ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

"PSICOLOGÍA POSITIVA GRUPAL Y SU INCIDENCIA EN LOS NIVELES DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES"

Disertación de Grado previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

Línea de investigación:

Psicología y Salud Mental

Autora:

ANA ELIZABETH JARAMILLO ZAMBRANO

Directora:

PS. CL. Msc. NORMA MARLENE MACÍAS HERRERA

Ambato – Ecuador

Agosto 2014

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

"PSICOLOGÍA POSITIVA GRUPAL Y SU INCIDENCIA EN LOS NIVELES DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES"

Línea de investigación:

Psicología y Salud Mental

Autora:

ANA ELIZABETH JARAMILLO ZAMBRANO

Norma Marlene Macías Herrera, Ps. Cl. Msc. f. _____

CALIFICADORA

Lucía Almeida Márquez, Dra. f. _____

CALIFICADORA

Galo Alberto Cobo Espíndola, Dr. f. _____

CALIFICADOR

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lcda. Ps. f. _____

DIRECTORA UNIDAD ACADÉMICA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f. _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Agosto 2014

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano portadora de la cédula de ciudadanía No. 180397574-5 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano

CI. 180397574-5

AGRADECIMIENTO

De manera muy especial a todas las personas que con su amor incondicional, me han sabido apoyar y acompañar en este sueño que ahora ya es una realidad.

A Dios por ser el motor y el eje central de mi vida y a mí misma por haber accedido al despertar a la nueva conciencia que está llegando a toda la humanidad, conciencia que se ve reflejada en este Trabajo de Disertación.

DEDICATORIA

A los integrantes del Club de Diabéticos del Hospital Municipal de Ambato, por brindarme su amistad y por haberme permitido formar parte de sus vidas, aprendiendo de cada uno de ellos y así dar paso al florecimiento de mi Ser.

A mi familia que es el reflejo de mí Ser y de todo lo que hoy Soy, les dedico este logro y todos los sueños que están en mi corazón.

RESUMEN

La Psicología Positiva, ha sido catalogada como la nueva herramienta psicológica que permite a las personas obtener mejor calidad de vida, cambiando una visión pesimista del conflicto a una visión optimista, dando paso a la trascendencia del ser. El objetivo de la investigación es el análisis de la incidencia de la Psicología Positiva Grupal sobre los niveles de glucosa en los pacientes con diagnóstico de diabetes por medio del diseño experimental. La terapia está conformada por diez sesiones psicológicas, una vez por semana, enfocada en la reconciliación de las personas con la enfermedad, para desarrollar una visión positiva de la diabetes por medio del reconocimiento de sus fortalezas y habilidades. Mediante las terapias se consigue el incremento de la calidad de vida, entre el dos al quince por ciento, dando paso a que el cincuenta por ciento de los pacientes disminuyan sus niveles de glucosa al rango de prediabetes, demostrando la efectividad de la terapia. Las personas se sienten animadas y con propósito de vida, experimentando el florecimiento de su ser y constatando que el pensamiento positivo aumenta el nivel de resiliencia, permitiéndoles el equilibrio del estado emocional y convirtiéndose en su propia medicina para la sanación de la enfermedad.

ABSTRACT

Positive Psychology has been identified as the new psychological tool that gives people the chance to get a better quality of life, changing from a pessimistic view to an optimistic view of the conflict and leading to the significance of human being. The aim of the research is the analysis of the influence of Positive Psychology in groups, taking action on glucose levels of patients diagnosed with diabetes through experimental design. The therapy consists in ten psychological sessions, once in a week; focused on the reconciliation of people with the disease, in order to develop a positive view of diabetes by recognizing their strengths and abilities. Therapies increase the quality of life from two to fifteen percent, giving rise to fifty percent of the patients to decrease glucose levels within prediabetes range, demonstrating the effectiveness of the therapy. People feel cheerful with a purpose of life, experiencing the development of oneself making sure that positive thinking increases the level of resilience, allowing the balance of the emotional state and becoming their own medicine to heal the disease.

TABLA DE CONTENIDOS

Portada…… i

Hoja de aprobación…… ii

Declaración de Autenticidad y Responsabilidad…… iii

Agradecimiento…… iv

Dedicatoria…… v

Resumen…… vi

Abstract…… vii

Tabla de Contenido…… viii

Tabla de Gráficos…… xiv

Introducción…… 1

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO…… 3

1.1. Psicología Humanista…… 3

1.1.1. Raíces fenomenológico – existenciales…… 5

1.1.2. Concepto y máximos exponentes…… 7

1.1.2.1.Carl Ransom Rogers…… 9

1.1.2.2.Abraham Maslow…… 10

1.1.3. Postulados básicos de la Psicología Humanista…… 11

1.2. Psicología Positiva…… 14

1.2.1. Reseña Histórica…… 14

1.2.2. Concepto y Postulados básicos…… 16

1.2.2.1.Calidad de Vida…… 18

1.2.3. Objetivo de la Psicología Positiva…… 19

1.2.4. Intervención Terapéutica con Psicología Positiva…… 21

1.3. Psicología Positiva y la Práctica Clínica…… 24

1.4. Diabetes…… 27

1.4.1. Factores que contribuyen a la Diabetes Mellitus…… 27

1.4.2. Síntomas de la Diabetes Mellitus…… 28

1.4.2.1.Biológicos…… 28

1.4.3. Tipos de Diabetes Mellitus…… 29

1.4.3.1.Prediabetes…… 29

1.4.3.2.Diabetes mellitus de tipo 1…… 30

1.4.3.3.Diabetes mellitus de tipo 2…… 34

1.4.3.4.Diabetes mellitus gestacional…… 37

1.4.3.5.Diabetes mellitus tipo 1.5 o LADA…… 37

1.4.3.6.Otros tipos de diabetes mellitus…… 37

1.4.4. Patogenia de las complicaciones de la Diabetes…… 37

1.4.5. Tratamiento de la Diabetes…… 40

1.5. Niveles de Glucosa…… 44

1.5.1. Causas del desequilibrio de los niveles de glucosa…….... 45

1.5.2. Síntomas…… 46

1.6. Psicología Positiva y Diabetes…… 47

1.6.1. Impacto psicológico de la diabetes…… 47

1.6.2. Tratamiento con Psicología Positiva en personas con diabetes…… 50

1.6.3. Resiliencia en la Diabetes…… 53

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA…… 54

2.1. Paradigma de investigación…… 55

2.1.1. Experimental…… 45

2.2. Diseño de investigación…… 54
2.2.1. Diseño Experimental…… 55
2.2.2. Correlacional…… 55
2.2.3. Intersujetos…… 55
2.2.4. Corte transversal…… 55
2.3. Enfoque de investigación…... 55
2.3.1. Enfoque Cuantitativo – Cualitativo…… 55
2.4. Hipótesis…… 56
2.5. Objetivos…… 56
2.5.1. General…… 56
2.5.2. Específicos…… 56
2.6. Variables e indicadores…... 57
2.6.1. Variable Independiente…… 57
2.6.1.1. Indicador…… 57
2.6.2. Variable Dependiente…… 58
2.6.2.1. Indicadores…… 58
2.7. Técnicas de investigación…… 58
2.7.1. Observación Científica…… 58
2.7.2. Método Clínico…… 59
2.7.3. Entrevista clínica…… 60
2.7.4. Técnicas psicoterapéuticas Grupal…… 60
2.7.5. Técnicas psicométricas…… 60
2.8. Instrumentos de valoración psicológica…… 60
2.8.1. Ficha Clínica…… 60
2.8.2. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer…… 61

2.8.3. Fichas de Seguimiento…… 61

2.8.4. Encuesta…… 61

2.8.5. Instrumentos de Valoración Clínica…… 62

2.9. Análisis de Población y Muestra…… 62

2.10. Procedimiento…… 63

2.11. Procesamiento de información…… 64

2.11.1. Diagnóstico Psicológico…… 64

2.11.2. Intervención Psicológica en el Grupo Experimental…… 64

2.11.3. Psicoeducación en el Grupo Control…… 66

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS…… 67

3.1.Datos de la Ficha Clínica…… 67

3.2.Análisis e Interpretación de Resultados del Cuestionario sobre la Calidad de vida del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 92

3.3.Análisis e Interpretación de Resultados del Nivel de Glucosa del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 98

3.4.Comparación de los resultados obtenidos del Re Test del Cuestionario sobre la Calidad de Vida: Satisfacción y Placer, del Grupo Experimental y del Grupo Control, después de la terapia psicológica…… 102

3.5.Comparación de resultados obtenidos al final de la terapia psicológica de los Niveles de Glucosa entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.. 104

3.6.Evolución del Grupo Experimental y Grupo Control durante el Proceso de Intervención con Psicología Positiva Grupal y Psicoeducación……..... 106

3.7.Encuesta dirigida a los pacientes del Grupo Experimental…… 111

3.8.Encuesta dirigida a los pacientes del Grupo Control…… 114

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS…… 117

4.1. Comprobación de Hipótesis…… 117

4.1.1. Prueba del Chi Cuadrado Grupo Experimental…… 117

4.1.2. Prueba del Chi Cuadrado Grupo Control…… 117

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES…… 125

Conclusiones…… 125

Recomendaciones…… 127

BIBLIOGRAFÍA…… 130

GLOSARIO…… 137

ANEXOS…… 145

ANEXO Nº 1: Ficha Psicológica…… 135

ANEXO Nº 2: Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer…….. 148

ANEXO Nº 3: Ficha de evaluación de la Intervención Psicológica Grupal y del Proceso de Psicoeducación…… 154

ANEXO Nº 4: Encuesta de la Calidad de servicios brindados durante el Proceso Terapéutico…… 155

ANEXO Nº 5: Encuesta de la Calidad de servicios brindados durante el Proceso de Psicoeducación…… 156

ANEXO Nº 6: Matriz Operativa del Proceso Investigativo del Grupo Experimental…… 157

ANEXO Nº 7: Matriz Operativa del Proceso Investigativo Grupo Control…… 158

ANEXO Nº 8: Matriz Operativa de la Intervención Psicológica Grupal en el Grupo Experimental…… 159

ANEXO Nº 9: Matriz Operativa de la Intervención Psicológica Grupal en el Grupo Control…… 164

ANEXO Nº 10: Consentimiento informado para Intervención Psicológica Grupo Experimental y Grupo Control…… 167

TABLA DE GRÁFICOS

Gráficos

Gráfico: 3.1. : Datos de la Ficha Psicológica acerca del Género del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 67

Gráfico: 3.1.2. : Datos de la Ficha Psicológica acerca de la Edad del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 68

Gráfico: 3.1.3. : Datos de la Ficha Psicológica acerca del Estado Civil del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 69

Gráfico: 3.1.4. : Datos de la Ficha Psicológica acerca de la Instrucción del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 70

Gráfico: 3.1.5. : Datos de la Ficha Psicológica acerca de la Ocupación del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 71

Gráfico: 3.1.6.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de la Constitución Familiar del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 73

Gráfico: 3.1.7.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de las Relaciones Familiares del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 74

Gráfico: 3.1.8.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Tipo de Diabetes Del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 75

Gráfico: 3.1.9.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Tiempo de la Enfermedad del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 76

Gráfico: 3.1.10.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Sentir frente a la Enfermedad del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 78

Gráfico: 3.1.11.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de los Antecedentes Patológicos Familiares (familia nuclear) de la Diabetes del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 79

Gráfico: 3.1.12.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Apoyo Familiar en el Grupo Experimental y en el Grupo Control…… 81

Gráfico: 3.1.13.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Tratamiento Médico del Grupo Experimental y del Grupo Control…….. 82

Gráfico: 3.1.14.: Datos de la Ficha acerca del Tratamiento Psicológico del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 83

Gráfico: 3.1.15.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de Otras Enfermedades a causa de la Diabetes del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 84

Gráfico: 3.1.16.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de Otras Enfermedades a causa de la Diabetes del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 85

Gráfico: 3.1.17.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Diagnóstico Emocional del Grupo Experimental y del Grupo Control……. 86

Gráfico: 3.1.18.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Estado de Consciencia del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 87

Gráfico: 3.1.19.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de las Fortalezas del Grupo Experimental y del Grupo Control……..…… 88

Gráfico: 3.1.20.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de la Capacidad de Interrelación del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 90

Gráfico: 3.1.21.: Resultados del Test y Re-test del Grupo Experimental del Cuestionario Calidad de Vida: Satisfacción y Placer…… 92

Gráfico: 3.1.22.: Resultados del Test y Re-test del Grupo Control del Cuestionario de Calidad de vida: Satisfacción y Placer……. 94

Gráfico: 3.1.23.: Resultados de los Niveles de Glucosa del Grupo Experimental…… 97

Gráfico: 3.1.24.: Resultados de los Niveles de Glucosa del Grupo Control……. 99

Gráfico: 3.1.25.: Comparación de los resultados obtenidos del Re Test del Grupo Experimental y del Grupo Control…… 102

Gráfico 3.1.26.: Comparación de los Niveles de Glucosa entre el Grupo Experimental y el Grupo Control, después de la terapia…… 104

Gráfico 3.1.27.: Evolución del Grupo Experimental durante el Proceso Psicológico…… 106

Gráfico 3.1.32.: Evolución del Grupo Control durante el proceso de Psicoeducación…… 109

Gráfico: 3.1.37.: Preguntas cerrada de la encuesta al Grupo Experimental…… 111

Gráfico: 3.1.38.: Preguntas cerradas de la encuesta al Grupo Experimental…… 112

Gráfico: 3.1.39.: Pregunta cerrada de la encuesta al Grupo Control…… 114

Gráfico: 3.1.40.: Preguntas cerradas de la encuesta al Grupo Control…….. 115

Tablas

4.1. Tabla 1: Tablas de contingencia: Antes del proceso psicológico…… 117

4.2. Tabla 2: Tablas de contingencia: Después del proceso psicológico…… 119

4.3. Tabla 3: Tablas de contingencia: Antes del proceso de psicoeducación…… 121

4.4. Tabla 4: Tablas de contingencia: Después del proceso de psicoeducación…… 122

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se fundamenta en bases teóricas de la Psicología Positiva, lo cual está plasmado en el primer capítulo, exponiendo conceptos, historia, autores, técnicas, y el impacto que ha tenido ésta psicología en el área clínica y específicamente en la Diabetes, con el fin de tratar de sustentar la teoría con la práctica.

La Psicología durante muchos años, se ha dedicado a estudiar, tratar y curar la patología de las personas, centrándose en las alteraciones, lo cual ha creado una visón negativa del ser humano, dando paso al olvido de las fortalezas y virtudes que poseen tanto hombres y mujeres para hacer frente a los retos de la vida diaria.

Es por eso, que la Psicología Positiva, pretende dar vida a las fortalezas de las personas, permitiendo el florecimiento humano y un desarrollo integral de sus competencias, centrándose siempre en los aspectos positivos que poseen.

Las fortalezas humanas y características positivas como el optimismo, la esperanza, la perseverancia, el valor, entre otras, actúan como tablas de salvación ante los desequilibrios emocionales, lo que produce una vida con una visión diferente de la diabetes y otras enfermedades físicas y mentales.

Frente a lo expuesto, se ha planteado el objetivo de realizar una intervención grupal con Psicología Positiva, en la que se rescatan dichas fortalezas en cada uno de los integrantes, centrándonos en sus virtudes y capacidades creativas, permitiendo el

florecimiento de su ser, donde la autoestima se incrementa y su visión negativa de la enfermedad y de su vida, se torna en positiva, consiguiendo discernir el mensaje que hay detrás de toda vicisitud y accediendo al aprendizaje de dicha experiencia.

La metodología de investigación (segundo capítulo), se encuentra claramente explicada, sustentando la validez y la confiabilidad de éste trabajo experimental, con el fin de brindar al lector veracidad al momento de informarse sobre los datos obtenidos a raíz de la investigación.

