sus cuidadores un estilo de vida basado en el autocuidado de la salud mental y física para un mejor control y manejo de la enfermedad.
- Intervenir en el manejo de los conflictos emocionales y aspectos de la personalidad en los pacientes con DM2 y sus cuidadores para prevenir el surgimiento de alteraciones emocionales.

## TEMÁTICAS

- La diabetes y las emociones
- Autoestima
- Estrés
- Ansiedad
- Habilidades sociales y redes de apoyo
- Estrategias de afrontamiento
- Relación entre pensamiento, emoción y comportamiento

## **PERFIL SUGERIDO PARA EL FACILITADOR**

Se considera incluir este aspecto a fin de que los facilitadores cuenten con las siguientes características que les permita tener mayor calidad en el desarrollo de las sesiones:

- Que sea un profesional de la salud mental que conozca los temas a desarrollar.
- También las pueden desarrollar estudiantes de psicología en servicio social, prácticas o egresados.
- Motivación para el trabajo de grupos
- Que estimule la participación
- Empatía
- Actitud amigable y comprensible
- Creativo y tolerante
- Contar con destrezas y habilidades sociales (comunicación clara congruente y asertiva).

**PROPUESTA PSICOEDUCATIVA**  
**PARA POLICLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SANTA ANA**

Tema: La diabetes y las emociones				
<b>Lugar:</b> Policlínica de Atención Integral.			<b>Fecha:</b>	
<b>Objetivo:</b> Brindar a los pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores información acerca de la salud emocional y cómo esta influye en el proceso crónico de su enfermedad.				
<b>Facilitadores/a:</b> Personal de salud de Policlínica de Atención Integral.			<b>Participantes:</b> Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores del Hospital San Juan de Dios que asisten a las jornadas diabetológicas de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.	
Procedimiento	Metodología	Contenido	Tiempo	Recursos
<b>Presentación</b>	Diálogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del/la facilitador/a al grupo de participantes.</li> <li>• Explicación del porque se realizará la jornada.</li> <li>• Descripción sobre lo que consistirá la jornada.</li> </ul>	5 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul>
	Actividad de presentación	<b>Ruleta de presentación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se solicita al grupo formen dos círculos</li> <li>• Las personas del círculo exterior miran hacia dentro, y las del interior hacia fuera.</li> <li>• Empiezan a girar los círculos en sentido contrario, y a una palmada del educador se paran los círculos, las personas de los</li> </ul>	15 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul>

		<p>distintos círculos que caigan juntas comenzarán a hablarse presentándose y contándose cosas de ellos, el educador marcará el tiempo, y a otra palmada comenzarán los círculos a girar de nuevo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Así hasta estar todos presentados. (<i>Gonzales Enrique, s.f., p. 24</i>).</li> </ul>		
<b>Parte práctica</b>	Actividad informativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Qué es la salud emocional?</li> <li>✓ La importancia de tomar en cuenta la salud emocional.</li> <li>✓ ¿Cuál es la conexión entre la depresión, el estrés y la diabetes?</li> <li>✓ La superación y el apoyo emocional</li> </ul>	20 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul> <p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brochure</li> <li>• Equipo multimedia.</li> </ul>
	Actividad lúdica	<p><b>Frases incompletas:</b> (ver anexo 1.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se reparten las hojas y cada cual las rellena individualmente. Después se pasa a la evaluación.</li> <li>• NOTAS:</li> </ul> <p>Cuándo estoy callado en un grupo me siento...</p> <p>Cuándo estoy con una persona y no me habla me siento...</p> <p>Cuándo me enfado con alguien me siento...</p> <p>Cuando alguien se enfada conmigo me siento...</p> <p>Cuándo crítico a alguien me siento...</p> <p>Cuando alguien que está conmigo llora me siento ...</p> <p>Cuando digo un cumplido a alguien me siento ...</p> <p>Cuando me dicen un cumplido me siento ...</p> <p>Cuando soy injusto me siento ...</p> <p>Cuando alguien es injusto conmigo me siento...</p>	15 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul> <p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Páginas con frases a completar.</li> </ul>

		<p><b>Evaluación:</b> ¿Nos ha costado rellenar las frases?          ¿Cómo valoramos los sentimientos? ¿No es fácil expresarlos?          ¿Estamos atentos a los de los/as demás? (<i>Gonzales Enrique, s.f..p. 113</i>).</p>		
<b>Finalización</b>	Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada integrante manifestara: ¿Cómo se sintió durante la jornada? ¿Qué es lo que más le ha ayudado? ¿De qué manera lo pondrán en práctica?</li> <li>• Despedida y agradecimiento.</li> </ul>	10 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul>

Tema: Autoestima				
<b>Lugar:</b> Policlínica de Atención Integral.			<b>Fecha:</b>	
<b>Objetivo:</b> Reconocer la importancia de una autoestima positiva en el bienestar de los pacientes con DM2 y sus cuidadores.				
<b>Facilitador/a:</b> Personal de salud de Policlínica de Atención Integral.		<b>Participantes:</b> Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores del Hospital San Juan de Dios que asisten a las jornadas diabetológicas de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.		
Procedimiento	Metodología	Contenido	Tiempo	Recursos
	Actividad informativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definición de autoestima</li> <li>✓ ¿Por qué necesitamos la autoestima?</li> </ul>	25 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados</li> </ul>

<b>Parte teórica</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Cómo se manifiesta la autoestima positiva?</li> <li>✓ ¿Cómo podemos aumentar nuestra autoestima?</li> </ul>		<p>con DM2 y sus cuidadores.</p> <p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo multimedia</li> </ul>
<b>Métodos y técnicas</b>	Actividad lúdica	<p><b>Aprender a aceptarse:</b>(ver anexo 1.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elegirá a dos participantes un paciente y un cuidador/a para hacer el ejercicio.</li> <li>• Ambos participantes deberán ponerse frente a un espejo que abarque toda su figura mientras el facilitador/a va desarrollando el contenido del ejercicio.</li> <li>• Los participantes deberán prestar atención y hacer lo que se les vaya indicando como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mirarse la cara y el cuerpo.</li> <li>• Prestar atención a sus sentimientos mientras lo hace.</li> <li>• Repetir algunas frases o acciones (como respirar hondo) que indique el facilitador/a.</li> <li>• Entre otras</li> </ul> </li> <li>• Se dará una reflexión sobre esta dinámica y se instará a todos los pacientes y sus cuidadores a realizarla en sus hogares.</li> </ul>	15 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Dos participantes</li> </ul> <p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espejos.</li> </ul>
	Tarea	<p><b>Autoregistro para la vida social:</b> (ver anexo 1.3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les entregara y explicara un control semanal previamente elaborado el cual deberán llenar con los siguientes aspectos: <p>Potenciar – Caricias positivas: muestras de afecto y de apoyo psicológico o físico dirigidas al bienestar de la otra persona o de uno mismo (desde una palabra amable o elogios hasta recibir o dar un mensaje)</p> <p>Evitar – Caricias negativas: Muestra de emociones negativas a través de lo verbal o lo físico (desde críticas e insultos hasta</p> </li> </ul>	10 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul> <p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoregistro para la vida social.</li> </ul>

		discusiones, etc.)		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posteriormente deberán colocarlo en un lugar estratégico en su hogar y así ponerlo en práctica.</li> </ul>		
<b>Finalización</b>	Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada integrante manifestara: ¿Cómo se sintió durante la jornada? ¿Qué es lo que más le ha ayudado? ¿De qué manera lo pondrán en práctica?</li> <li>• Despedida y agradecimiento.</li> </ul>	10 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul>

**Tema: Estrés**

<b>Lugar:</b> Policlínica de Atención Integral.		<b>Fecha:</b>		
<b>Objetivo:</b> Fomentar en los pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores el manejo del estrés.				
<b>Facilitador/a:</b> Personal de salud de Policlínica de Atención Integral.		<b>Participantes:</b> Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores del Hospital San Juan de Dios que asisten a las jornadas diabetológicas de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.		
<b>Procedimiento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>
<b>Métodos y Técnicas</b>	Ejercicios físicos	<b>5 ejercicios vs Estrés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizarán algunos ejercicios o estiramientos rápidos los cuales permitirán a los participantes relajar los músculos y despejar la mente en momentos de tensión en su vida diaria, tales como:</li> <li>• Elongaciones</li> <li>• Cuello relajado</li> </ul>	10 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexiones faciales</li> <li>• Flexión lateral</li> <li>• Estiramiento total</li> <li>• Se recomendará realizarlos las veces que sean necesarias, hasta que sientan bienestar y relajación en su cuerpo.</li> </ul>		
<b>Parte teórica</b>	Actividad informativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Qué es el estrés?</li> <li>✓ ¿Qué causa el estrés?</li> <li>✓ ¿Qué le sucede a mi cuerpo cuando siento estrés?</li> <li>✓ ¿Qué es el manejo del estrés?</li> <li>✓ ¿Cuáles estrategias pueden aliviar el estrés en mi cuerpo?</li> <li>✓ ¿Cómo puedo enfrentar el estrés?</li> <li>✓ ¿Qué puede ayudar con las emociones o los sentimientos que acompañan al estrés?</li> </ul>	25 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul> <b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brochure</li> <li>• Equipo multimedia.</li> </ul>
	Actividad de relajación	<b>Técnica de relajación progresiva de Jacobson:</b> (ver anexo 1.4)	30 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores</li> </ul> <b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reproductor de música</li> </ul>
<b>Finalización</b>	Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada integrante manifestara: ¿Cómo se sintió durante la jornada? ¿Qué es lo que más le ha ayudado? ¿De qué manera lo pondrán en práctica?</li> <li>• Despedida y agradecimiento</li> </ul>	15 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul>

**Tema: Ansiedad**

**Lugar:**

Policlínica de Atención Integral

**Fecha:**

**Objetivo:**

Aprender y comprender que es la ansiedad, como se manifiesta y los efectos que ocasiona en la salud mental y física.

**Facilitador/a:**

Personal de salud de Policlínica de Atención Integral.

**Participantes:**

Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores del Hospital San Juan de Dios que asisten a las jornadas diabetológicas de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.

Procedimiento	Metodología	Contenido	Tiempo	Recursos
<b>Parte teórica</b>	Actividad informativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Qué es la ansiedad?</li> <li>✓ ¿Qué causa la ansiedad?</li> <li>✓ Los efectos de la ansiedad</li> <li>✓ ¿Cómo se maneja?</li> </ul>	25 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes con Diabetes Mellitus 2 y sus cuidadores.</li> </ul> <p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo multimedia</li> <li>• Brochure</li> <li>• Espacio físico adecuado.</li> </ul>
	Actividad de relajación	<b>Técnica de relajación progresiva de Jacobson:</b> (ver anexo 1.4)	30 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes con Diabetes Mellitus 2 y sus cuidadores.</li> </ul> <p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reproductor de música.</li> </ul>

<b>Finalización</b>	Reflexión	<b>Papa caliente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entre los participantes, se rotará una bola al ritmo de una canción, la cual contendrá preguntas para expresar que fue lo que aprendieron y como se sintieron durante la jornada al parar la canción se dejara de rotar la bola y a la persona que le quede deberá despegar una de las preguntas y responderla.</li> <li>Despedida y agradecimiento.</li> </ul>	10 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitador/a de la jornada.</li> <li>Pacientes con Diabetes Mellitus 2 y sus cuidadores.</li> </ul> <b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bola de papel.</li> <li>Reproductor de música.</li> </ul>
---------------------	-----------	--	------------	---

**Tema: Habilidades Sociales y Redes de Apoyo**

<b>Lugar:</b> Policlínica de Atención Integral		<b>Fecha:</b>		
<b>Objetivo:</b> Dar a conocer a pacientes con DM2 y sus cuidadores información que fomente el desarrollo de habilidades sociales que les permita establecer redes de apoyo saludables.				
<b>Facilitador/a:</b> Personal de salud de Policlínica de Atención Integral.		<b>Participantes:</b> Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores del Hospital San Juan de Dios que asisten a las jornadas diabetológicas de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.		
<b>Procedimiento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>
	Actividad informativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Habilidades Sociales</li> <li>¿Qué son las habilidades sociales?</li> <li>Asertividad y habilidades sociales.</li> </ul>	25 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitador/a de la jornada.</li> <li>Pacientes con</li> </ul>