Para conocer estos datos, se da paso al tercer capítulo, que es el Análisis de Resultados, los mismos que se obtienen por medio de una comparación entre los resultados de una primera evaluación (antes de la terapia) con los resultados conseguidos después de la intervención psicológica. Además, se analiza la incidencia de esta terapia frente a los niveles de glucosa, para dar paso al cuarto capítulo que es sobre la Discusión, Análisis y Validación de resultados, en el que se comprueba la hipótesis por medio de fórmulas estadísticas que darán validez a la investigación presentada, como es la prueba del Chi Cuadrado.

Finalmente, en el último capítulo, se extraen conclusiones y recomendaciones del respectivo análisis de los datos obtenidos de la investigación, con el objetivo de validar todo lo expuesto a lo largo del presente trabajo de disertación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. PSICOLOGÍA HUMANISTA

La Psicología Humanista surgió en Norteamérica en la década de los sesenta, orientada a promover una psicología más interesada por los problemas humanos, como lo dijo Smith (1969) que sea "una ciencia del hombre y para el hombre" (p.5).

Es fundamentalmente un movimiento programático y como programa de amplio espectro filosófico-científico y socio-cultural, la Psicología Humanista no pretende constituirse, en ningún nuevo paradigma (Villegas, 1986).

El mismo Maslow (1970), nos recuerda que éste movimiento "no es obra de un solo líder o de un gran nombre que los caracterice, sino de muchas personas" (p.14), como Erich Fromm, Kurt Goldstein, Karen Horney, Gordon Allport y Henry Murray entre sus antecesores y Car1 Rogers, Rollo May, Gardner Murphy o Erik Erikson entre sus coetáneos (citado en Villegas, 1986).

En palabras del propio Abraham Maslow (1962) menciona que la Psicología Humanista es como "una Weltanschauung global, una nueva filosofía de la vida, una nueva concepción del hombre" (citado en Villegas, 1986, p. 8), en la que es visto de manera integral, fijándose en las cualidades positivas de éste y basándose en las mismas para su desarrollo personal.

Sánchez y Ruiz (2006) mencionan “como cualquier movimiento científico o social, la Psicología Humanista no surge de forma repentina” (p. 409), desconectada de su entorno histórico y contextual. Su salida a la luz pública se da en una época en la que acepta y acoge su ideología, pues en la década de los sesenta, después de que el mundo occidental pasó por dos guerras mundiales, surge en sus habitantes el optimismo y la esperanza, dispuestos a un cambio en su visón política y social (Sánchez y Ruiz, 2006). Es por esto, que experimentaron una oleada de crecimiento económico y bienestar social, experiencia que iba desde dentro de una revolución de sus costumbres y aspiraciones.

Un informe elaborado a petición del presidente de los EE.UU. por la Scranton Comission (1970) sobre las causas de la huelga estudiantil en mayo de 1970, concluía que no se trataba de un problema específico, sino de una condición social de la vida moderna. El movimiento juvenil, se puede leer en el informe, responde a “una celebración romántica de la vida, de los sentidos y de la naturaleza” (Sánchez y Ruiz, 2006, p. 411). Este movimiento juvenil se presenta como un rechazo de los ideales operacionales de la cultura americana, tales como “el materialismo, la competitividad, el racionalismo, la tecnología, el consumismo y el militarismo” (Quitmann, 1985, p. 407).

La Psicología Humanista atrajo a los estudiantes a quienes disgustaba el conductismo mecanicista y anhelaban una psicología centrada en la persona, que creyera en la libertad y la dignidad humana, protesta que encontró en Chomsky (1971) uno de sus portavoces más destacados (citado en Villegas, 1986).

1.1.1. Raíces fenomenológico-existenciales

La psicología humanística supone una serie de presupuestos filosóficos existenciales y un soporte conceptual y metodológico dado por la fenomenología.

La filosofía existencialista considera la existencia individual como el eje central en torno a la cual se configura la personalidad humana, siendo por consiguiente un atributo que no se encuentra en el mundo de las cosas o de los animales. El hombre, en cierta forma es dueño de su destino, a diferencia de las cosas y del animal, que no pueden elegir.

Uno de los máximos representantes del existencialismo, Sören Kierkegaard (1846), busca la verdad a través de la subjetividad, entendiendo que:

> Tal verdad no es objetiva, no están en el mundo de las cosas, sino que depende de cada cual, de modo que todo el hombre debe buscar y tratar de encontrar aquello por lo que quiere vivir y morir, gracias a lo que podrá superar la desesperación y la angustia que le invaden por el conocimiento de su muerte (Sánchez y Ruiz, 2006, p.412).

Tales vivencias de miedo y de desesperación no impiden elecciones y decisiones responsables, fundamento de la genuina conducta humana.

Es así, que el hombre capta su ser en el mundo como condición temporal, toma de consciencia que ocasiona angustia, lo que sólo es superable mediante actos que impliquen un cierto grado de consciencia, responsabilidad y libertad, llevando así a cabo su proyecto existencial (Sánchez y Ruiz, 2006). Este proyecto existencial va de la mano con la trascendencia que consigue al momento de obtener ese grado de consciencia, responsabilidad y libertad, que le permite ser conocedor del legado que

deja en vida y de sentir la satisfacción de haber pasado el límite que tanta angustia le generó en el pasado.

Complementariamente a lo anterior, el método de trabajo que adoptaron los existencialistas, fue la fenomenología propuesta por Berntano y por Husserl (siglo XX), entendiendo que:

> Los fenómenos que producen las cosas en las mentes, las vivencias y los símbolos que suponen lo espiritual, pueden y deben ser objeto de investigación, siendo preciso adoptar para ellos un acercamiento holístico, ingenuo e intuitivo, único camino que permite acceder a las esencias que laten tras las apariencias de los fenómenos mentales (Villegas, 1986, p, 25).

El fenomenólogo, se concentra en la apariencia del objeto para comprender su esencia, dejando de lado todos los marcos teóricos y metodológicos de la ciencia tradicional, todo conocimiento previo, abriéndose como ingenuidad a lo que vivencia de forma consciente (Husserld, 2005).

Según Husserld (2010) "el mundo debe percibirse en función del modo como se presenta a cada persona en el marco de su existencia individual, pues si hallo lo que el mundo significa para mí, comprendo simultáneamente quién soy y qué soy" (p.417). Lo característico a lo humano es el significado o sentido de su experiencia individual, lo subjetivo motivado e intencionalmente sostenido.

1.1.2. Concepto y máximos exponentes

Según Miguel Martínez (2013), la *Tercera Fuerza* en Psicología, la Psicología Humanista, como se la ha denominado, "presenta diferentes facetas: de protesta, de desafío, de complemento, de extensión o de alternativa de las otras dos corrientes, la Psicología Conductista y el Psicoanálisis" (p. 5). Esta psicología reconoce la fundamentación teórica de las otras dos corrientes psicológicas, como base segura en ciertas áreas de investigación, pero no acepta la visión que poseen del ser humano y mucho menos que sean considerados como dogmas (Martínez, 1982).

La Psicología Humanista hace énfasis en lo único y personal de la naturaleza humana, direccionamiento hacia la totalidad que somos, y el reequilibrio entre polaridades, revalorando lo emocional y lo positivo de nuestra existencia.

Michel Fourcade (1982), la define como "un acercamiento al hombre y a la experiencia humana en su globalidad" (citado en Henao, 2012. p. 6). Se centra en las actitudes no verbales, los estados alterados de conciencia, como base para el desarrollo del potencial humano.

Para Martínez (2013), el movimiento humanista, más que una Escuela, es una nueva orientación hacia la Psicología, una manera diferente de pensar sobre el ser humano y de todas las teorías y postulados psicológicos que distorsionan la visión del hombre, liberando a la psicología de varias restricciones artificiales que le impusieron teorías que ahora aparecen como superadas.

Todos los autores que pertenecen a esta orientación, no poseen una ideología básica común, como Abraham Maslow, Carl Rogers, Gordon Allport, Charlotte Bühler, Rollo May, Viktor Frankl, Wilhelm Dilthey, Edward Spranger, William Stern, Kurt

Lewin, Kurt Goldstein, Gardner Murphy, Erich Fromm, Fritz Perls, Eric Berne, pero tanto ellos como los demás psicólogos humanistas, aceptan y comparten muchas posiciones establecidas por la Psicología de la Gestalt, la Psicología Adleriana, la Junguiana, la Neo-Freudiana, la Psicología del Yo, la Fenomenológica, la Existencial, la Self-theory, la Transaccional y la Proactiva (citado en Fourca, 1982).

En el aporte de autores que vienen de la línea freudiana, se pueden mencionar como grandes representantes a Erich Fromm con su foco en la búsqueda existencial de los seres humanos, a Karen Horney, a Erik Erikson con su concepción sociocultural del desarrollo humano, a Fritz Perls y el desarrollo de la terapia gestalt, a Carl Gustav Jung con su estudio de la espiritualidad humana y su lucha por autodesarrollarse, a Alfred Adler, a Wilhelm Reich con su reivindicación del cuerpo en la psicoterapia, a Eric Berne con su contribución sobre los juegos psicológicos y el guión psicológico, y a Viktor Frankl, con la creación de la logoterapia y la búsqueda del sentido de la existencia que ésta propone (citado en Martínez, 2013).

Sin duda alguna, todos los autores antes mencionados llegan a una misma conclusión sobre esta psicología. Hacen énfasis en brindar una atención centrada en la experiencia humana consciente al estudiar al hombre, a sus cualidades esencialmente humanas como la elección, la creatividad, la valoración y la auto-realización, siguiendo a la fidelidad, al significado y valor propio y en especial, en brindar aprecio por la dignidad y valor del ser humano, para que sea capaz de conseguir un desarrollo del potencial inherente de su Ser (Aguilera, 2010).

A continuación se presenta a dos de los máximos exponentes de la Psicología Humanista.

1.1.2.1. Carl Ransom Rogers

Nace el 8 de enero de 1902 en Estados Unidos y muere el 4 de febrero de 1987, en su país natalicio. Prestigioso psicólogo en Estados Unidos y que junto a las ideas de Abraham Maslow llegaría a constituir lo que hoy en día es la Psicología Humanista. Desarrolló la terapia no directiva o Terapia centrada en el cliente, que luego la llamó Terapia centrada en la persona.

En sus teorías incluye el valor de todas las interrelaciones humanas, haciendo énfasis en las interacciones entre el terapeuta y el cliente. La terapia rogeriana discrepa con los postulados psicológicos de Freud y la visión social de Alfred Adler y de Albert Bandura, por el uso preferente de la empatía para lograr el proceso de comunicación entre el cliente y el terapeuta o, por extensión, entre un ser humano y otro (Rogers, 1983).

Rogers hace énfasis en la no directividad, en la que determina:

a) La función del maestro como facilitador del aprendizaje, con la obligación de crear un clima de aceptación en el grupo. Ya no es visto como autoridad.
b) No es válido enseñar de forma directa a una persona, solo se puede facilitar su aprendizaje. Aplica su enfoque no directivo.

Por lo tanto, hay una confianza en que el cliente o alumno consigue dirigir de manera constructiva su vida y dar una solución eficaz a sus propios problemas.

La Introyección fue otra temática de importancia de su teoría. Significa internalizar, incorporar en la persona ideas, normas o valores que no son propios y son tomados del exterior. Para Rogers la introyección no es adecuada para el yo porque lo puede

distorsionar, al acceder a normas y estereotipos sociales que pueden ser incoherentes con la esencia de la persona.

Resumiendo la teoría de Rogers, nos damos cuenta que es eminentemente individualista, en la que:

a) El mejor punto de vista para comprender la conducta es desde el propio marco de referencias del individuo.
b) La educación debe ser personalizada. El niño tiene sus propias necesidades que deben ser satisfechas, previniendo las introyecciones.
c) Lo importante en cualquier proceso terapéutico es que el individuo se sienta bien, a gusto consigo mismo (Roger, 1942).

1.1.2.2. Abraham Maslow

Nace en Nueva York, 1 de abril 1908 y muere el 8 de junio 1970. Fue un psicólogo humanista estadounidense.

La Pirámide de Maslow (1943) es su teoría propuesta. Para Feist (2007), Maslow formuló una jerarquía de las necesidades humanas, basándose en su idea de que las personas conforme satisfacen sus necesidades básicas, desarrollan deseos más elevados, consiguiendo la *auto-realización* que no es más que un nivel de plena felicidad o armonía.

Maslow, en su teoría, se centra en definir las necesidades básicas del ser humano, elaborando un modelo de necedades básicas para el mismo, dejando de centrarnos en la sociedad. Esto permite la auto-realización, que es lo que persigue este autor. (Feist, 2007).

Las teorías de Rogers y de Maslow hacen hincapié a los postulados básicos de la Psicología Humanista, demostrando y reafirmando en una visión humanística del ser humano, invitándonos a reconocer la esencia de cada persona.

1.1.3. Postulados básicos de la Psicología Humanista

Sánchez y Ruiz (2006), afirman que los psicólogos humanísticos como Goldstein, Perls, Buhler, Fromm, Maslow, Rogers, entre otros, rechazaron el enfoque experimentalista del conductismo de su época, oponiéndose al psicoanálisis freudiano, al entender que los principales móviles de la conducta humana pertenecen a la esfera de lo intencional consciente y no al campo del determinismo inconsciente, resaltando el hecho de la libertad humana e insistiendo en la lejanía existente entre el individuo normal que es al que a ellos interesaba, y el sujeto neurótico que fue el fundamento de las teorías psicoanalíticas, rechazando explícitamente que entre uno y otro sólo se dieran diferencias cuantitativas.

Todo lo expuesto quedó acogido en los cinco principios con que Bugental (1963) caracterizó la psicología humanística:

1. En su condición de ser humano, el hombre es más que la suma de sus partes componentes, debiéndose subrayar al respecto la peculiaridad de las persona.
2. La existencia del hombre se consuma en el seno de las interrelaciones psicosociales que establece.
3. Una característica esencial del hombre es su porción de vida consciente, lo que constituye la base para la comprensión de su existencia.

4. El hombre tiene capacidad de elegir y decidir con libertad, desde los contenidos de su consciencia.
5. El hombre es intencional, viviendo orientado hacia metas, en función de razones, intereses, creencias y valores.

El interés de los psicólogos humanistas era la búsqueda en los actos llamados normales, de los significados o sentidos a la luz de lo consciente y no de las causaciones deterministas (fisiológicas, inconscientes o de otro orden), dejando igualmente de lado las meras relaciones funcionales entre estímulos y respuestas (Villegas, 1986).

Existen una gran diversidad de enfoques terapéuticos y teóricos de esta psicología, por lo que no se ha creado un modelo exclusivo, pero según Morris y Maisto (2005), afirman que hay una serie de principios e ideas comunes que los psicólogos humanistas las utilizan para definir a su movimiento:

- **Enfatizar lo personal y único de la naturaleza humana:** Las personas son únicos, incomparables e inigualables, con el fin de desarrollar sus potencialidades por medio del juego y la creatividad.
- **Confiar en la naturaleza y en la búsqueda de lo natural:** Se centra en la esencia del ser humano y en la tendencia a la autorrealización que posee.
- **Concepto de conciencia ampliado:** El estado de consciencia que poseen de sí misas, no es el único.
- **Trascender el Yo hacia la totalidad del ser:** El ser humano se encamina hacia niveles de autorrealización cada vez más evolucionados e integradores y lucha por alcanzarlos.

- **Superación de la división entre mente y cuerpo:** Trata de enfocar al ser humano en su totalidad, fortaleciendo la idea y el sentir de integridad entre su cuerpo y mente.
- **Revalorización de lo emocional y equilibrio entre polaridades:** Se centra en restaurar el equilibrio del organismo, valorizando lo emocional.
- **Valorar a los otros:** Busca el reconocimiento de los demás como seres humanos que son, mejorando la comunicación entre ellos.

Los humanistas buscan priorizar la salud mental y los atributos positivos de la vida como la felicidad, generosidad, armonía, amistad, apoyo mutuo, etc.

1.2. PSICOLOGÍA POSITIVA

Martin Seligman (2000), profesor de la Universidad de Pennsylvania, propuso el término *Psicología Positiva*, centrándose en promover una concepción más positiva del ser humano. Seligman, después de haber investigado por largos años sobre el trastorno mental y haber desarrollado conceptos como la indefensión aprendida, da un giro radical en su enfoque, fijándose en la esencia de las personas.

A finales de los 90s, Seligman después de demostrar la importancia de indagar los aspectos saludables del ser humano, planteó la creación de la Psicología Positiva (PP) y contó con el apoyo de investigadores de gran renombre, entre ellos Mihaly Csikszentmihalyi, quien fue director del departamento de psicología de la Universidad de Chicago (Vásquez y Hervás, 2006).

1.2.1. Reseña Histórica

La PP carece de un modelo teórico unificado, con una base epistemológica única y coherente. Quizá el principal aporte del movimiento radicó en buscar ideas sanas del psiquismo y agruparlas hacia un mismo fin investigativo, que se realizaron de modo independiente durante la segunda mitad del siglo XX (Castro, 2010).

Cuando el movimiento nació, hace más de una década, todos los escritos de los principales representantes de la corriente, hacían alusión a la inauguración de un nuevo paradigma en el campo de la ciencia. Frases tales como *nueva ciencia, ciencia del bienestar, nuevo paradigma* enfatizaban lo novedoso del aporte de esta corriente de la psicología contemporánea. Sin embargo, según Fernández (2008), los

conceptos más frecuentemente tratados por la PP pueden encontrarse en los textos clásicos, tales como la Biblia y el Bhagavad Gita, en las tradiciones filosóficas orientales, en los textos de Benjamin Franklin y William James, solo para nombrar algunos.

En el campo psicológico, los antecedentes más próximo de la PP posiblemente sean de los autores más influyentes en la psicología humanista y existencial, quienes planteaban la idea de estudiar con el mismo interés la enfermedad como el potencial, fortalezas y capacidades psíquicas y emocionales de las personas (Gancedo, 2009).

El filósofo Gottfried Wilhelm von Leibniz (1710), en su *Teodicea* intenta justificar las notables falencias del mundo, por el hecho de que es un mundo creado por un Dios noble y perfecto (Castro, 2010). "El mundo no es moralmente bueno, sino matemáticamente bueno y resulta una síntesis entre las infinitas variedades de mundos posibles, resultando el más estable entre variedad y homogeneidad" (Castro, 2010, p. 22). Esta corriente filosófica da lugar al optimismo en psicología.

El movimiento The New Thought, el Nuevo Pensamiento, reinterpreta esta corriente (Castro, 2010), afirmando que el pensamiento positivo, la meditación y los ejercicios de afirmación de cada persona, da origen a sus experiencias trascendentales y a su visión de un mundo saludable.

En términos psicológicos, estas son las ideas que dan origen a la *pseudo Psicología Positiva* (Fernández, 2008), que propone que el tener una actitud positiva ante cualquier circunstancia, negando o no prestando atención al sufrimiento o a los aspectos negativos de la vida humana, resulta la vía adecuada para alcanzar la vida plena.

El meliorismo es el principio filosófico que mejor representa a la PP (Castro, 2010), y supone una concepción de la persona y de la sociedad y constituye el fundamento de la democracia contemporánea y de los derechos humanos. Según James Pawelski (2007), existen dos formas del meliorismo: el primero sería tener menos afectos negativos, menos psicopatologías y menos situaciones problemas; y el otro tipo de meliorismo, más constructivo, consiste en tener más de lo que nosotros realmente queremos, es decir, que el hombre se encuentra en estrecha relación con el universo y por pertenecer a este universo, debe sentirse con el derecho de conseguir todo lo que desea para elaborar su felicidad. Ésta es la base del enfoque de la PP (citado en Castro, 2010).

1.2.2. Concepto y Postulados básicos

La PP se la entiende como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas (Sheldon y King, 2001), del funcionamiento psíquico óptimo (Linley, Joseph, Harrington y Wood, 2006) o del bienestar subjetivo (Diener, 2000, citado en Castro, 2010).

En la PP, es importante hablar de la vida placentera como complemento a la definición de esta psicología. Para Castro (2010), la vida placentera es "llenar la vida de todos los placeres posibles, y aprender una serie de métodos para saborearlos y disfrutarlos mejor" (p. 43). La *buena vida* es el estado de flujo (Flow) y para conseguirlo, debe tener consciencia el individuo de sus propias capacidades, virtudes, fortalezas y talentos, para crear una nueva vida, poniendo en práctica todo el florecimiento que ha desarrollado hasta ese momento. El objetivo del estado de flujo,

es que la persona no sienta el tiempo que trascurre cuando está creando su nueva vida, es decir, que capte totalmente su atención, generándole un grado de satisfacción significativo.

La PP se centra en el ser humano integral (Sheldon, 2004) y de su desarrollo psicológico equilibrado, su bienestar, sus emociones placenteras, el desarrollo de las virtudes y la búsqueda de la felicidad.

Seligman y Pawelski (2005) se basan en uno de los conceptos centrales de la Psicología Positiva: el *florecimiento humano*. Fredrickson (2009) afirma que las persona que florecen, alcanzan niveles de funcionamientos extraordinarios, tanto des el punto de vista psicológico como social. El florecimiento va más allá de la felicidad o de la satisfacción de la vida, porque no se restringe a lo individual (Castro, 2010). Tiene un componente social, ya que la gente que florece no solo se siente bien, sino que hace el bien, esto es, generar un impacto positivo en su entorno.

Castro (2010) afirma que "la Psicología Positiva se la distingue de otras perspectivas, como la psicoterapia humana o existencial, que se encuentra basada en la investigación científica" (p. 34), Es decir, que se enfoca en las áreas de la vida sobre las que se indaga, donde se pone el foco. En este caso serían los cuatro pilares de la felicidad:

- La vida placentera (placeres y emociones positivas)
- La vida comprometida (experiencias de flow y fortalezas personales)
- La vida con significado (valores y trascendencia)
- Las relaciones interpersonales positivas (Seligman, 2002)

La PP se centra en los recursos psicológicos de la persona, que como ser humano que es, los utiliza para desarrollarse en la vida y ser feliz, fundamentándose en la visión optimista y totalizadora de la verdadera esencia del humano.

1.2.2.1. Calidad de Vida

La calidad de vida se refiere al nivel en que la vida de una persona es deseable o indeseable para sí misma, con énfasis en el factor económico y en el factor medioambiental en el que se desarrolla (Tono de Toscano, 2010). Es decir, la percepción que emite cada persona desde su punto de vista en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en el cual vive, en relación con sus expectativas, intereses y logros.

Sin duda alguna, abarca muchos ámbitos, los mismos que se encuentran interrelacionados entre ellos, como es la salud física, la psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con el medio ambiente.

Casas (1999) hace referencia a la participación activa de las personas en la evaluación de lo que los afecta, les permite discernir lo que en realidad necesitan para obtener un estado del bienestar global, desde la perspectiva tanto del bienestar físico como psicológico, "relacionando las necesidades materiales con las socio-afectivas e integrando mediciones psicológicas y sociales de percepción y evaluación de las propias experiencias de los sujetos" (Castro, 2010, p. 99).

Boniwell (2006) desde la PP, señala que la misma opera en tres niveles que denomina: nivel subjetivo, nivel individual y nivel grupal. El nivel subjetivo incluye el estudio de experiencias positivas, como el bienestar, la satisfacción, la felicidad, entre otras. El nivel individual se dedica a la identificación de los elementos

constitutivos de una buena vida y a las cualidades personales necesarias para ser una buena persona. En el tercer nivel, la autora pone el énfasis en las virtudes cívicas, las responsabilidades sociales, la civilidad, la ética, las instituciones positivas y otros factores que podrían contribuir al desarrollo de la ciudadanía y la comunidad (citado en Castro, 2010).

De esta perspectiva, se puede ver que la calidad de vida pretende trabajar desde las potencialidades más que desde las carencias, teniendo muy presente para el análisis del contexto socio-político. En base a esto, la persona pasa a ser considerada como *sujeto y protagonista*, y no como objeto social (Tonon, 2003, citado en Castro, 2010), exigiendo respetar los derechos humanos y luchar por su cumplimiento por medio de la colaboración de todos quienes crean en una calidad de vida digna para todos.

La PP se ha conformado con miras a permitir conocer los correlatos psicológicos de la calidad de vida, con énfasis en los atributos positivos de las personas, que les permite enfrentar los cambios de la vida cotidiana y la adversidad.

1.2.3. Objetivo de la Psicología Positiva

La PP se enfoca en el desarrollo de las cualidades humanas, enfatizando en las fortalezas y la resiliencia, y ya no en la preocupación exclusiva por reparar las debilidades o defectos de las personas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Es por esto que es vista como una *nueva ciencia* o un *nuevo paradigma* en psicología.

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) plasmaron los objetivos del movimiento en tres líneas de acción:

- El estudio de la experiencia subjetiva positiva
- Los rasgos individuales positivos
- Las instituciones positivas

En trabajos más recientes, Seligman, Steen, Park y Peterson (2005) afirman que el objetivo principal de la PP es la felicidad, siendo necesario tomar tres rutas o vías de acceso a la misma:

a. Las emociones positivas y el placer (vida placentera)
b. El compromiso (vida comprometida)
c. El significado (vida con significado)

Para Fernández (2008), "la Psicología Positiva surge como alternativa a la psicología negativa. La perspectiva positiva tiene como objeto realizar los recursos intra e interpersonales para favorecer y el desarrollo óptimo de los seres humanos, grupos, organizaciones y sociedades" (p.2).

Sin duda alguna y en lo que se centra el objetivo de esta psicología, es el mejoramiento de la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos psíquicos y patologías, "insistiendo en la construcción de competencias y en la prevención de desequilibrios mentales" (Castro, 2010, p. 15), proporcionando a las personas felicidad y estabilidad emocional.

1.2.4. Intervención Terapéutica con Psicología Positiva

En la PP no se trabaja bajo la línea de salud – enfermedad, ya que tratar de desaparecer lo negativo, no permite obtener un cambio positivo (Keyes y López, 2002).

Seligman, (2002), "se caracteriza porque el paciente en este tipo de intervenciones es fundamentalmente activo, ya que a través de las actividades intencionales, consigue el cambio" (p.67). Una psicoterapia positiva estaría encaminada hacia el florecimiento y fortalecimiento de los rasgos positivos, el cultivo hacia el valor de amarse a sí mismo y la ayuda que se ofrece a los pacientes para estimular el cambio positivo.

Por muchos años la psicoterapia tradicional se ha centrado en los déficits y patologías de los pacientes, la PP se centra en lo que hace que la vida valga la pena (Peterson, 2009), para conseguir la estabilidad y salud emocional, mental y física de las personas.

En el año 2005, Seligman afirma que:

> Ha resultado sorprendente y alentador comprobar en forma empírica que una serie de ejercicios llamados intervenciones positivas son altamente eficaces para elevar los niveles de felicidad de las personas que no presentan ninguna psicopatología, y también tienen un impacto muy significativo sobre la depresión (citado en Castro, 2010, p. 89).

Con lo citado, Seligman siente que si la persona tiene seguridad de poseer más recursos que le brinden motivación, paz, alegría, felicidad, amor en sus vidas, estaremos consiguiendo que sus bases emocionales se fortalezcan cada vez más,

siendo capaces de vencer obstáculos y superar adversidades con una visión positiva de lo sucedido.

El profesor Martin Seligman (2002), propone una intervención terapéutica en base a su modelo psicológico llamado *Las Tres Vías hacia la Felicidad*, a través del cual podemos alcanzar y vivir en el camino de la felicidad. Estas vías son:

- La vida placentera: busca incrementar las emociones positivas en los tres tiempos: pasado, presente y futuro.
- La vida comprometida: alienta a utilizar constantemente las fortalezas de la misma persona con el fin de obtener numerosas experiencias óptimas, de flujo de conciencia ("flow").
- La vida significativa: se centra en el encuentro del sentido vida y el desarrollo de propósitos que van más allá de nuestra capacidades presentes, con el fin de explotar nuestro potencial.

Sin embargo, las tres vías son libres de visualizar diversos objetivos en el camino de la felicidad y de abordarlos desde distintos puntos durante la terapia (Vásquez, 2000).

Según el propio Seligman (2001), "el desarrollo de la vida comprometida y de la vida significativa pueden tener una mayor importancia para la construcción del bienestar" (citado en Castro, 2010, p. 6). Es ahí, cuando se puede observar la efectividad de la terapia en personas con desequilibrios emocionales.

Otros tratamientos positivos que podemos mencionar son: las terapias focalizadas en soluciones, las terapias de clarificación de valores y las basadas en teorías de esperanza, entre otras. Pawelski (2009) sostiene que, "para ser positiva, una

intervención debe estar focalizada en aumentar los recursos personales más que en reducir lo negativo" (p. 121). Debe estar enfocada en aumentar el bienestar pero a través de los tres pilares de la PP, ya antes mencionadas.

Esta psicología, está generando aportes inmensos a los estilos de vida de las personas, a recuperar la capacidad de poder ser funcional y de recuperar un equilibrio que por ansiedad, depresión, fobias, baja autoestima, estrés, dependencia, depresiones, adicciones, obsesiones, etc. se había perdido. No hay que dejar pasar por alto que los problemas psicológicos mencionados, están estrechamente relacionados con eventos negativos en la vida de las personas, experiencias amargas, las cuales deben ser superadas para poder restaurar una funcionalidad.

1.3. PSICOLOGÍA POSITIVA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA

Como lo hemos venido mencionando anteriormente, la psicología tradicional se ha enfocado siempre en la patología y la debilidad de la persona (Vera Poseck, 2006), centrándose en una visión negativa de las características de la misma, llevando a asumir un modelo de la existencia humana que ha olvidado e incluso negado las características positivas del ser humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), contribuyendo a adoptar una visión pesimista de la naturaleza del hombre y de la mujer. A esta orientación se la ha denominado psicología negativa (Gilham y Seligman, 1999).

Poniendo un ejemplo sobre lo mencionado, los trastornos depresivos parecen encontrarse deficientemente explicados desde un modelo basado exclusivamente en emociones negativas (Castro, 2010). Para Vera Poseck (2006), "la depresión no es sólo presencia de emociones negativas, sino ausencia de emociones positivas" (párr. 5).

En los últimos años, gran parte de las investigaciones realizadas por los psicólogos se han enfocado en el modo de prevenir el desarrollo de desequilibrios mentales en sujetos de riesgo. Sin embargo, hasta el día de hoy no han conseguido dar solución a lo ya mencionado (Vera Poseck, 2006).

Para Fernández (2008) la idea base de la PP es la siguiente:

> Aún cuando la desaparición de los trastornos psicológicos trae aparejado un alivio para el sufrimiento humano, no implica un mayor bienestar psicológico. Si bien esta línea de pensamiento no es nueva, el aporte de la PP consistió en ubicar estas

> ideas en un programa de investigación y formación profesional con una dirección común (p. 14).

Sin embargo, la PP nos recuerda que la ausencia de trastornos psicológicos no es igual a tener alto bienestar o una buena calidad de vida.

De hecho, los mayores progresos en prevención han venido de perspectivas centradas en la construcción sistemática de competencias (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, citado en Vera Poseck, 2006). Esto quiere decir, que cuando la persona posee suficientes fortalezas, visión positiva, esperanza, valor y optimismo (construcción sistemática de competencias), funcionan como barreras o amortiguadores de los desequilibrios emocionales y trastornos mentales.