<b>Parte teórica</b>		<p>Características de las personas asertivas.  El papel de nuestros pensamientos en las habilidades sociales.  Tipos de habilidades sociales.  ✓ Redes de apoyo  ¿Qué son las redes de apoyo?  Tipos de redes de apoyo  Tipos de apoyo  ✓ Habilidades sociales y redes de apoyo  Reciprocidad, intercambio y habilidades sociales.</p>		<p>Diabetes Mellitus 2 y sus cuidadores.</p> <p><b>Materiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brochure.</li> </ul>
<b>Parte práctica</b>	Actividad lúdica	<p><b>Se murió Chicho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se forma un círculo con todos los participantes dejando suficiente espacio entre ellos.</li> <li>• El coordinador llega donde uno de ellos y le dice: “Hay compadre, ¿Qué Crees?, se murió Chicho”. El coordinador lo dice llorando con mucho realismo.</li> <li>• El participante responde: “¿Y de que se murió compadre?”. También lo dice llorando con mucho realismo</li> <li>• El coordinador responde: “Se murió de...”. Inventando cualquier cosa. “Anda y dile a...” Mencionando el nombre de otro participante</li> <li>• Este deberá hacer lo mismo con todo el realismo y exageración posible, también pueden hacerlo imitando acentos hasta que todos hayan participado.</li> </ul>	15 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes con Diabetes Mellitus 2 y sus cuidadores.</li> </ul>
	Actividad de relajación	<b>Técnica de relajación progresiva de Jacobson: (ver anexo 1.4)</b>	15 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes con Diabetes Mellitus 2 y sus cuidadores.</li> </ul>

<b>Finalización</b>	Actividad reflexiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada integrante manifestara: ¿Cómo se sintió durante la jornada? ¿Qué es lo que más le ha ayudado? ¿De qué manera lo pondrán en práctica?</li> <li>• Despedida y agradecimiento</li> </ul>	15 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes con Diabetes Mellitus 2 y sus cuidadores.</li> </ul>
---------------------	---------------------	---	------------	---

**Tema:** Estrategias de afrontamiento

<b>Lugar:</b> Policlínica de Atención Integral		<b>Fecha:</b>		
<b>Objetivo:</b> Conocer estrategias sanas de afrontamiento que ayuden a sobrellevar positivamente el estrés.				
<b>Facilitador/a:</b> Personal de salud de Policlínica de Atención Integral.		<b>Participantes:</b> Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores del Hospital San Juan de Dios que asisten a las jornadas diabetológicas de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.		
<b>Procedimiento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>
<b>Parte práctica</b>	Actividad informativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Concepto de Afrontamiento</li> <li>✓ Estrategias de afrontamiento</li> <li>✓ Estilos de afrontamiento</li> <li>✓ Estilos de afrontamiento centrados en el problema y las emociones.</li> </ul>	25 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul>

				<b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo multimedia</li> <li>• Brochure.</li> </ul>
	Actividad lúdica	<b>Yo y tu decidimos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Objetivo:</b> Analizar las diferentes maneras de afrontar la situación que experimentan.  <b>Desarrollo:</b> el facilitador divide a los participantes equitativamente, en subgrupos de cinco miembros. Reparte una copia del formato <b>A-B-C-D</b> y lo explica para discutir sobre como afrontaron o afrontan la situación que experimentan (desde el diagnostico o alguna situación difícil en la evolución de la enfermedad). Desde su propia experiencia (Ver anexo 1.5). Cada subgrupo deberá elegir a un representante para que posteriormente comparta lo que realizaron. Para finalizar hacer una breve reflexión acerca de cómo es la forma saludable de sobrellevar su situación de salud (Manual de tratamiento para la terapia cognitiva-conductual, p.53)</li> </ul>	10 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul> <b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Página de A-B-C-D Lapiceros.</li> </ul>
<b>Finalización</b>	Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada integrante manifestara: ¿Cómo se sintió durante la jornada? ¿Qué es lo que más le ha ayudado? ¿De qué manera lo pondrán en práctica?</li> <li>• Despedida y agradecimiento</li> </ul>	10 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul>

**Tema:** Relación entre pensamiento, emoción y comportamiento

<b>Lugar:</b> Policlínica de Atención Integral.		<b>Fecha:</b>		
<b>Objetivo:</b> Identificar lo que pensamos influye en lo que sentimos y hacemos.				
<b>Facilitadores/a:</b> Personal de salud de Policlínica de Atención Integral.		<b>Participantes:</b> Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores del Hospital San Juan de Dios que asisten a las jornadas diabetológicas de la Policlínica de Atención Integral de Santa Ana.		
Procedimiento	Metodología	Contenido	Tiempo	Recursos
<b>Parte práctica</b>	Actividad informativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento, emoción y comportamiento están relacionados.</li> <li>• La forma de pensar importa.</li> <li>• Cuatro principios que pueden facilitar el desmonte del egocentrismo mental.</li> </ul>	25 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul> <b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo multimedia.</li> </ul>
	Actividad lúdica	<b>Identificando pensamientos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se harán cuatro grupos dependiendo de la cantidad de pacientes y cuidadores que estén presentes en la jornada.</li> <li>• Cada grupo deberá elegir un representante.</li> <li>• Se les expondrá un caso (Walter Riso, 2004, p.174-175) (ver anexo 1.6).</li> <li>• Posteriormente se les dará unos minutos para que reflexionen</li> </ul>	15 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul> <b>Materiales:</b> Página con preguntas.

		<p>sobre el caso expuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En base al caso expuesto deberán ponerse de acuerdo sobre alguna situación vivenciada durante el proceso de la enfermedad y responder la guía de preguntas (Walter Riso, 2004, p.173-174) (ver anexo 1.7).</li> <li>• Luego cada representante deberá compartir la situación.</li> </ul>		
<b>Finalización</b>	Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada integrante manifestara: ¿Cómo se sintió durante la jornada? ¿Qué es lo que más le ha ayudado? ¿De qué manera lo pondrán en práctica?</li> <li>• Despedida y agradecimiento.</li> </ul>	10 minutos	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitador/a de la jornada.</li> <li>• Pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores.</li> </ul>

## **DESARROLLO DE TEMÁTICAS**

### **LA DIABETES Y LAS EMOCIONES**

#### **¿Qué es la salud emocional?**

El estar sano no solamente incluye el funcionamiento sin problemas de nuestro organismo físico. También incluye un buen funcionamiento emocional que es esencial para ver la vida desde un punto de vista sano, para una vida productiva y llena de satisfacción, y para el bienestar general. La salud emocional se refiere al funcionamiento sano de la mente y a la manera en que la gente enfrenta día tras día sus problemas personales, emocionales y espirituales. Una combinación de los procesos biológicos, de conducta, y socio-culturales, junto con eventos esperados e inesperados de la vida es lo que le da forma a la salud emocional.

Los problemas de salud mental se caracterizan por una cognición anormal (lo cual se refiere a la habilidad general de organizar, procesar y recordar información), emoción, sentido de ánimo, o conducta social. Aunque puede resultar difícil identificar las causas exactas, la mayor parte de los problemas de salud mental pueden ser diagnosticados.

En base a las definiciones clínicas, los problemas de salud mental caen dentro de distintas categorías, incluyendo problemas de estado de ánimo y de ansiedad. Por su parte, éstos tienen varias subcategorías tales como depresión y ataques de pánico, respectivamente. Las señales y síntomas de estos problemas se superponen y pueden complicar el proceso de diagnóstico. La diagnosis está basada en los síntomas reportados por el paciente, la intensidad y duración de dichos síntomas, señales del examen de salud mental, las enfermedades físicas del paciente, y las observaciones clínicas de la conducta del paciente. Esta diagnosis se complica aún más por las distintas manifestaciones (señales y síntomas) de los problemas mentales / emocionales de acuerdo a la edad, género y cultura.

Estar sano emocionalmente implica estar satisfecho consigo mismo, tener una actitud positiva, y tomar responsabilidad de sus propias acciones, pero no tomar responsabilidad

por la conducta de otras personas u otras cosas que están fuera de su control. Además, la espiritualidad juega un papel esencial para muchas personas.

Todas las personas sienten tristeza y melancolía en algunos momentos de sus vidas. Estas emociones forman parte de la experiencia humana. Sin embargo, cuando persisten estos sentimientos de tristeza, el individuo necesita ayuda para alejarse de esa tristeza y alcanzar una vida más equilibrada.

Cada sociedad tiene sus propias definiciones de lo que se considera una salud emocional “normal”. Aquellas personas cuyas emociones y conductas empiezan a interferir con sus actividades diarias son consideradas como personas desajustadas. Desafortunadamente, las sociedades tienden a estigmatizar a aquellas personas que no caen dentro de lo que se considera “normal”. Un estigma, ya sea sutil u ostensible, se refleja como un prejuicio, discriminación, temor, desconfianza y estereotipo. El temor por ser estigmatizadas puede prevenir que las personas admitan hasta a sí mismas que se encuentran deprimidas, y mucho menos decirles a otras personas cómo se sienten. No es ninguna sorpresa que el estigma reduzca la buena voluntad de una persona por buscar la ayuda de su familia, amistades o profesionales. Es importante ayudar a las personas a superar el estigma ligado a la depresión y que busquen conocimientos y ayuda para sus problemas (Reinschmidt KM, Chong J. 2005).

### **La importancia de tomar en cuenta la salud emocional.**

El sufrimiento relacionado al estado mental / emocional es muy común entre personas con diabetes. Tiene un efecto negativo sobre la manera en que personas tienen cuidado de sí mismas. Cuando la depresión acompaña a la diabetes, disminuye la calidad de vida del individuo e incrementa su sufrimiento. Como la depresión asociada a la diabetes conlleva a un incremento de la condición diabética, esta debe ser prevenida o evaluada tan pronto sea posible.

Personas con síntomas de depresión que aún no han sido diagnosticadas:

- Tienen más estrés
- Tienen más ansiedad

- Son más conscientes de sí mismos
- Tienen su autoestima muy baja
- Tienen menos mecanismos de sobrevivencia
- Tienen más posibilidad de ser diagnosticados con depresión

Personas con diabetes y depresión leve:

- Tienen un riesgo más grande de contraer complicaciones diabéticas y problemas mayores de incapacidad en sus actividades de la vida cotidiana.

Personas diabéticas que han sido diagnosticadas con depresión también tienen una mayor probabilidad (Reinschmidt Kerstin, Chong Jenny. 2005, pp. 20-21):

- De tener menos control sobre su nivel de azúcar sanguíneo
- De tener otras condiciones físicas como enfermedades del corazón.
- De tener tarifas más altas de servicio médico.
- Y de tener tarifas más altas relacionadas a incapacidad

**¿Cuál es la conexión entre la depresión, el estrés y la diabetes (Reinschmidt Kerstin, Chong Jenny, 2005, p. 22)?**

- Personas que están constantemente bajo estrés o que sienten que tienen mucho estrés pueden caer en depresión.
- Para muchas personas, las hormonas producidas en tiempo de estrés pueden provocar un incremento de azúcar sanguíneo.
- Reducir el estrés puede ayudar a aliviar sentimientos de depresión y también controlar niveles de azúcar sanguíneos.

- En una familia con diabetes, la persona diabética al igual que los demás miembros de la familia puede tener sentimientos de estrés y depresión.
- Algunas personas utilizan comida como respuesta a su estrés. Esto puede traer como consecuencia un aumento de peso y a su vez traer más problemas psicológicos.
- Deprimidas o estresadas, personas con diabetes no toman buen cuidado de su persona. Puede que no hagan ejercicio o no coman saludablemente. Puede que tomen alcohol. Puede que no verifiquen su azúcar sanguínea o no tomen sus medicamentos.

### **La superación y el apoyo emocional**

Muchas personas no reciben la ayuda y apoyo psicológico necesario para sobrellevar la diabetes al momento de diagnóstico, con la condición de salud recientemente etiquetada ni con las consecuencias que ello conlleva. Al contrario, se sienten solos y con falta de entendimiento de los demás. Las complicaciones de la diabetes pueden producir incapacidad, que por sí solas o acompañadas por el temor a la muerte pueden producir trauma.