En la práctica clínica, los pacientes recurren al psicólogo para hablar de sus problemas y los profesionales basándose en la validez de las intervenciones clínicas, intentan ayudar a sus pacientes. Según el psicólogo de la Universidad de Harvard, Daniel Gilbert (2006), esta forma de liberarse de los problemas trae alguna forma de felicidad, que él la denomina felicidad sintética.

El psicólogo positivo no trabaja con el trastorno, sino intentando potenciar aquello que *funciona bien* en los pacientes. Para esto recurre al arsenal de intervenciones positivas empíricamente válidas, tales como el cambio del estilo atribucional de pesimista a optimista, el reconocimiento de sus emociones positivas en el pasado o en el presente, la aplicación de fortalezas personales en tareas que deriven *flow*, el diálogo mediante respuestas activas y constructivas o mediante la realización de actividades que otorguen propósito y significado vital (Castro, 2010).

Para el Dr. Sergio Zimmer (2010), estudios científicos han demostrado que:

> Aquellas personas que disfrutan los placeres simples de la vida y tienen una disposición alegre, son menos propensas a padecer enfermedades físicas y mentales. Del mismo modo, ver las cosas de manera positiva, mejora la respuesta inmunológica. Es por ello que, cuando una persona se siente decaída o preocupada es más vulnerable a contraer resfriados y otras patologías (párr.2).

Además, afirma que "el optimismo, la esperanza y los sentimientos de satisfacción reducen los niveles de estrés, alivian la carga del corazón, mejoran la capacidad de restauración celular y su funcionamiento. El bienestar emocional tiene un impacto directo sobre la salud física" (párr.3).

Las intervenciones positivas pueden ser aplicadas como una orientación general en psicoterapia para pacientes que consultan por algún problema o trastorno, como modo de complementar el enfoque clásico centrado en los síntomas y la psicopatología.

1.4. DIABETES

La Diabetes Mellitus no es una entidad patológica aislada, sino un grupo de trastornos metabólicos cuya característica común es la hiperglucemia (Robbins y Cotrán, 2008), o el incremento de los niveles de glucosa en sangre, siendo la baja producción de la hormona insulina la principal causa de esta enfermedad. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre, y cuando existe la disminución de ésta en los procesos metabólicos del organismo, se produce la hiperglucemia o diabetes (Guyton y Hall, 2011).

La hiperglucemia crónica y la disregulación metabólica concomitante pueden asociarse con lesiones secundarias en múltiples órganos, especialmente los riñones, ojos, nervios y vasos sanguíneos (Robbins y Cotrán, 2008). Esta enfermedad dura toda la vida.

La glucosa es indispensable para la salud, siendo la fuente principal de energía para todas las células que conforman el organismo y para el correcto funcionamiento del cerebro. El exceso de ésta, ocasiona graves problemas de salud, pudiendo llegar a la muerte.

1.4.1. Factores que contribuyen a la Diabetes Mellitus

Muchos factores pueden contribuir a la hiperglucemia o diabetes. Estos son:

- No seguir adecuadamente las instrucciones de la administración de insulina o de fármacos para controlar la diabetes.

- No seguir una dieta adecuada y ausencia de ejercicio físicos.
- Desarrollar alguna enfermedad infecciosa o someterse a alguna cirugía que desencadena esta enfermedad.
- Autoadministración de esteroides u otros medicamentos.
- Convivir con altos niveles de estrés emocional, como conflictos familiares o problemas laborales y sociales (Pérez, 2010).

Las enfermedades o el estrés pueden desencadenar la diabetes porque las hormonas producidas para combatirlos, también pueden causar que el azúcar en la sangre se eleve (Pérez, 2010).

La homeostasis normal de la glucosa está estrechamente regulada por tres procesos interrelacionados, mismo que se ven alterados cuando se presenta esta enfermedad. Estos procesos son: la producción de glucosa en el hígado, la captación y utilización de la glucosa por los tejidos periféricos, principalmente músculo esquelético, y las acciones de la insulina y hormonas contrareguladoras, incluyendo glucagón, sobre la glucosa (Robbins y Cotrán, 2008), ocasionando que la insulina y glucagón ejerzan efectos desestabilizadores opuestos sobre la homeostasis de la glucosa.

Para ello, es necesario ingerir medicamentos hipoglucémicos para mantener los niveles de glucosa cerca de lo normal durante la enfermedad o el estrés.

1.4.2. Síntomas de la Diabetes Mellitus

1.4.2.1. Biológicos

El reconocimiento de los primeros síntomas de la diabetes puede ayudar a tratar la enfermedad rápidamente. Cuando suben los niveles de glucosa por encima de los

160 a 180 mg/dl, la glucosa pasa a la orina. Cuando el valor es aún más alto, los riñones secretan una cantidad adicional de agua para diluir las grandes cantidades de glucosa perdida. Dado que producen orina excesiva, se eliminan grandes volúmenes de orina (poliuria) y, en consecuencia, aparece una sensación anormal de sed (polidipsia). Asimismo, debido a que se pierden demasiadas calorías en la orina, se produce una pérdida de peso y, a modo de compensación, la persona siente un hambre exagerada (polifagia) (MSD Salud, 2013). A este proceso fisiológico alterado se lo denomina trastorno metabólico, provocando que el organismo se descompense, experimentando visión borrosa, dolor de cabeza, fatiga, cansancios, mareos y nauseas, pudiendo llegar a la confusión y al coma (Pérez, 2010).

1.4.3. Tipos de Diabetes Mellitus

Para el Dr. Perla (s.f.) la diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 son condiciones crónicas de esta enfermedad, mientras que la prediabetes se la puede contrarrestar favorablemente junto con otros tipos de diabetes. Finalmente la diabetes gestacional, que se produce durante el embarazo, pudiendo curarse después de que el bebé nace.

1.4.3.1. Prediabetes

The American Diabetes Association (2005), afirma que la “prediabetes es una condición que se desarrolla antes de la diabetes tipo 2” (p.1). Los niveles de glucosa se encuentran ligeramente elevados, pero no como para dar el diagnóstico de diabetes. Además, debe ser cuantificada de acuerdo a la edad del paciente, ya que entre más edad, los niveles de glucosa tienden a elevarse por una cuestión natural del organismo.

La prediabetes no presenta síntomas. Se necesita un examen de sangre para saber el nivel de glucosa que posee la persona y mantener un control estable del azúcar en sangre.

Se la puede contrarrestar por medio de una adecuada dieta y rutinas de ejercicio físico diario, perdiendo peso y mejorando la calidad de vida de las personas.

1.4.3.2. Diabetes mellitus de tipo 1 o insulinodependiente (OMS, 2010), juvenil o de inicio en la infancia.

Es una enfermedad crónica en que la producción de la hormona insulina es deficiente, ocasionada por la destrucción de células beta del páncreas mediada inmunológicamente, obligando a la persona a administrase dosis de insulina diarias, permitiendo que el azúcar en sangre se estabilice y las células puedan producir energía. Puesto que la enfermedad puede desarrollarse en cualquier edad, incluyendo la edad adulta avanzada, la denominación de "diabetes juvenil" actualmente se considera obsoleta (Robbins y Cotrán, 2008).

La diabetes tipo 1 es una enfermedad autoinmune en la que la destrucción de los islotes está causada principalmente por linfocitos T que reaccionan contra antígenos de las células beta hasta el momento poco definido. Al igual que en todas las enfermedades autoinmunes, la susceptibilidad genética y los factores ambientales juegan un importante papel en la patogénesis, es decir, en el desarrollo de esta enfermedad (Robbins y Cotrán, 2008).

Es una enfermedad que no tiene cura, pero se la puede controlar con un tratamiento adecuado, el mismo que les permitirá vivir mucho más tiempo y de forma más saludable de lo que lo hicieron en el pasado.

1.4.3.2.1. Síntomas de la diabetes tipo 1

Biológicos

Los primeros síntomas es la poliuria, polidipsia y polifagia y, en casos extremos, cetoacidosis, todo ello consecuencia de las alteraciones metabólicas. Como la insulina es una de las hormonas anabólicas principales de organismo, el déficit de insulina conduce a un estado catabólico que afecta no sólo al metabolismo de la glucosa, sino también al de las grasas y proteínas (Robbins y Cotrán, 2008). En este derrumbamiento metabólico interviene también la secreción sin oposición de hormonas de contraregulación (glucagón, hormona de crecimiento y adrenalina). La asimilación de la glucosa por los tejidos musculares y adiposos sufre una considerable disminución o incluso queda abolida. No sólo se interrumpe la formación de depósitos de glucógeno en el hígado y en los músculos, sino que la glucogenólisis agota las reservas existenciales. La consecuencia es una intensa hiperglucemia que excede la capacidad de reabsorción renal, ocasionando glucosuria (Robbins y Cotrán, 2008). La glucosuria induce una diuresis osmótica y, por tanto, poliuria, causado por una profunda pérdida de agua y electrolitos. La pérdida obligatoria de agua por el riñón, combinada con la hiperosmolaridad secundaria a la hiperglucemia, tiende a producir una pérdida del agua intracelular, estimulando los osmoreceptores de los centros de la sed, del cerebro. Aparece así una sed intensa (polidipsia). El déficit de insulina hace que el anabolismo estimulado por ésta se transforme en un catabolismo de la grasa y las proteínas. Se produce proteólisis, y el hígado moviliza los aminoácidos gluconeogénicos, utilizados para fabricar glucosa (Robbins y Cotrán, 2008).

El catabolismo de las proteínas y las grasas favorece la aparición de un equilibrio energético negativo que, a su vez, conduce a un aumento del apetito (polifagia), lo que completa la triada clásica de la diabetes: poliuria, polidipsia y polifagia. A pesar del incremento de apetito, el paciente presenta mucha debilidad muscular. La combinación de la polifagia y pérdida de peso es paradójica y siempre debe despertar la sospecha de diabetes (Robbins y Cotrán, 2008).

La cetoacidocis diabética (CAD) es una complicación del organismo cuando no puede usar el azúcar (glucosa) como fuente de energía, debido a que no hay insulina o ésta es insuficiente, utilizando la grasa para obtener energía (MedlinePlus, 1997). La liberación de la hormona adrenalina bloquea cualquier acción residente de insulina junto con el exceso de glucagón reduce la utilización periférica de glucosa, al tiempo que incrementa la neoglucogénesia, agravando la hiperglucemia, ocasionando una diuresis osmótica y deshidratación (Robbins y Cotrán, 2008).

El déficit de insulina estimula la lipoproteína lipasa, lo que conduce a una degradación de los depósitos de grasa, con el consiguiente incremento de las concentraciones de ácidos grasos libres, mismo que alcanzan el hígado, produciendo cuerpos cetónicos (Robbins y Cotrán, 2008). Si la deshidratación dificulta la eliminación urinaria de las cetonas, aumenta la concentración de iones hidrógeno en el plasma, con la consiguiente cetoacidosis metabólica. La liberación de aminoácidos cetogénicos secundaria al catabolismo proteico agrava el estado cetósico (Perla, s.f.).

Psicológicos

Para Beckett (s.f.), por lo general experimentan la culpa, enojo, ansiedad y tristeza, en ocasiones en un nivel alto de intensidad, alterando la estabilidad mental, emocional y los niveles hormonales.

Estas emociones las van sintiendo en la medida en que existen factores externos que los motiven, como: la culpa se genera inmediatamente de haber lastimado emocionalmente a un ser querido; el enojo se da cuando no respeta sus principios y valores, generándole ansiedad, porque no tiene autocontrol, ni control de la situación por la que está atravesando, experimentando tristeza extrema por convivir con una enfermedad que no puede superarse.

Esta es la razón por la que los diabéticos tienen más posibilidad de desencadenar una depresión, eliminando las motivaciones de vida, provocando que el diabético no siga el tratamiento adecuadamente, dando paso a la muerte.

Otro síntoma es el estrés, presentándose cuando debe enfrentarse a la diabetes y convivir con ella todos los días. Esto produce una fuerte reacción fisiológica, afectando a la secreción de hormonas específicas como son la insulina, disminuyendo la actividad metabólica del cuerpo (Beckett, s.f.). Puede acarrear emociones que alteran la programación de los hábitos alimenticios y la actividad física del diabético, desencadenando una hiperglucemia, la cual afecta la dosis de insulina y el tratamiento de la diabetes.

Sociales

La diabetes tipo 1 afecta las relaciones interpersonales del paciente, experimentando sensibilidad y cambios notables de humor. Todos estos cambios no los percibe el

diabético, pero con su actitud puede excluir a sus familiares y amigos de su vida, ocasionándoles mucho dolor y sufrimiento (Perla, s.f.).

1.4.3.3. Diabetes mellitus de tipo 2 o no insulinodependiente (OMS, 2010), o de inicio en la edad adulta.

A pesar de lo mucho que se ha aprendido en los últimos años, la patogenia de la diabetes tipo 2 sigue siendo enigmática (Robbins y Cotrán, 2008).

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica, caracterizándose por una utilización ineficaz de la insulina en el organismo, produciendo niveles bajos de glucosa, dando como resultado una metabolización inadecuada de azúcar en la sangre por parte del cuerpo. Esto ocasiona que no se produzca suficiente insulina para conservar un nivel adecuado de glucosa (Robbins y Cotrán, 2008). Este tipo es el más común de la enfermedad a nivel mundial, y se debe por los factores ambientales, tales como el estilo de vida sedentario y los hábitos dietéticos, llegando a la obesidad (The American Diabetes Association, 2007).

A diferencia de la diabetes tipo 1, no se relaciona con los genes implicados en la tolerancia y regulación inmunitaria, y no hay evidencia que surgen una base autoinmune en la diabetes tipo 2 (Robbins y Cotrán, 2008).

Los dos defectos metabólicos que caracteriza a esta diabetes son: un descenso de la capacidad de los tejidos periféricos para responder a la insulina (resistencia a la insulina), y disfunción de las células beta que se manifiestan por una secreción inadecuada de insulina en el contexto de resistencia a la insulina es el primer evento,

seguida por grados crecientes de disfunción de las células beta (Robbins y Cotrán, 2008).

Médicamente, no existe cura para esta enfermedad, pero se la puede controlar con una buena dieta, ejercicio físico, manteniendo un peso y hábitos saludables, sin olvidarse de la ingesta de medicamentos prescritos por el médico de rutina.

Haciendo referencia a lo ya mencionado al inicio de este subtema, la patogenia de la diabetes tipo 2 sigue siendo enigmática. Desde un punto de vista psicológico, se debe ver a la enfermedad como el síntoma de las carencias y conflictos emocionales de las personas. En la diabetes, el azúcar corresponde al amor, a la ternura, al afecto, a esa dulzura que desapareció dejando sitio a un dolor continuo, convirtiéndolo en amargura; la persona se vuelve amarga y empieza a comer azúcar bajo todas las formas posibles: carbohidratos, postres, golosinas, etc. para compensar ese mal sabor, por un estado más dulce (Martel, s.f.).

De este modo se intenta justificar la patogenia de la diabetes tipo 2, haciendo hincapié en el cuerpo emocional de las personas, y dándole la importancia que se merece en el momento de tratar una enfermedad física.

1.4.3.3.1. Síntomas de la diabetes tipo 2

Biológicos

La diabetes miellitus tipo 2 también puede mantenerse con poliuria y polidipsia pero a diferencia de la diabetes tipo 1, los pacientes suelen tener una edad más avanzada (por encima de los 40), y a menudo son obesos (Robbins y Cotrán, 2008). Sin

embargo, con el incremento de la obesidad y el estilo de vida sedentario en nuestra sociedad, la diabetes tipo 2 se ve actualmente en niños y adolescentes con una frecuencia cada vez mayor.

La ausencia de cetoacidosis y la presentación más leve en la diabetes tipo 2 es debida, presumiblemente, a que estos paciente presentan concentraciones elevadas de insulina en la vena porta que los diabéticos tipo 1, lo que evita la oxidación ilimitada de ácidos grasos hepáticos y mantiene controlada la formación de cuerpos cetónicos (Robbins y Cotrán, 2008).

En estados de descompensación, estos pacientes pueden desarrollar un coma hiperosmolar no cetósico, un síndrome debido a una deshidratación grave secundaria a una diuresis osmótica mantenida en personas que no beben el agua suficiente para compensar sus pérdidas urinarias debidas a la hiperglucemia crónica. Además, la ausencia de cetoacidosis y sus síntomas (náuseas, vómitos, dificultades respiratorias) retrasa la búsqueda de atención médica hasta que se producen una deshidratación grave y coma (Robbins y Cotrán, 2008).

Psicológicos

De igual manera que en la diabetes mellitus tipo1, los trastornos emocionales como la depresión y ansiedad que se manifiestan en el paciente, como también la ira, culpa, tristeza y estrés al momento de convivir con la enfermedad, son parte de la diabetes tipo 2 (Perla, s.f.). Estas emociones serán superadas, siempre y cuando su entorno social y ambiental, lo favorezca mediante el apoyo incondicional y la involucración de sus allegados en su enfermedad.

Sociales

Básicamente, están estrechamente relacionados con los síntomas sociales de la tipo 1, en el que el paciente tiende a aislarse de todos sus seres queridos por sus cambios de humor, ocasionando que no desee aceptar el apoyo emocional que le brindan sus amistades y familiares (Perla, s.f.).

1.4.3.4. Diabetes mellitus gestacional

Esta diabetes se da durante la gestación. Durante el embarazo, el metabolismo del cuerpo cambia, y si la madre padece de trastornos metabólicos, el feto utiliza la energía producida por este déficit metabólico, lo que conlleva a tener alteraciones en la producción de insulina, provocando esta enfermedad (Rodríguez, 1999).

1.4.3.5. Diabetes mellitus tipo 1.5 o LADA

Es una diabetes mixta, que contiene síntomas de la diabetes 1 y 2 (Rodríguez, 1999).

1.4.3.6. Otros tipos de diabetes mellitus

Generalmente se dan por un mal funcionamiento del páncreas al momento de producir insulina, ocasionado por problemas metabólicos del organismo (The American Diabetes Association, 2007), causados por alteraciones genéticas, ingesta de sustancias psicotrópicas y otras enfermedades. Estos tipos son: Tipo 3A, Tipo 3B, Tipo 3C, Tipo 3D, Tipo 3E, Tipo 3F.

1.4.4. Patogenia de las complicaciones de la Diabetes

La diabetes mellitus descompensada hace que exista una mayor susceptibilidad para las infecciones, especialmente cutáneo-mucosas, urinarias, visuales así como la existencia de complicaciones macrovasculares y neuropáticas (Rodríguez, 1999).

1.4.4.1. Visuales

Al empezar a tomar insulina o hipogluceminantes orales, se empezará a tener visión borrosa, debido a que el cristalino se deshidrata al aparecer la diabetes, y cuando el tratamiento reduce con rapidez el nivel de glucemia se produce un cambio de líquidos en el ojo que provoca la visión borrosa (Rodríguez, 1999).

La diabetes afecta a los capilares que irrigan la retina, ocasionando la retinopatía diabética. Esto probablemente se da por la acumulación de la glucosa y otros azúcares en las paredes de los capilares que debilita a éstos. Se forman unos pequeños sacos en la parte del vaso que puede reventar y provocar pequeñas hemorragias intrarregionales (Rodríguez, 1999).

1.4.4.2. Riñones

La nefropatía diabética se caracteriza por daño de los riñones que actúan como filtros de la sangre para eliminar el exceso de agua y productos de degradación corrientes. La diabetes puede dañar a estos filtros debido a la acumulación de glucosa en sus vasos sanguíneos, permitiendo que pasen a la orina sustancias que quedarían retenidas, sobre todo proteínas como la albúmina (proteína de la sangre, sintetizada por el hígado), que aparece en una fase muy inicial, ocasionando infección urinaria, pudiendo llegar a una insuficiencia renal a largo plazo (Bilous, 2000).

1.4.4.3. Nervios

La diabetes afecta al sistema nervioso a través del aporte sanguíneo, como en el caso de los ojos y los riñones, o directamente, como consecuencia de la hiperglicemia (Bilous, 2000).

La neruopatía depende de cuál de las tres clases de nervio esté afectada.

Las neuropatías motoras provocan la pérdida de actividad muscular en los pies o las manos. Los dedos de los pies que contraen y sobresalen hacia arriba.

La neuropatía sensitiva hipersensibiliza causa dolor en los pies al principio, pero con el tiempo éstos se entumecen y no advierten sensación alguna, ni siquiera dolor.

La neuropatía autónoma es poco frecuente y puede provocar estreñimiento o diarrea intermitente, y a veces vómitos persistentes (Bilous, 2000).

1.4.4.4. Piel

Los problemas en la piel se debe a lesiones de los capilares debido a que el tejido epitelial se debilita por el exceso se azúcar en la sangre. Esta afección se denomina necrobiosis lipoidea, y provoca un enrojecimiento y adelgazamiento de la piel (Bilous, 2000).

1.4.4.5. Hipertensión

Para el Dr. Araya (2004), la fisiopatología de hipertensión en el caso de pacientes con nefropatía establecida, el volumen de líquido extracelular está expandido como consecuencia de un aumento en el sodio corporal total y la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (regulador a largo plazo de la presión sanguínea y de volumen extracelular corporal) está disminuida, por lo que la hipertensión es volumen dependiente, similar a otras nefropatías. En ausencia de nefropatía diabética se ha reportado sodio corporal total aumentado con actividad normal o baja del sistema renina-angiotensina-aldosterona (Araya, 2004).

En diabetes mellitus tipo 2, donde la hipertensión arterial es más frecuente, se desarrolla un estado de resistencia a la insulina secundario, en muchas ocasiones, a un estado de hiperactividad alfa-adrenérgica y vasoconstricción periférica. Este estado de deficiente metabolización periférica de la glucosa lleva a un

hiperinsulinismo secundario y a la disminución en el aclaramiento de insulina (Araya, 2004).

La hiperinsulinemia puede aumentar la presión arterial produciendo retención renal de sodio por medio de un aumento en su reabsorción a nivel tubular (por lo menos de forma aguda) y aumenta la actividad del sistema nervioso simpático, y también por medio de la hipertrofia del músculo liso vascular secundario a la acción mitogénica de la insulina, que produce remodelado vascular (Araya, 2004).

La insulina modifica el transporte de iones a través de la membrana celular, incrementando así los niveles de calcio citosólico de los tejidos vasculares, lo que ocasiona un estado de hiperactividad vascular a los agentes vasoconstrictores (Araya, 2004).

Finalmente, se sabe que la capacidad de la insulina para inducir vasodilatación, efecto demostrado en cultivos de células endoteliales a través del aumento en la síntesis de óxido nítrico, está reducida en situaciones de insulinorresistencia y de diabetes, probablemente por inactivación del óxido nítrico o por una reducción de la capacidad del endotelio vascular para sintetizarlo (Araya, 2004).

1.4.5. Tratamiento de la Diabetes

1.4.5.1. Biológico

El tratamiento se basa en dieta, ejercicio físico y medicación, para mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los rangos establecidos. En la diabetes tipo 2, tan solo con una buena rutina diaria de ejercicios y de una dieta saludable, no es

necesario la ingesta de medicamentos, siendo lo contrario en la diabetes tipo 1, pues es necesaria la terapia con insulina constantemente (Perla, s.f).

1.4.5.1.1. Nutrición

Mantener una dieta óptima para la diabetes no implica privarse de alimentos, sino comer conscientemente, enfocados en qué alimentos ayudan a la salud. Se trata de un plan nutricional que todas las personas deben consumirla independientemente si tiene diabetes o no.

Es importante que sean regulares las comidas, combinadas con los medicamentos y la insulina. Se debe tomar una comida o un refrigerio cada 3 o 4 horas, y la medicación debería ajustarse a este horario (Bilous, 2000).

Para Bilous (2000), las porciones que debe respetar cada comida son las siguientes:

- Dos quintas partes de fécula (almidones), en especial rica en fibra.
- Dos quintas partes de hortalizas / verduras o frutas.
- La quinta parte restante corresponde a fuentes proteínicas como carne, pescado, huevos, legumbres o queso.

Además, Bilous da un ejemplo de un plan alimenticio que cuenta con:

- Desayuno: Leche descremada o semidescremada, edulcorante artificial en lugar de azúcar, cereal rico en fibra como la avena, pan integral, mermelada baja en calorías, frutas.
- Almuerzo: Incluir alguna fécula (arroz, pasta o pan centeno), comer mínimo dos porciones de hortalizas e intentar incluir guisantes y alubias siempre que sea posible, algo de carne magra o pescado, reducir las grasas y evite los

fritos, fruta fresca con gelatina sin endulzar, yogures naturales o descremados.

- Refrigerios: Pan con levadura, pasta, pan de centeno o patatas asadas, fruta fresca o enlatada sin almibar, hortalizas y verduras.
- Entre comidas / Cena: Frutas, tostada con rellenos bajos en grasa, cereales o avena, galletas integrales.

Si se mantiene estas porciones y este tipo de alimentación, la glucemia debería situarse en niveles razonables.

1.4.5.1.2. Ejercicio Físico

La actividad física regular mejora la forma física, el estado psicológico, reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, mejora la tensión arterial, reduce los riesgos de osteoporosis y de artritis y ayuda a controlar el peso, mejorando la sensibilidad de las células del organismo a la insulina (Rodríguez, 1999).

El ejercicio debe ser moderado (caminar, bicicleta), practicándolo la mayor parte de la semana por 30minutos diarios. Es mejor practicar en pequeñas dosis la actividad física, pues el beneficio disminuye cuando se aumenta el gasto de energía.

1.4.5.2. Psicológico

1.4.5.2.1. Intervención psicológica en diabetes tipo 1

Pérez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Vázquez (2003), muestran varios tipos de técnicas que se pueden utilizar, para que los pacientes de diabetes puedan mejorar su estado emocional.

Intervención psicológica en afrontamiento al portador

Se caracteriza por el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento a la problemática para que mejore en el control de la enfermedad y en la aceptación de la misma.

Intervenciones a la adaptación al tratamiento

Se lo realiza por medio de la terapia conductual familiar para que las relaciones sean mucho más significativas y le ayude al paciente a aceptar el tratamiento de mejor manera. Además, se le incentiva a sentir las reacciones fisiológicas de su cuerpo bajo el tratamiento y distinga la mejoría que se produce a raíz de éste.

Intervención psicológica en control de las hipoglucemias

Desarrollo de habilidades en la detección e interpretación de los síntomas, bajo programas preestablecidos.

Intervención psicológica en autocontrol glucémico

Se trabaja en la auto-estimación como mecanismo central del proceso de regulación bioconductual, dando paso al entrenamiento del paciente en la discriminación del nivel de glucosa en sangre (Sarrión Soro, 2010).

1.4.5.2.2. Intervención psicológica en diabetes tipo 2

El consejo nutricional o el entrenamiento en relación, son técnicas condutales que han dado resultados favorables en el tratamiento psicológico de los pacientes con diabetes tipo 2.

1.5. NIVELES DE GLUCOSA

Los niveles de glucosa es la cantidad de azúcar (glucosa) que contiene la sangre y se la mide en milimoles por litro (mmol/l) o en miligramos por decilitro (mg/dl) (Peña, 2011).

Durante el día, los niveles de glucosa se encuentran entre los límites de 70-145 mg/dl; 4-8 mmol/l. Sin embargo, sube después de las comidas y es más bajo en ayunas.

Se los determina por medio del examen de glucemia que se lo realice en ayunas, en el que se procede a la extracción de sangre para evaluarla y obtener los resultados (Peña, 2011).

Los niveles de glucosa son:

- **Normal:** Si el nivel está entre 70 y 100 mg/dL.
- **Prediabetes:** Un nivel de 100 a 125 mg/dL significa que hay una alteración de la glucosa. Esto incrementa el riesgo para la diabetes tipo 2.
- **Diabetes:** Un nivel de 126 mg/dL o mayor casi siempre significa que tiene diabetes.
    - **Bajo:** Niveles entre 126 mg/dL – 150 mg/dL
    - **Medio:** Niveles entre 150 mg/dL – 180 mg/dL
    - **Alto:** Niveles entre 80 mg/dL – 250 mg/dL

- **Grave - Coma diabético:** 250 mg/dL llegando a registrarse, en casos extremos más de 1 000 mg/dL.

1.5.1. Causas del desequilibrio de los niveles de glucosa

El desequilibrio de los niveles de glucosa ocurre por varias situaciones, que darán paso a que se aumente el nivel de azúcar en la sangre (hiperglucemia o diabetes) o a su vez que disminuya el nivel de glucosa sanguíneo (hipoglucemia).

Según el Dr. Guyton (1977), la hiperglucemia se produce por la falta de insulina en las células, las mismas que dejan de utilizarla, y provocan que se active la producción de insulina en el hígado, agravando el problema, en la medida en que el cuerpo toma glucosa de las grasa. La causa de todo este procedimiento se da por cuestión genética y hereditaria, sin dejar de lado el impacto del ambiente en el que se desarrolla la persona, el mismo que le va proporcionando el estilo de vida que desencadenará la hiperglucemia.

En la hipoglucemia, se produce insulina en un nivel excesivo en el organismo, regulando este desequilibrio la hormona glucagón que cuya función es de estabilizar los niveles de glucosa en sangre (Guyton, 1977).

La glucemia debe estar por debajo de los 60 mg/dl para que se de éste diagnóstico. Es grave, dado que se produce repentinamente y entre las causas más significativas se encuentra la suministración de demasiada insulina, comer menos de lo normal y/o alterar los horarios de las comidas y hacer más ejercicio físico de lo habitual.

1.5.2. Síntomas

El cuerpo humano posee una estructura muy compleja, la misma que necesita permanecer en un estado de equilibrio con todos sus componentes químicos (homeostasis). Si los niveles de glucosa se desequilibran, ya sea un aumento o una disminución de sus niveles, esto puede hacer que los sistemas del cuerpo trabajen con menos eficiencia.

Para la doctora en nutrición, Cervera (2006), cuando hay disminución de azúcar en sangre, la persona puede estar sintiendo ahogo, palpitaciones, sensación de desmayo, mareo o inestabilidad, sofocos, sudoración, sensación de hormigueo o entumecimiento en las extremidades, temblores, nauseas, miedo intenso, sensación de irrealidad, confusión mental, nerviosismo e incoordinación, alteración del habla (hablar lentamente, hablar con hipo, hablar con dificultad), alteración del comportamiento (agresividad...), alteraciones de la visión (visión turbia, doble...), convulsiones y pérdida de consciencia (coma).

En cambio, cuando existe aumento de azúcar en la sangre, los síntomas más sobresalientes son: más sed de lo habitual a pesar de beber mucho más agua, se sentirá la boca seca y se orina en mayor cantidad, habrá pérdida de peso, aunque coma lo mismo de siempre o incluso más de lo habitual, más sueño y cansancio.

1.6. PSICOLOGÍA POSITIVA Y DIABETES

La PP hoy en día se está convirtiendo en el eje central para el control de esta enfermedad y de otras enfermedades, enfocándose en el trabajo de la psicología del individuo para la estabilidad emocional y física del paciente (Iglesias, 2013). De hecho, la mejor manera de acompañar al paciente diabético, es mediante el contacto con un ambiente lleno de positivismo y de seguridad frente a la enfermedad.