Personas pueden sentir que no tienen control de sus vidas y por ello empiezan a culpar a otros de su diabetes. Su estrés emocional hace muy difícil y a veces imposible que sigan un plan de auto manejo para su diabetes y por lo tanto sus síntomas de diabetes empeoran y las complicaciones emergen. Sintiendo solos, con falta de entendimiento, sin control y muy probablemente sin dinero para cubrir todos los gastos de servicio médico, las personas empiezan a tener sentimientos de rencor y rechazo que pueden convertirse en conflictos familiares o con amigos.

Hombres y mujeres sobreviven de diferentes maneras la angustia emocional producida por la diabetes. Mecanismos negativos de sobre vivencia, entre los hombres, pueden llevar al alcohol y a un aumento de depresión y ansiedad para las mujeres. Aunque las mujeres buscan más la comunicación que los hombres, es importante que tanto los hombres como las mujeres se sientan que son entendidos y apoyados por sus familiares o amigos, por promotores/ trabajadores de salud comunitaria, o por grupos de apoyo.

El apoyo social es una manera saludable de superación y puede ayudar a hombres y mujeres con diabetes a tener el deseo de aprender más acerca de la diabetes y de cómo vivir vidas saludables aun con la presencia de una condición crónica (Reinschmidt Kerstin, Chong Jenny, 2005).

## **AUTOESTIMA**

### **Una definición de autoestima**

Según Branden Nathaniel (1993), la autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos. Más concretamente consiste en (p.33):

1. Confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida.
2. Confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.

La autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano. Es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo normal y sano; tienen valor de supervivencia (Ídem).

La autoestima tiene dos aspectos interrelacionados (Ibídem, p. 39):

1. Un sentido de eficacia personal (autoeficacia)
2. Un sentido de mérito personal (autodignidad)

Como experiencia psicológica realizada plenamente es la suma integrada de estos dos aspectos (Ibídem, p. 40):

*Autoeficacia:* significa confianza en el funcionamiento de mi mente, en mi capacidad de pensar, en los procesos por los cuales juzgo, elijo, decido; confianza en mi capacidad de comprender los hechos de la realidad que entran en la esfera de mis intereses y necesidades; confianza cognoscitiva en mí mismo.

*Autodignidad:* quiere decir seguridad de mi valor; una actitud afirmativa hacia mi derecho de vivir y de ser feliz; comodidad al expresar apropiadamente mis pensamientos, deseos y necesidades; sentir que la alegría es mi derecho natural.

Partamos de la premisa de que, si un individuo se sintiera inepto para enfrentar los desafíos de la vida, si careciera de la confianza fundamental en sí mismo, en su mente, reconoceríamos una deficiencia de autoestima, sin importar qué otras ventajas poseyera.

O si careciera de un sentido básico de autodignidad, se sintiera indigno del amor o respeto de los demás, sin derecho a la felicidad, temeroso de expresar pensamientos, deseos o necesidades, nuevamente reconoceríamos una deficiencia de autoestima, sin importar qué otros atributos positivos exhiba.

La experiencia de la *autoeficacia* genera el sentido de control sobre la propia vida, que asociamos con el bienestar psicológico, la sensación de estar en el centro vital de la propia existencia, a diferencia de ser un espectador pasivo o víctima de los acontecimientos (Ídem).

La experiencia de la *autodignidad* posibilita un sentido benevolente no neurótico de comunidad con los otros individuos, la fraternidad de la independencia y la consideración mutua, a diferencia del aislamiento del resto de los humanos, por un lado, o del hundimiento en la tribu, por el otro (Ibídem, p. 41).

Por tanto, *“la autoestima es la predisposición a experimentarse como competente para afrontar los desafíos de la vida como merecedor de felicidad”* (Ídem).

La autoestima es una experiencia íntima; habita en mi alma. Es lo que yo pienso y siento respecto a mí mismo, no lo que otra persona piensa o siente respecto a mí.

Pueden quererme mi familia, mi pareja y mis amigos, y a pesar de ello no quererme yo mismo; puedo ser admirado por mis socios y sin embargo considerarme indigno; proyectar una imagen de seguridad y aplomo que engañe prácticamente a todos y por el contrario temblar secretamente por sentirme inseguro e inadaptado; satisfacer las expectativas de los demás pero no satisfacer las propias; obtener todos los honores y sin embargo sentir que no he conseguido nada; ser adorado por millones de personas y aun así despertarme cada mañana con una enfermiza sensación de engaño y vacío (Ídem).

### **¿Por qué necesitamos la autoestima?**

“La necesidad de la autoestima surge del hecho de que el funcionamiento de nuestra conciencia es volitivo, lo cual nos confiere una tarea única: hacernos capaces para afrontar los desafíos de la vida” (Ibídem, p. 68). Lograremos esto viviendo con integridad, consciente y responsablemente.

### **¿Cómo se manifiesta la autoestima positiva?**

Hay algunas formas bastante simples y directas en las que la autoestima positiva se manifiesta en nuestro interior (Ibídem, pp. 61-63):

- Un rostro, actitud, manera de hablar y de moverse que refleja el placer que sentimos de estar vivos.
- Serenidad al hablar de los logros y fracasos directa y honestamente, ya que mantenemos una relación amistosa con los hechos.
- Comodidad al dar y recibir cumplidos, expresiones de afecto, aprecio, etcétera.
- Apertura a las críticas y comodidad para reconocer errores porque nuestra autoestima no está atada a una imagen de <<perfección>>.
- Nuestras palabras y acciones tienden a ser serenas y espontáneas porque no estamos en guerra con nosotros mismos.
- Armonía entre lo que decimos y hacemos y nuestro aspecto y gestos.
- Una actitud abierta y de curiosidad hacia las ideas, experiencias y posibilidades de vida nuevas.
- Si surgen sentimientos de ansiedad o inseguridad, es menos probable que no intimiden o abrumen, ya que no suele ser difícil aceptarlos, dominarlos y superarlos.
- Capacidad para gozar los aspectos humorísticos de la vida, en nosotros mismos y los demás.
- Flexibilidad para responder a situaciones y desafíos, movida por un espíritu inventivo e incluso lúdico, ya que confiamos en nuestra mente y no vemos la vida como una fatalidad o derrota.
- Comodidad con una actitud positiva (no beligerante) en nosotros mismos y en los demás.
- Capacidad para preservar la armonía y dignidad en condiciones de estrés.

Luego, a nivel puramente físico, se pueden observar características tales como:

- Ojos despiertos, brillantes y vivaces.
- Rostro relajado que (salvo en caso de enfermedad) suele tener color natural y vitalidad en la piel.
- Mentón en posición natural y alineado con el cuerpo.
- Mandíbula relajada.
- Hombros relajados, aunque erguidos.
- Manos que tienden a estar relajadas, gráciles y quietas.
- Brazos relajados y en posición natural.
- Posturas relajadas, erguida, bien equilibrada.
- Modo de caminar decidido (sin ser agresivo ni altanero).
- Voz modulada, con intensidad adecuada a la situación y con pronunciación clara.

### **¿Cómo podemos aumentar nuestra autoestima?**

Para Branden Nathaniel (2010), hay dos palabras que describen inmejorablemente lo que podemos hacer para aumentar nuestra autoestima, es decir, para generar más confianza en nosotros mismos y respetarnos más. Estas son: *vivir conscientemente*. El problema es que esta frase quizá resulte algo abstracto para algunas personas; no se traduce de manera evidente en una acción mental o física. Y si deseamos crecer, necesitamos saber *qué hacer*. Necesitamos aprender nuevas conductas. De modo que debemos preguntar: si tratáramos de vivir más conscientemente, ¿cómo y en qué aspectos actuaríamos de manera diferente?

Si la esencia de vivir conscientemente es el respeto por los hechos y la realidad, la autoaceptación es la prueba. Cuando los hechos que debemos afrontar tienen que ver con

nosotros mismos, vivir conscientemente puede resultar muy difícil. Aquí es donde entra en juego el desafío de la autoaceptación.

La autoaceptación pide que enfoquemos nuestra experiencia con una actitud que haga irrelevantes los conceptos de aprobación o desaprobación; el deseo de ver, de saber, de conocer.

Ahora bien, aceptarnos a nosotros mismos no significa carecer del afán de cambiar, mejorar o evolucionar. Lo cierto es que la autoaceptación es la condición previa del cambio. Si aceptamos lo que sentimos y lo que somos en cualquier momento de nuestra existencia, podemos permitirnos ser conscientes de la naturaleza de nuestras elecciones y acciones, y nuestro desarrollo no se bloquea. (Ídem).

## **ESTRÉS**

### **¿Qué es el estrés?**

“Es la reacción a algo que hace su cuerpo se sienta como que está siendo atacado. Es algo que puede ser de naturaleza física o psicológica” (Reinschmidt Kerstin, Chong Jenny, 2005, p.39).

Cuando algo sucede, que hace que su cuerpo o su mente se sientan tensos o amenazados ¡eso es estrés! Los causantes de estrés son cosas que lo pueden hacer sentirse triste, asustado o preocupado, tales como (Marcus, Ivy, 2002, p. 1):

- La muerte de alguien cercano a usted
- Ser despedido de su empleo
- Problemas con su esposo (a) amigo (a)
- Realizarse un examen médico.

Los causantes del estrés, no siempre son cosas malas. A veces hay cosas buenas que nos puede causar estrés y nerviosismo tales como:

- El primer día en un nuevo empleo
- La compra de una casa
- Irse de vacaciones.

### **¿Qué causa el estrés?**

Todas las personas sienten estrés en algún momento del día y en distintos momentos de la vida. Las personas pueden sentir estrés por distintas razones. Ciertos tipos de estrés pueden ser de poco significado; como los problemas cotidianos (por ejemplo: el tráfico en la hora pico, desacuerdos y discusiones), otros tipos de estrés pueden ser de naturaleza más seria como la muerte de un conyugue, el divorcio o una enfermedad (Reinschmidt Kerstin, Chong Jenny, 2005).

Los eventos de la vida también pueden ser estresantes ya sean estos positivos (una boda o un nacimiento) o negativos (la muerte de un pariente o el divorcio).

De manera interesante, el mismo evento de la vida puede ser estresante para algunas personas, pero no para otras. Algunos estresores pueden ser encontrados en (Ibídem, p. 44):

- La vida cotidiana
- El estilo de vida
- La mala salud
- Las transiciones de vida
- Las relaciones
- La situación económica
- El ambiente natural
- La situación política
- La vida sin sentido o no realizada.

### **¿Qué le sucede a mi cuerpo cuando siento estrés?**

Los causantes de estrés tienden hacer que su cuerpo se acelere y se ponga tenso y así ayudarle a pasar por una situación de estrés. A esto se le conoce como la respuesta de “lucha o huida”. Los síntomas físicos de la reacción de lucha huida son bien conocidos. Los niveles de varias hormonas aumentan, haciendo posible para las células una gran cantidad de energía almacenada (glucosa y grasa) para ayudar al cuerpo a huir del peligro. Su cuerpo le está protegiendo preparándolo para huir de una amenaza o afrontarla y así mantenerse seguro. Hoy la amenaza pudiera ser cualquier cosa desde problemas monetarios hasta un problema de empleo. Su (s) (Marcus, Ivy, 2002, p. 2):

- Corazón palpita más rápido
- Presión de la sangre aumenta
- Músculos se ponen tensos

- Respiración se acorta
- Cuerpo libera unas hormonas que actúan aumentando el azúcar en la sangre.

Un poquito de estrés puede ser algo bueno ayudándoles a mantenerse alerta en la escuela o en su empleo y ayudándoles a realizar un mejor trabajo. Sin embargo, algunos problemas como problemas monetarios no se pueden resolver rápido y usted puede sentir estrés por un largo tiempo. Sus cambios de lucha o huida se activan y quedan activados, mantenerse tenso por largo tiempo no es bueno para su cuerpo. Cuando suceden estos cambios, su cuerpo puede trabajar muy fuerte (Ídem).

### ¿Qué es manejo del estrés?

Se han diseñado dos clases de técnicas para ayudar a lidiar con los efectos que el estrés pueda tener sobre su cuerpo o su mente. Cualquier plan que usted desarrolle para tratar el estrés, deberá incluir ambos métodos (Ibídem, pp. 5-7):

**Mente:** estos métodos enfocan el lado emocional del estrés o sus sentimientos, estos ayudan a cambiar pensamientos de tristeza o infelicidad, hacia una perspectiva más alegre y activa.