Desde el inicio, cuando la persona enferma, debe enfrentarse a un mundo desconocido y lleno de adversidades (Iglesias, 2013). Es por esto, que cuando el paciente recibe el diagnóstico de diabetes, enfrenta una serie de reacciones emocionales, que dependen de la edad, sexo, personalidad, ambiente en el que se ha desarrollado, relaciones interpersonales, personalidad del médico, etc.

1.6.1. Impacto psicológico de la diabetes

Sarrión (2008), afirma que "las personas diagnosticadas con diabetes presentan dificultades al momento de enfrentarse a su nueva realidad" (párr. 6). Estas dificultades son:

- **Dificultades en la aceptación del diagnóstico.** Es una enfermedad cuyo significado se tornó indescifrable para muchos pacientes y difícil de aceptar. El principal objetivo en la atención psicológica es ayudarle a afrontar el diagnóstico.

- **Cambio en el estilo de vida del paciente.** El paciente se enfrenta a un cambio obligatorio de su estilo de vida, por lo que sus nuevas rutinas diarias

deben ser controladas y vigiladas por sus familiares o personas allegadas a éste.

- **Dificultades en la adherencia al tratamiento.** El paciente diabético debe memorizar su tratamiento que consiste en administración de insulina (si ese es el caso), administración de medicamentos, de dieta y de ejercicio físico, el mismo que debe ser cumplido rigurosamente.

Además de las dificultades que deben superar, las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad y otras enfermedades, deben seguir el proceso de aceptación y acoplamiento a su nueva vida, pasando por el duelo que implica este diagnóstico. Según el Modelo de las 5 fases de Kübler-Ross (1969), el proceso de aceptación de la enfermedad en general, se da del siguiente modo:

1. **Negación:** Frente al diagnóstico y posible muerte, la persona se niega a creer que tiene que ver con ella. Se empieza a dar la suposición de un error en los resultados o a su vez, suponer que éste diagnóstico pertenece a otra persona, movilizándole al paciente a buscar una segunda opinión profesional.

   Ejemplo: “Me siento bien”; “Esto no me puede estar pasando, no a mí”.
2. **Ira:** El paciente es consciente de que su situación es grave. Empieza a ser irritable, generan resentimiento hacia las personas que poseen salud y echan la culpa de su enfermedad a sí mismo, a la familia, la enfermera, el médico, etc.

   Ejemplo: “¿Por qué a mí? ¡No es justo!”; “¿Cómo me puede estar pasando esto a mí?”
3. **Negociación:** El enfermo pretende cambiar su situación por medio de un acuerdo, que por lo general se lo realiza con Dios, en el que prometen cambiar,

hacer las cosas de mejor manera, con el único fin de mejorar su calidad de vida y sus valores personales.

Ejemplo: “Déjame vivir para ver a mis hijos graduarse.”; “Haré cualquier cosa por un par de años más.”

4. **Depresión:** Se produce cuando la persona es consciente de que los acuerdos no están funcionando, experimentando desesperanza y con ella surge la depresión.

   Ejemplo: “Estoy tan triste, ¿Por qué hacer algo?”; “Voy a morir, ¿Qué sentido tiene?”; “Extraño a mis seres queridos, ¿Por qué seguir?”, “No puedo comer lo que se me apetece”, ¿Para qué comer?

5. **Aceptación:** Después de convivir con la enfermedad por un largo tiempo, consigue alcanzar la aceptación de su enfermedad. La depresión deja de ser un problema y el enfrentamiento de la enfermedad y de una posible muerte se desvanecen, llegando la tranquilidad a su vida. En este proceso, tiene mucho que ver el apoyo familiar como soporte para eliminar de él o de ella, afectos y pensamientos negativos.

   Ejemplo: “Todo va a estar bien.”; “No puedo luchar, debería prepararme para esto” (p.17).

La aceptación del diagnóstico se dará en función de la calidad de vida que posea la persona (Sáenz, 2013), su visión frente a la enfermedad y las alternativas que están en juego para que sus estilos de vida vayan junto al beneficio de la salud física y psicológica.

Hay que tener en cuenta, que la diabetes en su mayoría, es el resultado de malos hábitos de vida, que han ido adquiriendo las personas a lo largo de su crianza. A esto se suma, el hecho de que sus altos niveles de estrés emocional y su marco cognitivo

(enfocado en la vinculación del pensamiento y la conducta humana.), han provocado que se desencadene esta enfermedad, y las personas se ven obligadas a cambiar sus estilos de vida de manera radical, para mantener los niveles de glucosa estables, sin garantizarse una calidad de vida adecuada.

Es por esto que en la terapia con PP, se explota las virtudes, capacidades y motivaciones, para que con una visión positiva de la enfermedad, logre obtener una adecuada calidad de vida, con los niveles de glucosa estables y un estado emocional equilibrado.

1.6.2. Tratamiento con Psicología Positiva en personas con diabetes

La psicóloga argentina Giusti (2009), enuncia una modalidad de tres pasos, integrando los aportes de la PP conjuntamente con los de la terapia cognitiva clásica y la constructivista.

En primer lugar propone la búsqueda sistematizada de fortalezas encubiertas como modo de fomentar la resiliencia tanto en pacientes como en terapeutas. Apunta esencialmente al cambio del foco inicial de los problemas que trae el paciente en lista de posibilidades como meta terapéutica central. En segundo lugar, destaca la orientación hacia la búsqueda de fortalezas personales utilizando recursos de visualización y fortalecimiento de creencias positivas acerca de cómo se resolvería idealmente una situación problema, identificando pensamientos y conductas que ayudarían a sostenerla.

La PP evalúa las vulnerabilidades y los recursos del consultante, incluyendo actividades dirigidas a la potenciación de los mismos (Castro, 2010). En el caso de la diabetes, se considera como recursos del contexto y personales:

- Familia nuclear unida y bien constituida.
- Gran sentido del humor en el seno familiar y buen humor personal.
- Utilización de estrategias de afrontamiento activas y asertivas.
- Familia extensa presente y contenedora.
- Posibilidad de introspección y expresión de sus ideas y sentimientos.
- Honestidad y autenticidad.

Las intervenciones con PP para la diabetes debe tener el objetivo de aumentar la seguridad y la percepción de autoeficacia, incrementar el estilo explicativo optimista y el desarrollo de estrategias de afrontamiento activas (Castro, 2010). Se indican tareas semanales para que su atención esté focalizada en transformar y controlar las situaciones cotidianas, las mismas que consisten en:

- **Actividades dirigidas a la mejora del estilo atribucional optimista.** Tiene como objetivo poder evaluar la situación desde otro punto de vista.
- **Actividades dirigidas hacia la gratitud.** Consiste en demostrar su gratitud por algo que ha hecho un miembro de la familia por esa persona, así como al equipo médico y a sus amistades más cercanas.
- **Actividades sobre emociones positivas**. Se le pide que junto con su familia escriban las cosas que hicieron durante la semana para sentirse bien. A demás, debe registrar las acciones y los pensamientos que dan la señal que está empezando a afrontar con éxito los conflictos cotidianos.

- **Actividades de saboreo y flow.** Se percibe actividades para hacer en familia que incrementan las emociones positivas y los estados de *flow*, tales como caminatas, compartir salidas familiares, etc.

Cabe recalcar que las terapias bajo este enfoque, se las puede realizar de manera grupal o individual, aunque existen mejores resultados de manera grupal, pues se pretende que los pacientes salgan de su estado de indefensión y se hagan responsables de sus vidas, así como aprender de las experiencias de vida de los otros y apreciar los talentos y capacidades que cada uno de ellos posee.

Es necesario recordar, que la intervención psicológica grupal con PP se caracteriza por la aplicación de principios y técnicas psicológicas (Mejía, 2010) por parte de un profesional acreditado con el fin de:

- Ayudar a otras personas a comprender sus problemas y aceptarlos desde un enfoque positivo.
- Aumentar los aspectos positivos y fortalecimiento de los mismos para que su situación sea llevadera.
- Permitir el florecimiento humano.
- Mejorar las capacidades intra e inter-personales (p.18).

De esta manera se obtendrán resultados adecuados y favorables para el diagnóstico de la persona, empezando por el mejoramiento de la calidad de vida del paciente, un estado físico adecuado y una madurez emocional en potencia, que le permitirá tener enfoques positivos sobre todo lo que le rodea y sobre las adversidades que llegan a su vida.

1.6.3. Resiliencia en la Diabetes

La resiliencia es un constructo que promueve el bienestar y la salud, en personas con o sin patologías (Marcillas, 2013), convirtiéndose en una variable protectora de la salud física y mental en momentos de enfermedad. La resiliencia disminuye las dolencias, el sufrimiento y el estrés que ocasiona la enfermedad, aumentando la calidad de vida, para dar paso a la adaptación a la Diabetes, destacando la capacidad del ser humano para conseguir valor de las condiciones que les genera gran dolor en su vida.

Las personas más resilientes son más responsables en los comportamientos de autocuidado ante tasas crecientes de distrés, que personas con niveles bajos de resiliencia (Marcillas, 2013). Además, un nivel alto de autoestima, habilidades que desarrollen para aprender de sus experiencias, aceptarlas y adaptarse a ellas, son características que presentan las personas que tienen resiliencia, convirtiéndose en el eje principal para convivir con su enfermedad.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

El presente trabajo se basa en el planteamiento previo de una hipótesis que se pretende comprobarla al final de la investigación, determinando la calidad de vida que poseen los pacientes, para la realización de un plan de intervención psicológico grupal, y conseguir estabilizar y disminuir los niveles de glucosa de los mismos.

2.12. Paradigma de investigación

2.12.1. **Experimental:** En la presente investigación, se formula la hipótesis de tipo causal y, por tanto, se infiere teorías explicativas de naturaleza causal. Esto quiere decir, que la prioridad de la investigación, es encontrar la relación entre la causa (Psicología Positiva Grupal) y efecto (estabilización y disminución de los niveles de glucosa). Para ello, se requiere la intervención activa del investigador, manipulando la variable independiente en un ambiente controlado para medir los efectos en la variable dependiente, y manteniendo un adecuado control de las variables extrañas.

2.13. Diseño de investigación

La presente investigación comprende un diseño experimental, intersujetos (2 muestras independientes) de corte transversal.

2.13.1. **Diseño Experimental:** Permitirá identificar y cuantificar las causas (variable independiente) de un efecto (variable dependiente) dentro del estudio experimental. Se manipularán deliberadamente la variable independiente (Psicología Positiva Grupal), para medir el efecto que tiene en la estabilización y disminución de los niveles de glucosa de los pacientes.

2.13.2. **Correlacional:** En la presente investigación, se procederá a la correlación entre dos variables: variable independiente (Psicología Positiva Grupal) y la variable dependiente (niveles de glucosa); para conocer el grado de relación que existe entre las dos, una vez culminada la investigación.

2.13.3. **Intersujetos:** Se comparará una población con otra, en este caso, el grupo experimental, que recibirá terapia con psicología positiva enfocada a su calidad de vida; y al grupo control, que recibirá psicoeducación, a fin de conocer los efectos de las intervenciones en los pensamientos y emociones de los pacientes.

2.13.4. **Corte transversal:** Los datos son recogidos en un mismo momento temporal, accediendo al conocimiento de todos los casos de personas con diagnóstico de diabetes (misma condición), sin importar por cuánto tiempo mantenga esa característica, ni cuándo la adquirieron.

2.14. Enfoque de investigación

2.14.1. **Enfoque Cuantitativo - Cualitativo:** En la cuantificación nos basaremos en el nivel de correlación entre las variables presentadas, y se tomarán en cuenta la generalización y objetivación de los resultados, a través de una muestra de 18 personas con diabetes, para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. En lo cualitativo se estudiará la relación entre las

variables cuantificadas, desarrollando registros narrativos del fenómeno que son estudiados (estabilización y disminución de niveles de glucosa con Psicología Positiva Grupal) mediante la observación científica y entrevistas no estructuradas.

2.15. **Hipótesis**

La Psicología Positiva Grupal, incide en la disminución y estabilización de los niveles de glucosa en los pacientes con diagnóstico de diabetes.

2.16. **Objetivos**

2.16.1. **General**

Analizar la incidencia de la Psicología Positiva Grupal sobre los niveles de glucosa en los pacientes con diagnóstico de diabetes.

2.16.2. **Específicos**

- Establecer un diagnóstico individual de la calidad de vida y los niveles de glicemia de los pacientes con diabetes, tanto del grupo experimental como de control.
- Determinar las reacciones cognoscitivas y afectivas que se manifiestan en los pacientes con diabetes frente a la enfermedad.

- Analizar y aplicar los fundamentos teóricos y técnicos de la Psicología Positiva mediante un proceso operativo de intervención grupal.
- Correlacionar los resultados de la prueba de Glicemia y los datos del Cuestionario de la Calidad de Vida, para determinar el efecto de la intervención grupal.

2.17. **Variables e indicadores**

2.17.1. **Variable Independiente:** Psicología Positiva Grupal

2.17.1.1. **Indicador:**

- Identificación grupal
- Diversos criterios u opciones
- Mejores relaciones interpersonales
- Acuerdos grupales confiables
- Automotivación de los integrantes
- Mejores expectativas de vida en los sujetos
- Vida comprometida
- Vida con significado

2.6.1. Variable Dependiente: Niveles de glucosa

2.6.2.1. Indicadores:

Niveles de Glucosa

- **Bajo:** Niveles entre 126 mg/dL – 150 mg/dL
- **Medio:** Niveles entre 150 mg/dL – 180 mg/dL
- **Alto:** 180 mg/dL – 250 mg/dL
- **Grave - Coma diabético:** 250 mg/dL llegando a registrarse, en casos extremos más de 1 000 mg/dL.

Nivel de Calidad de Vida

- **Muy bajo:** 0% a 25% de calidad de vida
- **Bajo:** 25% a 50% de calidad de vida
- **Regular:** 50% a 70% de calidad de vida
- **Aceptable:** 70% a 80% de calidad de vida
- **Favorable:** 80% a 90% de calidad de vida
- **Adecuado:** 90% a 100% de calidad de vida

2.18. **Técnicas de investigación**

2.18.1. **Observación Científica:** Nos permite un análisis del lenguaje verbal y no verbal de los integrantes del grupo, de esta manera se hace un estudio general de cada uno de ellos.

2.18.2. **Método Clínico:** Es una derivación del método científico, y se caracteriza por tener un conjunto de procedimientos, en un orden sistematizado, que se administran al paciente de manera global y profunda para lograr obtener el conocimiento y descripción adecuada sobre el mismo. Tiene los siguientes pasos:

- **Observación:** Como su nombre lo dice, se realiza una observación sistemática integral del paciente diabético que forma parte de las terapias con Psicología Positiva, llegando a tener conocimiento sobre lo que "es", lo que "no es" y lo que "transmite", ya sea en forma verbal como no verbal o las juntas, dando paso a que lo inconsciente quede en manifestó por medio de lo consciente.
- **Indagación:** Por medio de la entrevista clínica, se pretende investigar sobre el origen, circunstancias, causas, consecuencias, el contexto en sí del problema latente del paciente diabético, que se encuentra dispuesto a ser parte del proceso terapéutico con Psicología Positiva.

  Abstracción: Mediante un resumen, en el que se resalte los datos más importantes y significativos del problema latente en el paciente diabético, se procede a realizar una relación entre su conducta, con su modo de pensar y de sentir frente a la problemática.
- **Integración o diagnóstico informal:** A raíz de la interpretación de la información obtenida del paciente diabético, se da paso a la integración de dicho material a través de la observación y de la entrevista, así como de la prueba psicométrica, el Cuestionario sobre la Calidad de Vida, con el fin de que las interpretaciones de lo evaluado sean objetivas.

- **Diagnóstico:** Finalmente, con toda la información debidamente organizada y analizada, se elabora el diagnóstico de forma clara y precisa para la fácil comprensión del interesado.

2.18.3. **Entrevista clínica:** Se procede a la recopilación de información sobre la conducta, las actitudes y las emociones actuales y pasadas, además de un historial detallado de la vida del paciente diabético y del problema que presenta. La entrevista tendrá un esquema semiestructurado, enfocándose en datos relevantes sobre su enfermedad y su situación cognitiva-emocional.

2.18.4. **Técnicas psicoterapeúticas Grupal:** Se centra en la esencia de la personas y en su nivel de positividad que ha desarrollado a lo largo de su vida, con el fin de que logre incrementar sus fortalezas y de promover el florecimiento humano en cada uno de ello, por medio del aprendizaje de la experiencia de vida de la otra persona.

2.18.5. **Técnicas psicométricas:** Se mide el nivel de calidad de vida de los pacientes con diabetes, en base a la evaluación con el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q).

2.19. Instrumentos de valoración psicológica

2.19.1. **Ficha Clínica:** Incluye datos personales de los pacientes, motivo de consulta, su sistema familiar de origen y actual, historia de la enfermedad, diagnóstico emocional, estado de consciencia, fortalezas y capacidad de interrelación; aspectos que permitirán realizar un análisis de los casos.

2.19.2. **Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q):** Sus autores son J. Endicott, J.Nee,W.Harrison,W. Blumenthal. Evalúa de forma sensible el grado de placer y satisfacción del sujeto en distintas áreas del funcionamiento cotidiano. Se trata de un instrumento aplicable a todo tipo de pacientes independientemente del diagnóstico y tratamiento. Consta de 93 ítems, 91 de los cuales exploran la satisfacción y el placer en las siguientes 8 áreas: Estado de salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, tareas de clase/curso, actividades de tiempo libre, relaciones sociales, actividades generales. Los 2 ítems restantes, miden la satisfacción con la medicación y la satisfacción global. Para contestar a cada ítem el paciente dispone de una escala tipo Likert de frecuencia de 5 valores que oscila entre nunca y muy a menudo o siempre. La administración es autoaplicada. (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, 1993).

2.19.3. **Fichas de Seguimiento:** El presente instrumento nos permite llevar un control de cada una de las sesiones efectuadas en el Club de Diabéticos, siendo un complemento dentro del proceso terapéutico. Cabe recalcar, que esta ficha se encuentra estructurada en base a los objetivos que persigue la Psicología Positiva, dando paso a un seguimiento integral de la evolución del grupo control y experimental.

2.19.4. **Encuesta:** Se formula un conjunto de preguntas en forma escrita dirigida a los pacientes que integran el grupo experimental y el grupo control, con la finalidad de conocer el punto de vista y su sentir frente a la terapia de Psicología Positiva Grupal y psicoeducación que se les impartió durante el tiempo preestablecido.

2.19.5. **Instrumentos de Valoración Clínica**

2.19.5.1. **Examen de Glucemia:** Por medio de la toma de una muestra de sangre, se procede a la medición de los niveles de glucosa del paciente. Este examen se lo realiza en ayunas por parte del equipo médico del Hospital Municipal.

2.20. **Análisis de Población y Muestra**

El tipo de muestreo es intencional, escogiendo a la muestra bajo el diagnóstico de diabetes para que integren el grupo experimental y el grupo control. A raíz de esto, la población con la que se cuenta, se encuentra conformada por 18 personas, 11 mujeres y 7 hombres, quienes son miembros del Club de Diabéticos del Hospital Municipal, mismos que se encuentran entre los 49 a 81 años de edad, es decir, que existen adultos intermedios (45 - 65)y tardíos (65…).

Mediante las fichas clínicas de cada paciente, de las 18 personas que integran el club, 17 personas no son insulinodependientes (diabetes de tipo 2), mientras que 1 de ellos es insulinodependientes (diabetes de tipo 1). Así también, las 18 personas mencionadas se encuentran bajo tratamiento médico (fármacos, insulina, dieta y ejercicios físicos) que se les proporciona en el hospital, junto con evaluaciones gratuitas de glucosa en la sangre, que se las realiza cada 15 días.

El 95 % del grupo presenta otro tipo de enfermedades como hipertensión, problemas renales, complicaciones en la vista, problemas en las piernas, problemas de oído, tiroides y digestivos, siendo la hipertensión la enfermedad más latente en lo pacientes en un 85 %. El resto de enfermedades son poco notables en el grupo y se encuentran controladas bajo el equipo médico del hospital.

2.21. **Procedimiento**

Para la presente investigación, en primera instancia, se analizó y se determinó la población, constituida por los dieciocho integrantes del grupo de diabéticos. Posteriormente se procedió al encuentro y respectiva socialización con los participantes del estudio, en el que se presentaron los objetivos y las razones de estudio, además se solicitó el consentimiento por escrito para formar el grupo experimental y el grupo control. A continuación se revisó el historial clínico de los niveles de glucosa y se obtuvieron los datos sociodemográficos. Se evaluó el nivel de calidad de vida de las personas, aplicándoles el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q. A demás, se extrajeron las muestras de sangre por parte del equipo médico del Hospital, para registrar los niveles de glucosa de los pacientes en una base de datos.

Una vez obtenidos los datos necesarios, se dio paso a la aplicación de la terapia grupal con Psicología Positiva, enfocándose en las emociones de los integrantes del grupo experimental (10 sesiones) y en la aplicación de talleres con psicoeducación a los integrantes del grupo control (6 talleres). Seguido a esto, se aplicó los instrumentos de medición anteriormente mencionados (Q-LES-Q y prueba de glicemia), con el fin de comparar datos. Cabe recalcar, que la prueba de glicemia, se la realizó cada 15 días, como se lo ha venido practicando en el Hospital hasta el día de hoy. Inmediatamente, se tabuló la información y se elaboró una base de datos a través del uso del programa SPSS. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, inferencial e interpretación de resultados, para poder obtener las conclusiones del estudio y limitaciones.

2.22. **Procesamiento de información**

2.22.1. **Diagnóstico Psicológico**

El procesamiento de investigación se encuentra conformado por tres fases. En la primera se llena la Historia Clínica de cada uno de los pacientes para proceder a la evaluación de la Calidad de Vida, por medio del cuestionario que lleva el mismo nombre. La segunda fase se caracteriza por la aplicación de la terapia grupal y del proceso psicoeducativo. Finalmente, en la tercera fase se aplica el Re – Test, con lo cual se efectúa la interpretación de resultados.

En los Anexos No. 6, 7, 8 y 9 se detallan las actividades.

2.22.2. **Intervención Psicológica en el Grupo Experimental**

La intervención psicológica grupal, se encuentra diseñada con técnicas de Psicología Positiva y serán 10 encuentros, uno por semana con la duración de dos horas por sesión.

Las actividades junto a sus objetivos son las siguientes:

El árbol de las fortalezas, identificando las fortalezas de cada uno de los integrantes del grupo, para que se asocien directamente con ellas y al reconocerlas asuman su potencialidad al convivir con su enfermedad.

El significado de la Diabetes en mi vida, pretende promover la trascendencia de vida, por medio de la reconciliación de la persona con su Ser, a raíz del reconocimiento del significado de la Diabetes en sus vidas.

Mi familia junto a la Diabetes, determina la importancia de la presencia de los familiares en su enfermedad, para que rescaten lo positivo de la Diabetes y generen bienestar emocional, permitiendo el florecimiento de su ser.

Cuando yo era…, para maximizar el gozo de los placeres del pasado, identificándolos y saboreándolos según avanza el ejercicio, creando recuerdos en torno a ellos.

El cuento de mi vida positiva, busca elevar la positividad de los integrantes del grupo para aumentar el bienestar por medio de sus fortalezas.

La caja del bienestar, promueve el bienestar emocional, mejorando la atención, memoria, fluidez verbal, y la apertura a la información.

Los demás importan, estimula las relaciones interpersonales positivas para fomentar las respuestas positivas y constructivas para ser más felices.

Actividades de Flow, pretende dar paso al bienestar subjetivo y la satisfacción con sus vidas para que tengan un buen vivir, a través del flujo de consciencia.

Empoderamiento, para acceder al descubrimiento de sus potencialidades por medio de la identificación con su Ser.

La carta de la gratitud, para promover el bienestar en las personas a través de expresar sus sentimientos de gratitud hacia ellos mismos y hacia el resto de personas que estuvieron junto a ellos en este proceso terapéutico.

En el Anexo Nº 8, se detalla cada sesión psicológica en base a técnicas propuestas por los autores de la Psicología Positiva.

2.22.3. **Psicoeducación en el Grupo Control**

El proceso de psicoeducación, se encuentra diseñada con técnicas de Psicología Positiva y serán 6 encuentros, uno por semana con la duración de una hora por sesión.

Las actividades junto a sus objetivos son las siguientes:

¿Qué es la diabetes?, conceptualizando a la Diabetes, sus causas biológicas y emocionales.

Aceptación de la enfermedad y bienestar psicológico, exponiendo la importancia de la aceptación de su enfermedad para tener bienestar psicológico.

Las fortalezas del carácter, para enseñar la importancia de desarrollar fortalezas del carácter para lograr una vida comprometida.

Las emociones positivas, promoviendo la importancia de generar emociones positivas para el desarrollo de una vida placentera.

La calidad de vida, para elevar el nivel de calidad de vida, por medio de la exposición de la importancia de una vida con significado.

¿Es bueno criticar?, incentiva las relaciones interpersonales positivas por medio de la aceptación incondicional de la otra persona.

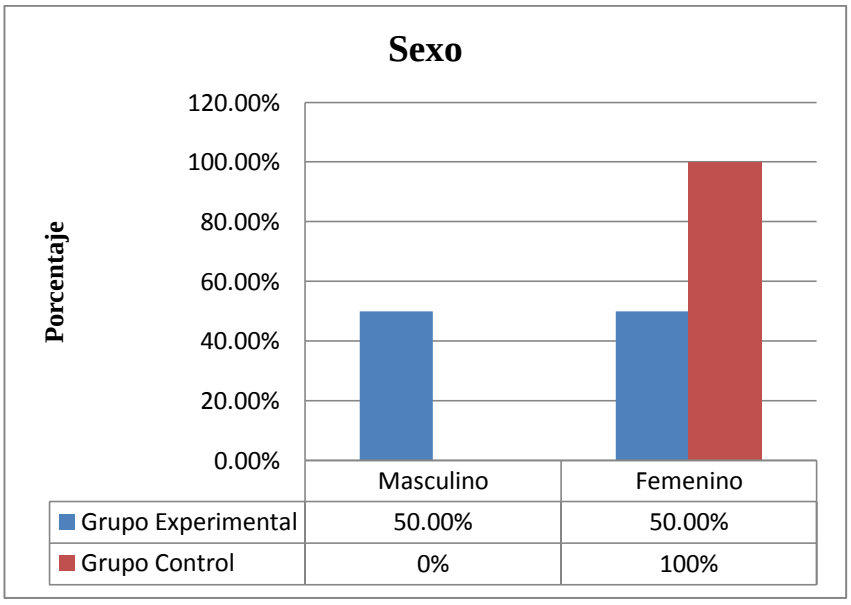
En el Anexo Nº 9, se detalla cada encuentro en base a información expuesta por los autores de la Psicología Positiva.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.9. Datos de la Ficha Clínica

Gráfico: 3.1. : Datos de la Ficha Psicológica acerca del Género del Grupo Experimental y del Grupo Control



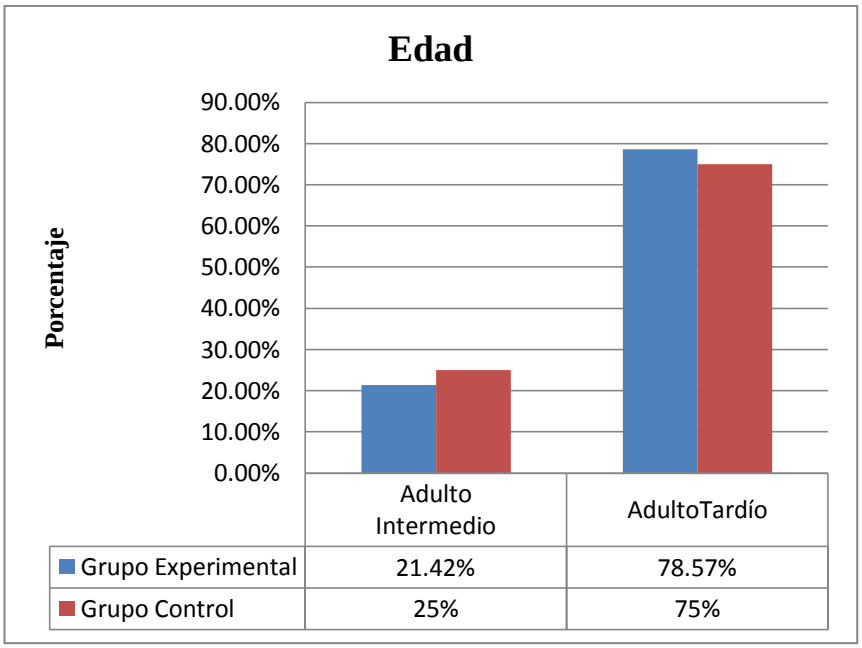
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: Se puede observar que en el grupo experimental existe una igualdad en géneros, 50% (7) hombres y 50% (7) mujeres; mientras que en el grupo control, el 100% (4) de las integrantes son mujeres.

Interpretación: En el diseño gráfico de Género, se observa que en el grupo experimental existe la misma cantidad de hombre como de mujeres, en comparación con el grupo control, el que se encuentra conformado por solo mujeres.

Gráfico: 3.1.2. : Datos de la Ficha Psicológica acerca de la Edad del Grupo Experimental y del Grupo Control



Fuente: Ficha Psicológica

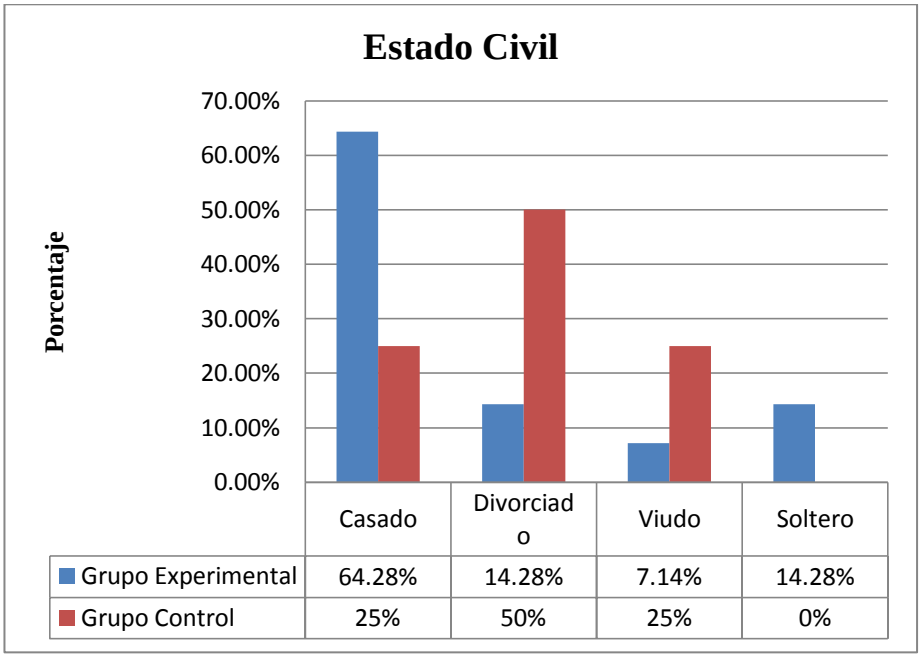
Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla de Edad, el grupo experimental se encuentra constituido por el 21.42% de adultos intermedios (3 personas) y el 78.57% de adultos tardíos (11 personas); mientras tanto, el grupo control lo conforman el 25% de adultos intermedios (1 persona) y el 75% (3 personas) de adultos tardíos.