**Cuerpo:** estos métodos enfocan los cambios físicos que ocurren durante el estrés y ayudan a que vuelvan a la normalidad, tal como relajando los músculos tensos.

Respiración profunda para la relajación: este método es muy beneficioso para combatir el estrés porque puede hacerse en cualquier lugar y está disponible en cualquier momento que lo necesite.

- Mientras está sentado o acostado, coloque una mano en su estómago y la otra en su pecho.
- Cierre sus ojos
- Inhale por la nariz hasta un conteo de tres

- Exhale por su boca hasta un conteo de cinco
- Continúe por un periodo de uno a cinco minutos.

Deberá sentir que la mano sobre su estómago se mueve hacia afuera y hacia adentro, mientras que la mano sobre su pecho se mantiene más bien quieta. Usted deberá practicar la respiración profunda para relajación en cualquier momento en que se sienta con estrés. Le ayudara a lidiar con el problema en el momento (Ídem).

Ejercicio físico: a largo plazo, ejercicios tales como el caminar, trotar, practicar deportes y trabajar en el jardín, son una buena manera de reducir el estrés y le ayudan a eliminar la tensión. Sin embargo, a corto plazo, el ejercicio físico no baja el ritmo del corazón ni de la respiración. Al contrario, aumenta la mayoría de los síntomas físicos del estrés. Por esto, es también importante el aprender algunos de los métodos de relajación antes enumerados. Para obtener mejores resultados, una vez aprenda estas destrezas las debe practicar regularmente junto con el ejercicio físico (Ídem).

### **¿Cuáles estrategias pueden aliviar el estrés en mi cuerpo?**

- Ejercicios de respiración profunda
- Adiestramiento en relajación
- Yoga
- Meditación
- Adiestramiento en biofeedback
- Masajes

Estos métodos enseñan destrezas que le ayudaran a respirar más lento y profundo. Todos estos métodos lo estimulan a ustedes a relajarse y a soltar la tensión en sus músculos. Si los hace regularmente, le ayudaran a llevar los latidos del corazón, el pulso, la presión de la sangre y los niveles de la sangre (las pruebas de la sangre ordenadas por su médico, que son obtenidas de su brazo) a unos niveles más saludables (Ídem).

## **¿Cómo puedo enfrentar el estrés?**

Existen 18 maneras para enfrentar el estrés las cuales son (Reinschmidt Kerstin, Chong Jenny, 2005, p.72):

- Ejercicio
- Dieta y nutrición
- Vigile lo que consume
- Conciencia. Escuche a su cuerpo
- Tiempo solo/ meditación/oración
- Técnicas de relajación
- Sepa lo que es realmente importante para usted
- Manejo de su tiempo
- Apoyo social
- Recreo
- Diga no
- Use la comunicación para reducir el estrés
- Actitud y estilo de vida positivos
- Tome riesgos/mire los estresores de manera positiva
- Sea organizado
- Sea creativo y disfrute de la risa
- Haga algo
- Tacto.

## **¿Qué puede ayudar con las emociones o con los sentimientos que acompañan al estrés?**

A continuación, encontrará un plan de diez pasos que le puede ayudar con el lado emocional del estrés. Un cambio puede demorar semanas, meses y tal vez años. Necesitará ayuda durante el camino. A veces, el compartir sus sentimientos con alguien en quien usted confía un amigo o familiar le puede ayudar a ver las cosas desde otra perspectiva. Muchas personas encuentran que el asistir a un grupo de apoyo para personas con diabetes, les ayuda. Cuando sienta que algún problema es muy grande para manejarlo usted solo, podría solicitar a su médico o educador (a) en diabetes, que le recomiende algún consejo (Marcus, Ivy, 2002, pp.7-8):

1. **Busque la causa del estrés.** ¿parece claro, no lo cree? No este tan seguro. Con frecuencia, las personas se sienten vencidas por el estrés, piensan que todo les va mal a la vez, sin embargo, esto nunca sucede.
2. **Enumere las partes del estrés que se encuentran fuera de su control.** Siempre hay una parte de cada situación, por la cual usted no puede hacer nada (tal como, cuando el mal tiempo no le deja salir de su casa).
3. **Aprende a aceptar lo que no puede cambiar.** No malgaste su tiempo y energías si no está adelantado. Este es un paso importante para sentirse satisfecho. Trabaje en las cosas que usted sabe, que, si trata, las puede cambiar.
4. **Reconozca cuales son las partes del estrés que usted puede controlar.** Una cosa que usted siempre puede controlar es su perspectiva en la forma en que usted ve las cosas. Sin embargo, aun, puede que sea necesario, el buscar alguna otra fuente de opinión. Pregunte a un familiar o amigo, si ellos ven las cosas de la misma manera que usted las ve.
5. **Planifique los cambios, fijando metas a corto y a largo plazo.** Planifique las metas o cambios que quiere alcanzar. Luego separe estas metas en cosas que usted pueda alcanzar en las próximas una a do semanas. No se fije metas tan grandes, que no va a poder alcanzar.

6. **Enumere los pasos que va a necesitar para alcanzar sus metas.** Luego tome un paso a la vez. Una vez logre un paso, táchelo de su lista, y pase al próximo.
7. **Anticipe que tendrá algunos tropiezos al tratar de lograr sus metas.** Siempre encontrará obstáculos en el camino hacia el cambio.
8. **Tenga listas posibles soluciones para cualquier tropiezo que pueda afrontar.**
9. **Aprenda de sus errores, recompénsese cuando obtenga logros.**
10. **¡NUNCA SE DÉ POR VENCIDO!**

## **ANSIEDAD**

### **¿Qué es la ansiedad?**

La ansiedad es uno de los problemas mentales/ emocionales más comunes. Es una respuesta emocional firme de temor y pavor. Así mismo muestra señales físicas tales como latidos rápidos del corazón, sudor, temblores, mareos, manos o pies fríos, y falta de aire. (Reinschmidt Kerstin et al. 2005).

La palabra ansiedad se utiliza para describir la respuesta mental y física que se produce ante situaciones de peligro. Se trata de una reacción normal que experimenta todo el mundo a veces (por ejemplo, antes de una prueba médica, al hablar en público, antes de una cita importante, etc.). Puede proporcionarle una ayuda adicional para escapar del peligro o darle una energía mayor para completar las tareas que tiene pendientes. Entendida como tal, es un mecanismo de defensa del organismo y por tanto no necesariamente negativa (García José, Herrera Bryan, Noguerras E, 2013).

Por lo tanto, el objetivo no es suprimirla sino aprender a controlarla. Se trata de vivir con menos ansiedad y no de vivir sin ansiedad.

La ansiedad se convierte en un problema cuando los síntomas son (Ídem):

- Graves y desagradables.
- Duran mucho tiempo.
- Ocurren con demasiada frecuencia.
- Si aparecen ante situaciones que realmente no deberían ser estresantes.
- Si nos impiden hacer lo que queremos hacer.

### **¿Qué causa la ansiedad?**

Según Reinschmidt Kerstin et al. (2005) la ansiedad es causada por una combinación de factores genéticos, rasgos psicológicos, y experiencias de la vida.

Aunque no se conoce exactamente el por qué, es más probable que las mujeres padezcan de ansiedad, parece ser que las mujeres reaccionan a un mayor número de eventos estresantes, incluyendo aquéllos que les suceden a sus amistades. Los hombres, en general, reaccionan aún menor número de eventos, es decir aquellos que los afectan a sí mismos o a sus parientes cercanos.

Los distintos tipos de problemas de ansiedad tienen en común un estado de temor o activación (*arousal*, en inglés). La ansiedad ha sido comprendida como una versión anormal o exagerada de la activación (reacción de lucha o huida).

De manera más reciente, los investigadores han estado buscando las causas de la ansiedad más allá de la reacción de estrés agudo de la activación o *arousal*, debido a que:

- Con la ansiedad, la preocupación sobre los estresores se encuentra fuera de proporción con la amenaza real.
- La ansiedad a menudo está asociada con actividades mentales y de conducta bastante elaboradas, que están diseñadas para evitar los síntomas desagradables de un ataque pleno de ansiedad o pánico.
- Por lo general, la ansiedad dura más que la activación o *arousal*.
- La ansiedad puede ocurrir con la exposición a un estresor externo.

Las investigaciones actuales están explorando los procesos cerebrales para determinar si el funcionamiento inusual de las vías de temor en el cerebro puede ocasionar síntomas de ansiedad.

### **Los efectos de la ansiedad**

Según García José, et al. (2013) la ansiedad nos afecta en: cómo pensamos, lo que hacemos y cómo reacciona nuestro cuerpo (pp. 4-5):

- **Cómo pensamos:**

Cuando no se controla la ansiedad, las personas describen pensamientos como “No voy a poder soportarlo”, “esto es horrible”, “me dará un infarto”, “enloqueceré”. Estos pensamientos pasan por la mente automáticamente, como un flash, cuando se está ansioso.

Dos cosas deben tenerse en cuenta sobre los pensamientos automáticos:

- Que son irracionales y poco realistas: usted no morirá o enloquecerá.
- Son situaciones que se pueden controlar: habitualmente la mente nos advierte de un peligro mucho mayor del que en realidad tenemos que afrontar.

Aprender a controlar tales pensamientos le puede ayudar a manejar su ansiedad.

- **Qué hacemos:**

La gente que sufre de ansiedad a menudo evita cosas, por ejemplo salir solos/as o hablar con la gente. Normalmente hacen esto porque piensan que les saldrá mal, que se aterrorizarán o que harán el ridículo. Evitando la situación, se sienten mejor, experimentan un alivio inmediato de la ansiedad que estaban sintiendo al imaginarse realizando la actividad. Pero a largo plazo la evitación siempre empeora el problema. Esto ocurre porque la ansiedad se asocia cada vez más con aquello que se evita y así se hace más difícil afrontarlo.

La ansiedad también puede hacer que las personas sientan que deben hacer ciertas cosas, por ejemplo podría comenzar repetidamente a inspeccionar si las puertas están cerradas con llave o los cables desenchufados o podría limpiar la casa mucho más de lo necesario. También pueden aparecer otros comportamientos como hablar rápido o desordenando palabras. Darse cuenta de esto le puede hacer sentir más ansioso.

- **Cómo reacciona nuestro cuerpo:**

Hay muchos síntomas físicos de ansiedad. Surgen como una manera de preparar al cuerpo para hacer frente a una supuesta amenaza. Los síntomas son muy desagradables y algunas veces aparecen sin razón aparente, de manera que las personas pueden pensar que padecen un problema físico grave o que algo terrible va a suceder. Es importante saber que estos síntomas no son peligrosos y no le harán ningún daño, aunque sean severos. La mayoría de las personas experimentarán sólo algunas, no todas. A continuación, se presentan los síntomas:

- Cansancio

- Pitidos en los oídos
- Tensión en el cuello
- Hombros tensos
- Opresión en el pecho
- Falta de aliento
- Estómago revuelto
- Malestar
- Tensión muscular
- Agarrotamiento y molestias
- Dolor de cabeza
- Visión borrosa
- Sequedad de boca
- Sensación de ahogo
- Palpitaciones
- Respiración rápida y menos profunda
- Sudor excesivo en manos
- Deseos de orinar
- Debilidad o temblores en las piernas.

### **Como afecta la ansiedad a las personas con diabetes**

Según Reinschmidt Kerstin et al. (2005, p. 54):

- Las personas que ven a su diabetes de manera pesimista como algo que es para toda la vida (algo de larga duración) tienen una mayor tendencia a padecer de ansiedad.
- La ansiedad ocurre comúnmente con la depresión.

- La ansiedad que interfiere con el funcionamiento normal previene que una persona con diabetes pueda cuidar bien de sí misma.
- Las personas que padecen de ansiedad sienten que no disfrutan de buena salud.
- Es menos probable que las personas, especialmente las mujeres, hagan ejercicio si padecen de ansiedad.
- Los cónyuges de las personas con diabetes muestran el mismo nivel de ansiedad.

### **¿Cómo se maneja?**

Según García José, et al. (2013) como hemos aprendido, la ansiedad es una respuesta normal del organismo, incluso beneficiosa, pero que en algunas ocasiones puede resultar excesiva. Por tanto, nuestro objetivo será aprender a regularla. En estas líneas se describen formas de reducirla y conseguir que sea más manejable. Podemos trabajar en al menos cuatro áreas diferentes (pp. 9-12):

#### **1. Entender mejor la ansiedad.**

Aquí se exponen algunas técnicas que le ayudaran a comprenderla mejor:

- Haga un diario de ansiedad: Durante un período de dos semanas (o más si lo prefiere) mantenga un diario de horas de ansiedad y nivel de actividad. Califíquela de 0-10 (donde el 0 implicaría ninguna ansiedad y 10 el máximo grado). Anote todo lo que parezca importante. ¿Estaba en el trabajo o el hogar?, ¿qué estaba haciendo?, ¿en qué estaba pensando? Usted puede comenzar a ser más consciente de las situaciones que le causan ansiedad o las que evita. Esta información le ayudará a comenzar a hacerles frente.
- Estilo de vida estresante: Hoy en día la vida es a menudo estresante y es fácil que existan presiones. No siempre podemos controlar el estrés que viene de fuera, pero podemos encontrar formas para reducir la presión que nos ponemos nosotros/as mismos/as. Trate de identificar las situaciones estresantes que le provocan tensión, tome medidas para hacer frente a estas situaciones que le produzcan estrés, asegúrese de que tiene tiempo para cosas con las que disfruta, adquiera una afición relajante,

asegúrese de dormir lo suficiente, coma una dieta bien equilibrada, haga ejercicio regularmente, aprenda a relajarse.

## **2. Reducir los síntomas físicos**

- **Relajación:** Con el fin de reducir la gravedad de los síntomas físicos sería mejor “cortar el círculo vicioso de la ansiedad” al reconocer los primeros signos de tensión. Una vez que se han detectado se puede prevenir la ansiedad con el uso de técnicas de relajación. Algunas personas pueden relajarse a través del ejercicio, escuchar música, ver televisión, leer un libro, acudir a clases de yoga, etc. Para otros, es más útil tener una serie de ejercicios a seguir. La relajación es una habilidad como cualquier otra que debe ser aprendida y requiere tiempo.

- **La respiración controlada:** Es muy común que las personas estén nerviosas por los cambios que se producen en su respiración. Puede empezar a “tragar aire”, pensando que va a asfixiarse o respirar muy rápido. Esto probablemente hará que sienta mareo y por lo tanto más ansiedad. Esto se llama exceso de respiración o hiperventilación. Trate de reconocer si está haciendo esto y respire más despacio. A veces puede resultar útil respirar en una bolsa de plástico, cubriéndose la nariz y la boca.

- **Distracción:** Si usted distrae la mente de sus síntomas a menudo éstos desaparecen. Trate de mirar a su alrededor. Estudie las cosas en detalle: qué tipo de decoración hay, qué ropa lleva la persona que está sentada a su lado, etc. Necesitará distraerse durante al menos tres minutos para que los síntomas empiecen a reducirse.

Si bien la relajación, los ejercicios de respiración y las técnicas de distracción pueden ayudar a reducir la ansiedad, es sumamente importante tener en cuenta que no es perjudicial o peligrosa, incluso si no usamos estas técnicas, no sucederá nada terrible. La ansiedad no puede hacernos daño, pero puede ser incómoda. Estas técnicas pueden ayudar a reducir el malestar.

## **3. Modificar los pensamientos relacionados con la ansiedad**

Hemos visto el papel que los pensamientos tienen en el mantenimiento del círculo vicioso de la ansiedad. A veces también pueden aparecer imágenes en su mente. Por ejemplo, imagínese que usted se encuentra en un centro comercial. De repente nota como el

corazón le late apresuradamente y siente que se asfixia. El pensamiento que pasa por su mente es: “Me está dando un ataque al corazón”. Esto le genera mucho miedo, lo cual hace que el latido cardíaco se acelere aún más y usted piense que efectivamente se trata de un infarto, es probable que se imagine siendo atendido/a por los servicios de urgencia. No siempre es fácil saber lo que está pensando y lo que está haciendo que su ansiedad empeore.

Los pensamientos que experimentan las personas ansiosas pueden aparecer y desaparecer en un instante y pueden ser tan habituales que se produzcan automáticamente. Suelen ser tan familiares que puede sentirlos como parte suya. Ahora, trate de imaginar la última vez en la que se sintió muy nervioso/a. Trate de recrearse en ese recuerdo como si fuera una película, con el mayor detalle posible. Vea si puede escribir los pensamientos que experimentó. Recuerde que cualquier pensamiento puede ser importante. Ninguno es demasiado pequeño o demasiado tonto. Incluso “otra vez igual” o “ya está pasando de nuevo” puede aumentar la tensión y la ansiedad

#### **4. Cambiar los comportamientos relacionados con la ansiedad**

- Trate de reconocer cuando está evitando las cosas.
- Siempre que sea posible trate de hacer frente a estos temores, no todos a la vez, pero sí de una manera gradual.
- Establezca metas pequeñas.
- Las personas a menudo establecen como hábito escapar de las situaciones que le generan ansiedad. En lugar de hacer esto aumente gradualmente la duración de su estancia en esa situación. La ansiedad a menudo llega a un punto álgido, a continuación, comienza a desaparecer de forma natural. La gente suele pensar que cada vez irá a peor. Cuando compruebe que tras un periodo desciende la intensidad de los síntomas, mejorará la confianza en sus posibilidades.
- Las personas no sólo evitan las situaciones y tratan de escapar, también a menudo hacen cosas para sentirse más seguras, por ejemplo, salir siempre acompañados/as, ir pegados/as a la pared cuando van por la calle, sentarse cerca de la salida, etc. Estas “conductas de seguridad” podrían ayudar en el momento, pero también ayudan a

mantener la ansiedad porque la persona ansiosa nunca se dará cuenta de que nada horrible le hubiera pasado, si no las hubiera hecho.

- Trate de hacer cosas para probar si sus pensamientos de ansiedad son realistas, por ejemplo, si piensa que yendo al centro comercial se desmayaría, vaya y compruebe lo que de hecho ocurre.
- Realmente es muy importante reconocer que cuanto más evite algo, más difícil será superarlo y cada vez le generará más ansiedad.

Otras cosas a tener en cuenta.

Evite tomar bebidas que contengan cafeína (por ejemplo, café o refrescos de cola) u otros estimulantes. A veces algunos medicamentos para el resfriado o la jaqueca, que no precisan receta médica, pueden agravar los síntomas de los trastornos de ansiedad. La familia es muy importante para la recuperación de una persona que padece un trastorno de ansiedad. Debe ofrecer apoyo y no ayudar a perpetuar los síntomas de su ser querido. No deben subestimar el trastorno ni pensar que en todos los casos es posible una mejoría sin que la persona reciba tratamiento. Aún menos deben culpabilizar a la persona afectada “por no saber controlar sus nervios”. (Ídem).

## **HABILIDADES SOCIALES Y REDES DE APOYO**

### **¿Qué son las habilidades sociales?**

Las habilidades sociales son una “serie de conductas observables, pero también de pensamientos, emociones, que nos ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias y a procurar que los demás respeten nuestros derechos y no nos impidan lograr nuestros objetivos” (Roca Elia, 2014, p. 11).

En base a esto podemos decir que una persona que posee habilidades sociales, es aquella que busca su interés propio, sin descuidar los intereses y sentimientos de los demás logrando soluciones que beneficien a ambas partes.

### **Asertividad y habilidades sociales**

La asertividad juega un papel fundamental dentro de las habilidades sociales, hacemos referencia a la asertividad como “una actitud de autoafirmación y defensa de nuestros derechos personales, que incluye la expresión de nuestros sentimientos, preferencias, necesidades y opiniones en forma adecuada, respetando al mismo tiempo, los de los demás” (Ibídem, p. 13).

### **Características de las personas asertivas**

Podemos caracterizar a una persona asertiva cuando presenta una serie de pensamientos, emociones y conductas típicas, dentro de las cuales podemos mencionar (Ídem):

- Se conoce a sí misma y suele ser consciente de lo que siente y de lo que desea en cada momento.
- Se acepta incondicionalmente, sin que ello dependa de sus logros ni la aceptación de los demás, conservando siempre su propio respeto y dignidad.
- Se mantiene fiel a sí misma en cualquier circunstancia y se siente responsable de su vida y de sus emociones. Mantiene una actitud activa, esforzándose en conseguir sus objetivos.
- Sabe manejar y comprender adecuadamente sus sentimientos y los de los demás.

- No exige cosas que quiere.
- Acepta sus limitaciones de cualquier tipo.
- Se respeta y valora a sí misma y los demás.
- Puede comunicarse con las personas de todos los niveles.
- Suele expresar adecuadamente sus opiniones, deseos y sentimientos.

### **Clasificación de las habilidades sociales**

Podemos clasificar las habilidades sociales como (Gades, 2012, p. 140):

#### **Principales habilidades sociales:**

- \* Escuchar
- \* Mantener una conversación
- \* Formular una pregunta
- \* Presentar a otras personas
- \* Iniciar una conversación
- \* Presentarse
- \* Dar las gracias
- \* Hacer un cumplido

#### **Habilidades sociales avanzadas:**

- \* Pedir ayuda
- \* Seguir instrucciones
- \* Participar
- \* Disculparse
- \* Dar instrucciones
- \* Convencer a los demás

#### **Habilidades relacionadas con los sentimientos:**

- \* Conocer los propios sentimientos
- \* Comprender los sentimientos de los demás
- \* Expresar el afecto
- \* Autorrecompensarse
- \* Expresar los sentimientos
- \* Enfrentarse con el enfado de otro
- \* Resolver el miedo

#### **Habilidades alternativas a la agresión:**

- \* Pedir permiso
- \* Negociar
- \* Defender los propios derechos
- \* Evitar los problemas con los demás
- \* Compartir algo ayudar a los demás
- \* Emplear el autocontrol
- \* Responder a las bromas
- \* No entrar en peleas

### **Habilidades para hacer frente al estrés:**

- \* Formular una queja
- \* Demostrar deportividad tras un juego
- \* Arreglárselas cuando le dejan de lado
- \* Responder a la persuasión
- \* Enfrentarse a los mensajes contradictorios
- \* Prepararse para una conversación difícil
- \* Responder a una queja
- \* Resolver la vergüenza
- \* Defender a un/a amigo/a
- \* Responder al fracaso
- \* Responder a una acusación
- \* Hacer frente a las presiones del grupo

### **Habilidades de planificación:**

- \* Tomar iniciativas
- \* Establecer un objetivo
- \* Recoger información
- \* Tomar una decisión
- \* Discernir sobre la causa del problema
- \* Determinar las propias habilidades
- \* Resolver los problemas según importancia
- \* Concentrarse en una tarea

### **¿Qué son las redes de apoyo?**

Según Walker y sus colaboradores (1977), las redes sociales son como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información” (Citado por Montes Verónica, 2003, p. 15).

Además, para Gottlieb (1985), estas redes sociales generan en la persona beneficios emocionales, lo que también provoca efectos en su conducta (Ídem).

Sin embargo, cabe aclarar que no todas las redes sociales, son redes de apoyo.

Por lo tanto, las redes de apoyo, de acuerdo con la definición establecida por Guzmán, Huenchuany Montes de Oca (2002), son “un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional” (Ibídem, p. 18).

## **Tipos de redes de apoyo**

- **Redes sociales:**

Estas son redes personales constituidas por: la familia, que es la base de las diferentes redes de apoyo social esta red familiar de apoyo, es en la que “las relaciones personales se establecen al interior del hogar o fuera de el a partir de lazos de parentesco” (Ibidem, p. 22). Y como red no familiar se encuentran los amigos, los vecinos y las redes comunitarias, los compañeros de trabajo, etc. Los cuales pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda (Montes Verónica, 2003).

- **Redes Formales:**

Estas son las que provienen de las estructuras públicas gubernamentales y no gubernamentales.

## **Tipos de apoyo**

**Materiales:** Implican un flujo de recursos monetarios y no monetarios bajo la forma de apoyo material.

- \* Dinero
- \* Alojamiento
- \* Comida
- \* Ropa
- \* Pago de servicios

**Instrumentales:**

- \* Cuidado
- \* Transporte
- \* Labores del hogar

**Cognitivos:** Intercambio de experiencias, transmisión de información, al dar consejos que permiten entender una situación.

- \* Información
- \* Consejos
- \* Intercambio de experiencias

**Emocionales:** Se expresan por la vía de cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia y pueden tomar distintas formas.

- \* Afectos
- \* Preocupación
- \* Empatía
- \* Escuchar
- \* Reconocimiento de roles

## **Habilidades sociales y redes de apoyo**

### **Reciprocidad, intercambio y habilidades sociales**

El intercambio sugiere que las personas tienen relaciones en donde dan, reciben, intercambian y guardan. De acuerdo con Homans (Ibídem, p. 35), “el comportamiento social es un intercambio de bienes materiales y no materiales entre los que se encuentran los símbolos de aprobación o prestigio”.

En conjunto al intercambio se encuentra la reciprocidad, la cual se refiere a “la simetría del intercambio o el grado en que el apoyo es dado o recibido” (Ibídem, p. 37).

Que exista la reciprocidad dentro de las redes de apoyo tendría consecuencias positivas en las personas involucradas, sin embargo, si se da más y se recibe poco, como consecuencia se obtendría sobrecarga y frustración, mientras que si se recibe más y se da poco, podría generarse dependencia o endeudamiento.

Es aquí donde entran en juego las habilidades sociales, esto debido a que si se es una persona asertiva, se mantendrá la reciprocidad en el intercambio de apoyo.

## **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

### **Concepto de afrontamiento**

De modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de «pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles» (Stone y cols., 1988, pág. 183). Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el afrontamiento quedaría definido como «aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 164) (Citado por Vázquez C, Crespo M, y J. M. Ring, 1996, p.426).

Con esta amplia definición se puede pensar que las reacciones emocionales como la ira, o la depresión, también forman parte del proceso general de afrontamiento que efectúa un organismo ante una situación demandante. Por ejemplo, quedarse en la cama cuando uno se siente deprimido es un tipo de estrategia de afrontamiento, del mismo modo que lo puede ser una estrategia más activa (p. ej., ir a la consulta médica). Aunque la naturaleza de estas estrategias no siempre es consciente, la investigación empírica se ha centrado básicamente en aquellas que los individuos pueden conscientemente reconocer (Ídem).

Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias (Lazarus y Folkman, 1986):

1. Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
2. Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Por ejemplo, ante una ruptura matrimonial, uno puede acudir a los abogados, llamar a amigos en búsqueda de soluciones, etc. (estrategias dirigidas a solucionar el problema), pero también cabe salir más de casa para no sentirse tan mal, intentar no pensar en los años pasados, etc. (estrategias dirigidas a aliviar el malestar que produce la situación) (Ídem).

## **Estrategias de afrontamiento**

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Forsythe y Compas, 1987) (Ibídem p. 427)

La escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1985), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas) (Ibídem, pp. 427-428):

1. **Confrontación:** intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. **Planificación:** pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. **Distanciamiento:** intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
4. **Autocontrol:** esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. **Aceptación de responsabilidad:** reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. **Escape-evitación:** empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. **Reevaluación positiva:** percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
8. **Búsqueda de apoyo social:** acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

## **Estilos de afrontamiento**

Aunque en teoría se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento. Por ejemplo, algunas personas tienden casi de forma invariable a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos. Sólo una serie de estilos de afrontamiento se han investigado de modo sistemático. Veamos algunos (Citado por Vázquez C, et al. 1996, p.429 - 430):

1. **Personas evitadoras y personas confrontativas:** hay personas que tienen una tendencia evitadora (o minimizadora), mientras que otras tienden a utilizar un estilo más confrontativo (o vigilante) bien sea buscando información o tomando una acción directa ante cualquier problema. Aunque ningún estilo es por sí mismo más efectivo que otro, el estilo evitador es más útil para sucesos amenazantes a corto plazo, mientras que el estilo vigilante es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o que persiste a lo largo del tiempo. El estilo confrontativo es útil pues permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros.
2. **Catarsis:** (...) hablar con otras personas no tiene ningún efecto «mágico» sino que, a su vez, puede favorecer el afrontamiento de muchas maneras (se recibe información, apoyo afectivo, fuerza a pensar mejor sobre lo que nos preocupa para comunicarlo efectivamente, etc.).
3. **Uso de estrategias múltiples:** la mayor parte de los estresores conllevan una serie de problemas de naturaleza diferente que requieren estrategias de afrontamiento diferentes. Por ejemplo, una persona en un proceso de divorcio debe enfrentarse a muchos problemas (impacto emocional, cargas financieras, custodia de los hijos, etc.). Es muy probable que, en general, un afrontamiento con buenos resultados requiera la capacidad de usar de forma adecuada múltiples estrategias de un modo flexible.

## **Estilos de afrontamiento centrados en el problema y las emociones.**

Lazarus y Folkman (1984), dividen estas estrategias en dos grandes grupos, el primero centrado en el problema y el segundo centrado en las emociones.

El afrontamiento centrado en el problema tiene como función la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales. Estas estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste; como ellas generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. Sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido a la resolución del problema se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto (Citado por Di-Collredo Carlos, Aparicio Diana y Moreno Jaime, 2007, pp.132-133).

A su vez las estrategias centradas en el problema se dividen en Afrontamiento Activo y Afrontamiento Demorado. El Afrontamiento Activo se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales. El Afrontamiento Demorado se considera como una respuesta necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura (Lazarus & Folkman, 1986). El segundo grupo centrado en las emociones tienen como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. (Ibídem, p.133).

(...) De tal manera que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes, amenazantes o desafiantes del entorno.

Estas estrategias centradas en las emociones incluyen varias categorías (Ibídem, pp.133-135):

- El apoyo social emocional, el cual se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. La aceptación de la respuesta funcional de afrontamiento,

ocurre cuando en la primera aproximación, la persona tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación.

- El apoyo en la religión, es visto como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. De tal manera que en un estudio denominado afrontamiento religioso y ajuste psicológico para el estrés, encontró que personas que buscan apoyo espiritual, realizan obras de beneficencia y se integran a grupos de crecimiento espiritual, disminuyen la tensión causada por los diferentes estresores y aumentan su autoestima, además se adaptan de manera más adecuada a las circunstancias (Vasconcelles, 2005). De otra parte, en un estudio acerca de los significados se encontró que la religión fue definida por las personas entrevistadas como otra dimensión desde donde se construye sentido de vida, se identificó como un aspecto humano que atraviesa la vida de todas las personas, otorgándole un carácter divino. La confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza ya que, partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente en que nunca, a pesar de los hechos, estarán desprotegidos (Sacipa, 2003).
- La reinterpretación positiva y crecimiento cuyo objetivo es manejar especialmente el estrés emocional en vez de tratar con el estresor; mediante esta interpretación se puede construir una transacción menos estresante en términos de que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema.
- La concentración y desahogo de las emociones significa la tendencia a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos.

Este comportamiento puede resultar adecuado en un momento específico de mucha tensión, pero centrarse en esas emociones por largos periodos de tiempo, puede impedir la adecuada adaptación o ajuste pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo.

- La liberación cognitiva, generalmente ocurre de forma previa a la liberación conductual. Consiste en hacer un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere.

- La negación, la cual implica ignorar el estresor puede en ocasiones reducir el estrés y favorecer el afrontamiento y ser útil en un periodo de transición, sin embargo, si se mantiene puede impedir una aproximación activa. En un estudio realizado a personas en proceso de hemodiálisis se encontró que la negación explica el manejo menos efectivo de la enfermedad y una participación más pasiva, con manifestaciones elevadas de ansiedad, depresión y bajo nivel de ajuste psicosocial (Calvanese & cols., 2004).
- Por último, se encuentra la liberación hacia las drogas, lo que implica el uso de alcohol o drogas para evitar pensar en el estresor (Lazarus & Folkman, 1986).

(...) Las estrategias de afrontamiento son eficaces solo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud (Snyder, 1999) (Ibídem, p.135).

## RELACION ENTRE PENSAMIENTO, EMOCIÓN Y COMPORTAMIENTO

Nuestro **pensamiento** (fruto del sistema de creencias que cada persona tiene), ejerce una gran influencia sobre nuestras **emociones** y nuestros **comportamientos**. De tal manera que la forma en cómo interpretemos lo que nos ocurre, determinará cómo nos sentimos y dirigirá en una dirección u otra nuestras conductas (Lorente Iñaki, 2005).

La forma de pensar importa

Ahondando un poco más en esta idea y sin ánimo de trivializar, quisiera citar a uno de nuestros grandes escritores del S. XIX, Ramón de Campoamor que en Las Dos Linternas, concluía:

Y es que en el mundo traidor nada es verdad ni es mentira: «todo es según el color del cristal con que se mira»

La idea que ronda es que el tintado del cristal de las gafas que nos pongamos para ver lo que nos va ocurriendo, determinará cómo percibamos nuestra realidad.

Tomemos un ejemplo: Un día en que no ocurra nada llamativo, puede ser visto por unos como un día tranquilo, por otros como aburrido y habrá quien lo valore como un “asco de día”. Según el filtro que apliquemos, según el color de los anteojos que llevemos puestos. Ciertamente se han descrito numerosos *filtros utilizados por las gafas del pensamiento*. Cada persona mostramos tendencia a valernos de unos pocos como patrones más o menos estables.

Pero cuando esos esquemas están entre las denominadas **distorsiones cognitivas** la cosa se complica. Se tratan de interpretaciones de la realidad más o menos erróneas pero que son tomadas como ciertas y que tiñen la vida de emociones negativas (Lorente Iñaki, 2005).

La mente humana tiene una doble potencialidad. En ella habita el bien y el mal, la locura y la cordura, la compasión y la impiedad. La mente puede crear la más deslumbrante belleza o la más devastadora destrucción, puede ser la causante de los actos más nobles y altruistas o la responsable del egoísmo más infame. (Walter Riso, 2004, p.17).

¿Qué hacer entonces? Conseguir que la mente se mire a sí misma, sin tapujos ni autoengaños, para que descubra lo absurdo, lo inútil y/o lo peligroso de su manera de funcionar. Para cambiarla la mente debe hacer tres cosas: (a) *dejar de mentirse a sí misma* (realismo), (b) *aprender a perder* (humildad) y (c) *aprender a discriminar cuándo se justifica actuar y cuándo no* (sabiduría). Realismo, humildad y sabiduría, los tres pilares de la revolución psicológica. Puedes liberarte de las trampas de la mente y crear un nuevo mundo de racionalidad, donde la emoción esté incluida. Un pensamiento razonable y razonado que te lleve a crear un ambiente motivador donde vivas mejor y en paz contigo mismo (Walter Riso, 2004, p.17-18).

Riso Walter (2004), expone cuatro principios que pueden facilitar el desmonte del egocentrismo mental. Incrementar el autoconocimiento y modificar los sesgos cognitivos (haciendo hincapié en que algunos esquemas patológicos sólo son modificables con ayuda profesional) (pp. 152-169):

### **1. Tomar conciencia de que el cambio es importante:**

- Hay que estar comprometido con el proceso del cambio y desearlo desde lo más profundo. Estar consciente de que cualquier transformación supone una dosis de esfuerzo e incomodidad: renunciar al principio del placer *ahora* para obtener un beneficio mayor *después*.
- Sentir que el cambio es necesario y que será útil. Que a mediano plazo lo nuevo será mejor que lo viejo.
- Si aceptas que tu mente debe cambiar.
- Para cambiar hay que tener "fuerza de voluntad". Persistir en la racionalidad, enfrentar el miedo a lo desconocido, no escapar ante el primer obstáculo y no perder de vista las ventajas de lo nuevo.

### **2. Lentificar los procesos e identificarlos:**

- La propuesta es hacer que tu mente vaya más despacio para que puedas ver tu propio desempeño mental, como un relojero que revisa los dispositivos del reloj, minuciosa y atentamente, con paciencia. Puedes empezar por decretar semanas de observación: la semana de la atención, de la memoria, de la percepción, de la profecía

autorrealizada y de la evitación. Puedes repetir el ciclo o quedarte más tiempo en un proceso que en otro.

- Recuerda que la idea en esta fase de reconocimiento no es la modificación de los procesos mentales. Si la mente detecta que deseas modificar sus mecanismos de defensa, ofrecerá resistencia. Así que hay que andar con mucho cuidado y ser un observador sigiloso. En esta etapa lo importante es *aprender a ver cómo tu mente juega al autoengaño*.
- Haz de cuenta que eres un antropólogo que pretende adentrarse en una comunidad primitiva desconocida y altamente desconfiada. Quieres ser un observador participante y totalmente objetivo, pero tu presencia ahuyenta a los nativos y hace que no se comporten de manera natural.

### **3. Reordenar la experiencia alrededor de una creencia negativa**

Escoge una creencia negativa cualquiera que te haga sentir mal y luego observa cómo la mente hace lo imposible por protegerla y alimentarla. Tu herramienta de trabajo será la autoobservación. Puedes seguir los siguientes pasos:

1. ¿Qué evento externo disparó mi malestar?
2. ¿Qué pasó por mi mente?
3. ¿Por qué llegué a esta conclusión? ¿Utilicé algún sesgo atencional, de percepción o de memoria?
4. ¿Que hice luego? ¿Cómo respondí a la situación? ¿Utilicé profecías autorrealizadas? ¿Utilicé estrategias evitativas o compensatorias?

### **4. Atacar las distorsiones**

Si has sido capaz de llegar hasta aquí y superar el apartado anterior, es el momento de enfrentar las distorsiones responsables de tu malestar.

#### **➤ *Atacar y calibrar los sesgos atencionales***

Para vencer los sesgos hay que equilibrar la información que procesamos. Por ejemplo, si descubres que tienes un sesgo atencional, debes tratar de analizar las situaciones de manera total, sin dejar por fuera los datos que no te gustan o no te convienen. Si no lo

haces, tus conclusiones estarán equivocadas. De no ser así, terminarás viendo solamente lo que *quieres ver* y no lo que es.

Entonces cada vez que concentres tu atención en algún evento que confirme tus creencias, *deliberadamente* intenta abarcar *todo* el conjunto de los hechos. Por ejemplo, si percibes que en una reunión alguien te mira de manera despectiva, no te apresures en tus conclusiones. Puedes intentar dos estrategias:

1. Tómate un tiempo para razonar de manera consciente y observa si el sujeto en cuestión vuelve a mirarte despectivamente (es posible que la supuesta señal de rechazo no se repita).
2. Presta atención a cómo se relaciona ese individuo con los demás, es decir, si es antipático o amable con todo su entorno (necesitas saber si las miradas que te dirige son consecuencia de su "manera de ser" o si por el contrario el problema realmente es contigo).

La clave es *balancear la información y ver todo, lo que te conviene y lo que no te conviene, lo que te gusta y lo que te disgusta.*

➤ ***Atacar y calibrar los sesgos de memoria***

A veces la memoria nos impide ver las cosas como son. Muchas de nuestras decisiones las tomamos con lo primero que recordamos, así la realidad muestre otra cosa. Para rescatar los elementos más objetivos de tu pasado puedes utilizar dos métodos: el enfriamiento y la autoobservación hacia atrás.

El ***enfriamiento*** consiste en no dejarte llevar impulsivamente por el primer material que te llegue a la mente. Por ejemplo, si a un amigo le roban el automóvil en determinada zona de la ciudad, es probable que ese hecho afecte mi determinación de no transitar por el lugar donde sucedió el incidente. Si alguien me invita, posteriormente, a pasear por esa supuesta "zona insegura", posiblemente me niegue, porque vendrá a mi memoria el recuerdo cargado de emoción negativa de lo que le ocurrió a mi amigo. Mi decisión estará sesgada por el *último acontecimiento recordado*. Así me demuestren con datos estadísticos que el sitio que considero peligroso en realidad es seguro, le creeré más a mi memoria.

*Es saludable hacer un alto, quedarse unos instantes en la incertidumbre y aceptar la información contradictoria. Cabeza fría y dudar de la intuición. Enfriar el sistema.*

*De una anécdota no puede inferirse una ley general, tal como veremos en la segunda parte del libro.*

La **autobservación hacia atrás** es recordar tanto los eventos negativos como los positivos almacenados en la memoria.

Obviamente es mucho más difícil que cualquier otra observación porque la información que tienes guardada sufre alteraciones con el tiempo. Aun así, vale la pena hacer el esfuerzo.

Entonces cada vez que recuerdes un evento negativo que alimente un esquema mal adaptativo, oblígate a evocar un recuerdo positivo que lo compense. Puedes dividir una hoja en dos: a la izquierda anotas los malos recuerdos e *inmediatamente* después procuras recordar algún evento positivo que lo equilibre.

➤ ***Atacar y calibrar los sesgos preceptuales***

Existen, al menos, dos formas de que nuestras percepciones de los hechos sean más exactas: *verificación y explicaciones alternativas*.

Una de las razones más frecuentes que nos llevan a realizar interpretaciones erróneas es el apresuramiento o el uso indiscriminado de la intuición emocional. Si bien la emoción es importante para la vida, no debemos exagerar su uso ni beatificarla: la inteligencia racional es tan importante como la inteligencia emocional. Aunque el postmodernismo ha intentado hundir la razón y devaluarla, pienso que cualquiera de los extremos es nocivo: es tan peligroso Kant llevado al extremo (la lógica del deber por encima del amor) como la Nueva Era llevada al extremo (superstición e irracionalidad sin control).

La **verificación** es importante porque te obliga a repensar las cosas. Antes de llegar a una conclusión definitiva sobre algún tema significativo para ti o para otro, vuelve atrás y verifica la premisa de la cual partiste. Revisa y repasa. Cuanto más practiques la *exploración verificativa*, más automático se volverá el procedimiento. Llegará un momento en que lo hagas casi sin darte cuenta. A excepción de los casos límite, en los que no es conveniente pensar demasiado (si camino por una calle oscura y veo a alguien que me

parece sospechoso es mejor correr y luego preguntar o verificar), en la vida cotidiana la mayoría de las decisiones que tomamos permiten la revisión y el repaso mental antes de actuar.

Las **explicaciones alternativas** te permiten abrirla mente a otras opciones y posibilidades. Supongamos que no creo en mis capacidades y me va mal en un examen de la universidad.

Podría interpretar este hecho de dos maneras: (a) de manera confirmatoria con el esquema negativo de incompetencia:

- "Esto comprueba que soy un incapaz", o (b) buscando otras *explicaciones alternativas* más benévolas y menos autodestructivas:
- "El examen estuvo difícil" o "No estudié lo suficiente". En otro ejemplo: si estoy esperando una llamada de alguien que me interesa y no llama, podría interpretar la cuestión: (a) negativamente: "No le intereso para nada", o (b) positivamente:
- "Es posible que haya tenido algún problema que le impidió hacer la llamada". Antes de llegar a una conclusión definitiva, sería mejor esperar un tiempo prudencial y tratar de verificar si tuvo algún contratiempo o si *realmente* no quiso llamarme. Una percepción adecuada requiere de paciencia.

#### ➤ *Atacar las profecías autorrealizadas*

La mayoría de las profecías autorrealizadas no son ejecutadas de manera consciente, por eso enfrentarlas no es tarea fácil.

Cuando estés frente a un problema que se mantiene pese a tus intentos por solucionarlo, hazte tres preguntas: (a) ¿Qué hago yo para que esto sea así? (b) ¿He influido en los resultados negativos? (c) ¿Estoy haciendo trampa?

Un buen método es autoobservar todo el proceso, desde que se inicia hasta que se cierra sobre sí mismo. A modo de ejemplo práctico, te propongo cinco pasos para que analices si estas utilizando o no profecías autorrealizadas. Expondré el caso de Jorge, un paciente que pensaba que su jefe no lo estimaba.

**A.** ¿Cuál es mi profecía o hipótesis frente a la persona en cuestión? (Escríbela lo más objetivamente posible.)

Jorge: *"No le caigo bien a mi jefe, él es más amable y cordial con los demás".*

**B.** ¿Cómo me comporto con esa persona? ¿Estoy prevenido? ¿Doy por sentada la hipótesis? ¿Si me comportara de otra manera, que ocurriría? (Escribe lo que haces frente a ella, exactamente y sin autoengaños.)

Jorge: *"Soy distante con él. Nunca me acerco a su oficina. Nunca le pregunto por su familia o por su vida. Su madre estuvo enferma y no le dije nada. Soy muy poco espontáneo cuando estoy con él".*

**C.** ¿La conducta de la persona que me produce malestar está relacionada con mi *actitud* hacia ella? ¿He influido de alguna manera en sus respuestas? ¿Cómo es esta persona con los demás? ¿Qué *impresión* tendrá de mí? ¿Será *que piensa de mí* lo mismo que yo pienso de ella? (Escribe si crees que existe relación entre tu actitud y la respuesta del sujeto en cuestión, y cuál es.)

Jorge: *"Creo que él es más amable con los demás porque ellos son más amables con él. Me debe ver como poco interesado en sus cosas o como muy distante. ..Yo lo veo igual..."*

*Pienso que mi conducta sí influye en el trato que tiene hacía mí... Él es más accesible con los que son accesibles con él..."*

**D.** ¿Mi profecía se cumple? Si es así, ¿es independiente de mi influencia? ¿Si yo hubiera actuado de otra manera el resultado sería distinto? (Escribe si la hipótesis se cumplió y qué tanto tuviste que ver en ese resultado.)

Jorge: *"Si. Mi profecía se cumple. No es limpia, yo hago que sea así, aunque no quiero que sea así, no sé por qué lo hago... Si yo fuera como los demás, es probable que nuestra relación sería mejor..."*

**E.** Leer y releer todo lo escrito y llegar a una conclusión racional: ¿qué debo hacer? ¿Qué comportamiento debo cambiar? ¿Qué espero que ocurra de manera realista y racional?

Jorge: "Lo voy a intentar, voy a ser más amigable, de manera objetiva y realista; voy a cambiar mi comportamiento..."

*Es probable que al principio él no muestre un acercamiento, porque mi nueva actitud lo sorprenderá un poco, pero con el tiempo quizás se adapte... Pero si pese a mi intento él sigue igual, entonces la hipótesis de que le caigo mal cobrará fuerza y veré qué hago..."*

➤ **Atacar las estrategias evitativas/protectoras**

No hay una mejor manera de atacar la evitación/protección que exponerse, arriesgarse y aguantar la incomodidad del enfrentamiento. Siempre me ha llamado la atención cómo algunos pacientes prefieren seguir en el *dolor de la enfermedad* a tener que soportar el *dolor del cambio*.

Te sugiero tres puntos de reflexión antes de que intentes ponerle el pecho a lo temido.

**Acepta lo peor que podría pasar.** Obviamente, si tu vida no está en juego, a veces hay que entregarse a la divina providencia (versión católica) y/o al universo (versión oriental). Desdramatizar las situaciones y dejar que la vida obre con su sabiduría. ¿Sabes qué dicen la mayoría de las personas que ha decidido enfrentar sus miedos luego de su primer intento?:

"No fue tan horrible". Eres más valiente de lo que crees.

¿Nunca has estado en una situación difícil donde te hayas sorprendido por tu conducta "valerosa"? Nadie es tan cobarde y menos cuando la felicidad personal o la de los seres queridos está en juego. Aceptar lo peor que podría ocurrir es un medio para desenmascarar el problema y dejarlo a punto. Si acepto lo peor, ya no necesito protegerme, no necesito el autoengaño porque estoy dispuesto y expuesto.

**Siente el miedo, poco apoco.** La evitación te vuelve intolerante a la adrenalina. Tus umbrales bajan y magnificas el temor apenas éste se insinúa. Al escapar impides que el organismo se habitúe a la emoción del miedo. No digo que debas convertirte en un faquir de tercera, lo que te propongo es incrementar la resistencia. La próxima vez que el miedo asome, no lo evites de inmediato, déjalo unos segundos con la plena conciencia de que es incómodo, pero no mortal. Révalo.

Acepta esos instantes con un dejo de dignidad: "Este *round* lo voy a ganar yo". Acércate a la experiencia con curiosidad, a la hora de la verdad son sólo unos segundos. No

dejes que el miedo decida por ti. Juega con él, revierte el proceso. Siéntelo, deja que te atraviese con libertad. Poco a poco irás sacando callo, tus umbrales sensoriales subirán y te volverás menos hipersensible a la adrenalina.

Permanece en el lugar un rato y ten presente que el afrontamiento es una oportunidad para desactivar y modificar tus esquemas negativos.

***Ventajas y desventajas.*** Ante un león hambriento, nadie dudaría que escapar es una de las mejores estrategias de supervivencia. Las ventajas son obvias. Pero si el león es de peluche, la cuestión cambia. Nadie consideraría ventajoso o productivo salir corriendo ante un animal hecho de felpa. Decimos que un miedo es irracional cuando el peligro no es objetivo o es desproporcionado. Entonces, las ventajas y desventajas de evitar o protegerse varían dependiendo de si estamos frente a un miedo racional o no. Cuando la evitación/protección trabaja al servicio de una creencia irracional o un esquema mal adaptativo, las desventajas son mayores que las ventajas.

Cada vez que evitas: (a) *pierdes la posibilidad de desconfirmar y eliminar la creencia responsable de tu malestar*, (b) refuerzas el miedo, (c) la resistencia al cambio crece, (d) tu autoestima baja sustancialmente, (e) tu inseguridad se incrementa, (f) bloqueas tu potencial humano e inhibes tus fortalezas ¿No son suficientes motivos para hacerle frente a lo que temes y aceptar el cambio?

## BIBLIOGRAFÍA

- Branden Nathaniel (1993). *El poder de la autoestima*, Barcelona. Paidós.
- Branden Nathaniel (2010). *Cómo mejorar su autoestima*. Barcelona. Paidós
- Gades. (2012). *Habilidades Sociales* . Obtenido de Plan de accion tutorial :  
<http://www.cisc.org.mx/liderazgosjuveniles/documentos/MaterialBibliografico/HSE/HabilidadesSociales.pdf>
- Ivy D. Marcus. Ph. D. (2002). *Estrés y La Diabetes*. BD Consumer Healthcare. New York
- Lorente, I. (Septiembre de 2015). *La importancia de TU actitud en el control de TU diabetes*. Obtenido de <http://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/137/la-importancia-de-tu-actitud-en-el-control-de-tu-diabetes>
- Montes, V. (Septiembre de 2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teórico-conceptuales*. Obtenido de CEPAL:  
<https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/pp18.pdf>
- Reinschmidt KM, Chong J. 2005. *SONRISA: Un Instrumento de Plan de Estudios para Promotores / Trabajadores de Salud Comunitaria para Abordar Problemas de Salud Mental / Emocional Asociados con la Diabetes*. Centro del Suroeste para la Promoción de Salud Comunitaria, Mel y Enid Zuckerman Colegio de Salud Pública, Universidad de Arizona, Tucson, Arizona.
- Riso, W. (2004). *Pensar bien, sentirse bien*. Bogota, Colombia: Editorial Norma.
- Roca, E. (2014). *Como mejorar tus habilidades sociales*. Obtenido de ACDE:  
<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Habilidades%20sociales-Dale%20una%20mirada.pdf>

**ANEXO 1.1:** Frases incompletas

**FRASES INCOMPLETAS**

**OBJETIVO:** Identificar como se sienten los pacientes diagnosticados con DM2 y sus cuidadores ante diversas situaciones que se les presentan en su vida diaria.

**INDICACIÓN:** Responda según su experiencia a las siguientes afirmaciones

Cuando estoy callado en un grupo me siento... \_\_\_\_\_

Cuando estoy con una persona y no me habla me siento... \_\_\_\_\_

Cuando me enfado con alguien me siento... \_\_\_\_\_

Cuando alguien se enfada conmigo me siento... \_\_\_\_\_

Cuando crítico a alguien me siento... \_\_\_\_\_

Cuando alguien que está conmigo llora me siento... \_\_\_\_\_

Cuando digo un cumplido a alguien me siento... \_\_\_\_\_

Cuando me dicen un cumplido me siento... \_\_\_\_\_

Cuando soy injusto me siento... \_\_\_\_\_

Cuando alguien es injusto conmigo me siento... \_\_\_\_\_

## **ANEXO 1.2: Aprender a aceptarme**

### **APRENDER A ACEPTARME**

Según Branden Nathaniel (2010), si aceptamos lo que sentimos y lo que somos en cualquier momento de nuestra existencia, podemos permitirnos ser conscientes de la naturaleza de nuestras elecciones y acciones (...) pp. 17-18:

Póngase frente a un espejo que abarque toda su figura y mírese la cara y el cuerpo. Preste atención a sus sentimientos mientras lo hace. Quizá algunas partes de lo que vea le gustarán más que otras. Si es usted como la mayoría de la gente, algunas partes de su cuerpo le resultaran más difíciles de mirar detenidamente, porque lo perturban o le disgustan. Tal vez vea en su rostro un dolor que no desea afrontar; tal vez exista algún aspecto de sus cuerpo que le desagrada tanto que le cueste mucho mantener sus ojos fijos en él; tal vez vea indicios de sus edad y no pueda soportar los pensamientos y emociones que esos indicios le despiertan. De modo que se siente impulsado a escapar- a huir de la conciencia- a rechazar, negar, olvidarse de ciertos aspectos de usted mismo.

Pero siga mirando su imagen en el espejo unos instantes más e intente decirse usted mismo: “se han cuales fueren mis defectos o imperfecciones, me acepto a mí mismo sin reservas y por completo”. Siga contemplándose, respire hondo y repita esa frase una y otra vez durante uno o dos minutos, sin acelerar el proceso sino, más bien, permitiéndose experimentar plenamente el significado de sus palabras. Quizás se descubra protestando: “pero hay algunas partes de mi cuerpo que no me gustan; ¿Cómo puedo entonces aceptarlas sin reservas y por completo?” Recuerde: aceptar no significa necesariamente gustar; aceptar no significa que no podamos imaginar o desear cambios o mejoras. Significa experimentar, sin negación ni rechazo, que un hecho es un hecho; en este caso, significa aceptar que la cara y el cuerpo que ve en el espejo son su cara y su cuerpo, y que son como son. Si insiste, si se rinde a la realidad, si se rinde al conocimiento (que es lo que, en definitiva, significa “aceptar”), advertirá que ha comenzado a relajarse un poco, y tal vez se sienta más cómodo con usted mismo, y más real.

Aunque no le guste o no le cause placer todo lo que vea cuando se mire al espejo, a un podrá decir: “Ese soy yo, en este momento. Y no lo niego. Lo acepto”. Eso es respeto por la realidad.

Practique este ejercicio durante dos minutos todas las mañanas y al poco tiempo comenzara a experimentar la relación entre la autoaceptación y la autoestima; una mente que honra a la vista se honra a sí misma.

Y también hará otro descubrimiento importante; no solo mantendrá una relación más armoniosa consigo mismo, no solo desarrollara su autoconfianza y su autorespeto, sino que, si existen aspectos de su si-mismo que no le gustan y tienen posibilidades de cambiar, se hallara más animado para realizar esos cambios, una vez que haya aceptado los hechos tal como son ahora. No nos sentimos inclinados a cambiar aquellas cosas cuya realidad negamos.

Nuestra autoestima no depende de nuestro atractivo físico, como imaginan algunos con ingenuidad. Pero nuestra voluntad o falta de voluntad para vernos y aceptarnos si tiene consecuencias en nuestra autoestima. Nuestra actitud hacia la persona que vemos en el espejo es solo un ejemplo dentro del tema de la autoaceptación.

**ANEXO1.3:** Autoregistros para la vida social

**AUTOREGISTRO PARA LA VIDA SOCIAL**

**CARICIAS POSITIVAS:** Muestras de afecto y de apoyo psicológico o físico dirigidas al bienestar de la otra persona o de uno mismo (desde una palabra amable o elogios hasta recibir o dar un masaje).

CONTROL SEMANAL	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DAR (+)							
ACEPTAR (+)							
PEDIR (+)							
AUTOACARICIARSE (+)							
RECHAZAR (+)							

ESCRIBIR QUE EXPERIMENTO:

---

## AUTOREGISTRO PARA LA VIDA SOCIAL

**CARICIAS NEGATIVAS:** Muestra de emociones negativas a través de lo verbal o lo físico (insulto, crítica, etc.).

CONTROL SEMANAL	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DAR (-)							
ACEPTAR (-)							
PEDIR (-)							
AUTOACARICIARSE (-)							
RECHAZAR (-)							

ESCRIBIR QUE EXPERIMENTO:

---

## ANEXO 1.4: Relajación progresiva de Jacobson

### RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Este método tiene tres fases:

1. La primera fase se denomina de **tensión-relajación**. Se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Esto permite el logro de un estado de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo. Se debe tensionar varios segundos entre cinco y diez minutos y relajar lentamente.
2. La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo.
3. La tercera fase se denomina **relajación mental**. En la cual se debe pensar en una escena agradable y positiva posible o en mantener la mente en blanco, se trata de relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo.

Estas tres fases pueden durar entre 10 y 15 minutos. No se debe tener prisa. Esta técnica se puede repetir varias veces al día.

**Posición inicial:** Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

#### 1º FASE: Tensión-relajación.

- **Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden** (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):
  - **Frente:** Arruga unos segundos y relaja lentamente.
  - **Ojos:** Abrir ampliamente y cerrar lentamente.
  - **Nariz:** Arrugar unos segundos y relaja lentamente.
  - **Boca:** Sonreír ampliamente, relaja lentamente.

- **Lengua:** Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.
  - **Mandíbula:** Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienas, relaja lentamente.
  - **Labios:** Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.
  - **Cuello y nuca:** Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.
  - **Hombros y cuello:** Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.
- **Relajación de brazos y manos.**
- Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente.
- **Relajación de piernas:** Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.
- **Relajación de tórax, abdomen y región lumbar** (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):
- **Espalda:** Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.
  - **Tórax:** Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.
  - **Estómago:** Tensar estómago, relajar lentamente.
  - **Cintura:** Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

**2ª FASE:** repaso.

- Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

**3ª FASE:** relajación mental.

- Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.

**ANEXO 1.5:** Tu y yo decimos

**TÚ Y YO DECIDIMOS**

**Trabajando con el método A-B-C-D**

<p>A. Evento Activante (¿Qué sucedió?)</p>	<p>C. Consecuencia (¿Cómo reaccionaste?)</p>
<p>B. Belief (Creencia de lo que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que sucedió y lo que influyó tu reacción).</p>	<p>D. Discutir o Debatir la Creencia (Los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable).</p>

## ANEXO 1.6: Caso

### CASO

Veamos el caso real de una mujer que estaba convencida de que su marido no la quería y la iba a dejar (Riso Walter, 2004, pp.174-175):

1. ¿Qué ocurrió antes o qué disparó el pensamiento?: *"Mi pareja me ignoró en una comida cuando estábamos con otros amigos"*.
2. ¿Qué pasó por mi mente?: *"No me quiere lo suficiente", "Lo hace para mortificarme"*.
3. ¿Qué sentí después del pensamiento?: *"Me siento rechazada, triste, abandonada"*.
4. ¿Qué hice o cuál fue mi comportamiento posterior?: *"Actué como si no me importara, lo ignoré y fui indiferente"*.
5. ¿Qué pasó después de mi comportamiento?: *"Mi pareja se me acercó y me preguntó qué me pasaba, me rogó un poco y nos contentamos"*.

Utilizando la guía de autoobservación, el pensamiento, quedó identificado y contextualizado. Lo hemos puesto en la mira y podemos confrontarlo si es necesario. En el ejemplo señalado, es claro que la exigencia de la señora era irracional, ya que es imposible que *su pareja esté exclusivamente pendiente de ella durante todo el tiempo que dure la reunión social*.

El pensamiento erróneo ("No me quiere lo suficiente" o "Lo hace para mortificarme") dispara una emoción perturbadora de abandono y un comportamiento de manipulación emocional (ignorar a su pareja) que se ve reforzado por la actitud del hombre, quien le pide perdón y es especialmente cariñoso con ella tratando de compensar el supuesto agravio.

**ANEXO 1.7: Identificando pensamientos**

**IDENTIFICANDO PENSAMIENTOS**

**Ejemplo: Tuve un bajo de azúcar y no supimos que hacer**

**Caso:** \_\_\_\_\_

**1. ¿Qué ocurrió inmediatamente antes de que el pensamiento tuviera lugar o qué lo disparó?**

---

---

---

**2. ¿Qué pasó por mi mente?**

---

---

---

**3. ¿Qué sentí después del pensamiento?**

---

---

---

**4. ¿Qué hice o cuál fue mi comportamiento posterior al pensamiento?**

---

---

---

**5. ¿Qué pasó después de mi comportamiento?**

---

---

---