Interpretación: En la representación gráfica de la Edad, se demuestra que la mayoría de los integrantes de los 2 grupos, experimental y control, se encuentra en

una edad mayor a los 65 años, mientras que los adultos intermedios, representan una cantidad inferior, cuya edad va de los 35 a los 64 años de edad.

Gráfico: 3.1.3. : Datos de la Ficha Psicológica acerca del Estado Civil del Grupo Experimental y del Grupo Control



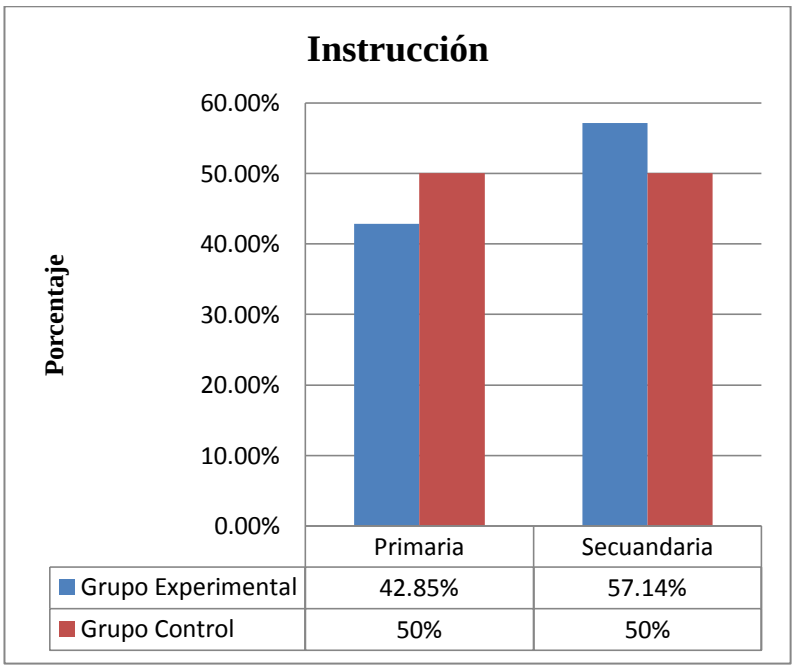
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla expuesta, el 64.28% los integrantes del grupo experimental se encuentran casados (9 personas), el 14.28% pertenecen a las personas divorciadas (2 pacientes), el 7.14% son viudos (1 persona) y los solteros corresponden al 14.28% (2 personas). En el grupo control existen más personas que se han divorciado, el 50% de ellas (4 personas), mientras que el 25% se encuentra casados (1 persona) y el otro 25 % son viudos (1 persona).

Interpretación: En el gráfico de Estado Civil, podemos observar que existe mayor cantidad de personas casadas en el grupo experimental, y en el grupo control, el porcentaje más alto es de divorcios. Los divorcios en el grupo experimental se encuentran en segunda posición al igual que el porcentaje de personas soleteras, mientras que el número de integrantes que han enviudado, es muy bajo. En tanto, en el grupo control las personas casadas y viudas, representan menos porcentaje que los pacientes divorciados.

Gráfico: 3.1.4. : Datos de la Ficha Psicológica acerca de la Instrucción del Grupo Experimental y del Grupo Control



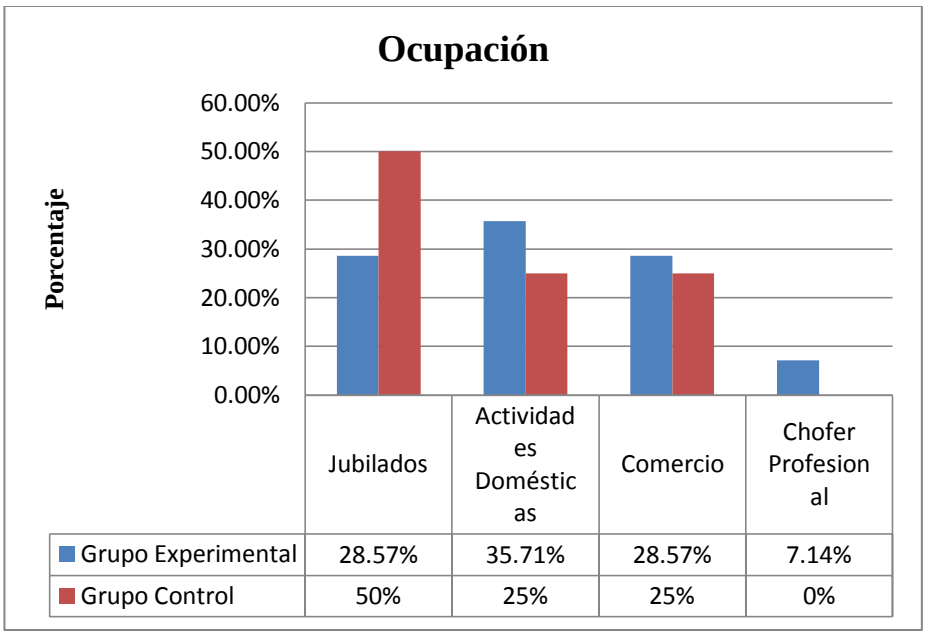
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla por Instrucción, el 42.85% de los pacientes del grupo experimental (6 personas), tienen instrucción primaria, mientras que el 57.14% (8 personas) ha terminado la secundaria. En el grupo control, el 50% de los integrantes (2 personas), poseen instrucción primaria y el otro 50% (2 personas), han llegado a terminar la secundaria.

Interpretación: En el gráfico presentado, se puede determinar que la mayoría de los integrantes del grupo experimental, tienen instrucción secundaria, demostrando que existe mayor preparación intelectual que el otro grupo de trabajo. No obstante, en el grupo control, existe igualdad en la cantidad de personas que han terminado la primaria como la secundaria, indicando que poseen bases adecuadas para desenvolverse en la sociedad.

Gráfico: 3.1.5. : Datos de la Ficha Psicológica acerca de la Ocupación del Grupo Experimental y del Grupo Control



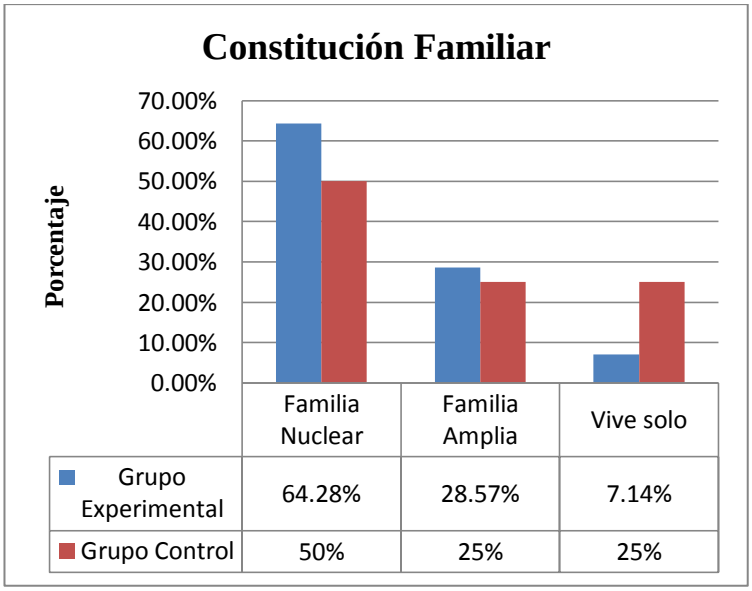
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la presente tabla por Ocupación, las personas jubiladas y que se ocupan en el comercio en el grupo experimental, representan el 28.57% (4 personas) respectivamente, las actividades domésticas se centran en el 35.71% (5 personas), mientras que existe un 7.14% (1 persona) que es chofer profesional. En el grupo control, existen más personas jubiladas con un 50% (2 personas), en tanto las personas que se dedican a las actividades domésticas (1 persona) y al comercio (1 persona), constituyen el 25% respectivamente.

Interpretación: En el gráfico por Ocupación, existe mayor número de personas del grupo experimental que se ocupan de las actividades domésticas, mientras que en el grupo control, hay más personas que son jubiladas. En menor número, se encuentran las personas que se dedican al comercio y que son jubiladas en el grupo experimental, en tanto, en el grupo control, los pacientes que viven del comercio y que se ocupan de las actividades domésticas, son en menor número que las personas jubiladas.

Tabla: 3.1.6.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de la Constitución Familiar del Grupo Experimental y del Grupo Control



Fuente: Ficha Psicológica

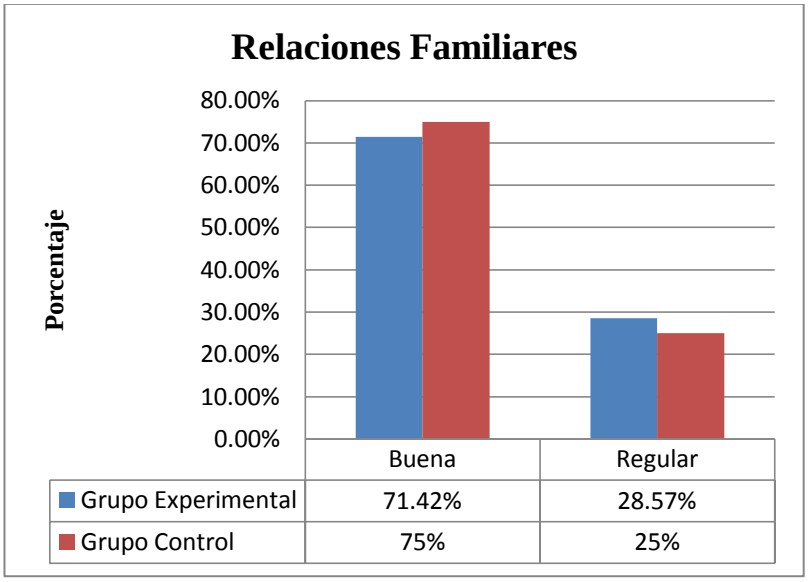
Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla por Constitución Familiar, en el grupo experimental, el 64.28% de los pacientes viven con su familia nuclear (9 personas), el 28.57% comparten el mismo techo con su familia amplia (4 personas), y el 7.14% de ellos, viven solos (1 persona). En el grupo control, se puede observar que al igual que el anterior grupo, la mayoría de ellos viven con sus familias nucleares, en un 50% (2 personas), mientras que el 25% de ellos (1 persona), pertenecen a una familia amplia, y el 25% restante (1 persona), viven solos.

Interpretación: En el gráfico diseñado, se constata que la mayoría de los pacientes que integran los dos grupos de trabajo, viven con sus familias nucleares (esposa, esposo e hijos). En menor número, las personas comparten su techo con sus familias

amplias, es decir con las familias de sus hijos; mientras que unos pocos, viven solos, manifestando soledad y tristeza por no tener a su familia cerca.

Gráfico: 3.1.7.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de las Relaciones Familiares del Grupo Experimental y del Grupo Control



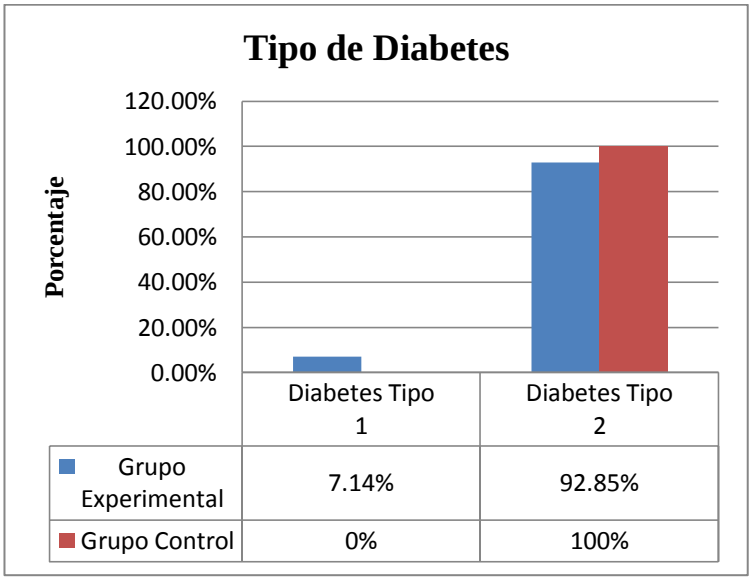
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla por Relaciones Familiares, el 71.42% de los integrantes del grupo experimental (10 personas), poseen una buena relación con los familiares con quienes viven, mientras que el 28.57% restante (4 personas), afirmó tener una relación regular en su entorno familiar. En lo que respecta al grupo control, el 75% de los integrantes (3 personas), presentan una buena relación con sus familiares, mientras que el 25% de ellos (1 persona), afirmaron tener una relación regular con su familia.

Interpretación: En el presente gráfico, se puede observar que tanto en el grupo experimental como en el grupo control, la mayoría de los integrantes presentan una buena relación con sus familiares, mientras que el restante de los pacientes, afirman tener una relación regular en sus familias porque el nivel de comunicación entre ellos es bajo, dificultándoseles dar una solución adecuada a las vicisitudes que se les presenta en el día a día.

Gráfico: 3.1.8.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Tipo de Diabetes del Grupo Experimental y del Grupo Control



Fuente: Ficha Psicológica

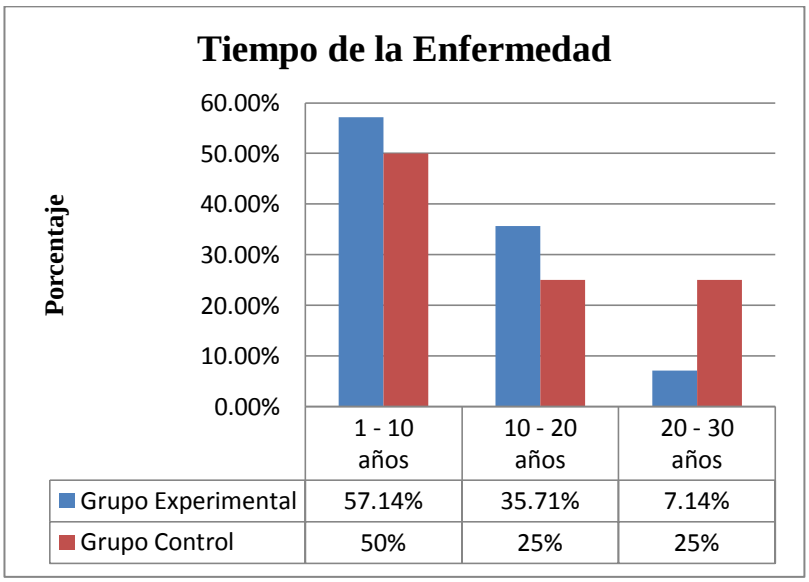
Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla del Tipo de Diabetes, el 92.57% de los pacientes del grupo experimental poseen Diabetes Tipo 2 (13 personas), mientras que el 7.14% restante

(1persona), pertenece a las personas que poseen Diabetes Tipo 1. En el grupo control, el 100% de los integrantes (4 personas), tienen Diabetes Tipo 2.

Interpretación: En el gráfico del Tipo de Diabetes, podemos constatar que en casi su totalidad, tanto los integrantes del grupo control como del experimental, poseen Diabetes Tipo 2. Tan solo un paciente que pertenece al grupo experimental, tiene Diabetes Tipo 1.

Gráfico: 3.1.9.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Tiempo de la Enfermedad del Grupo Experimental y del Grupo Control



Fuente: Ficha Psicológica

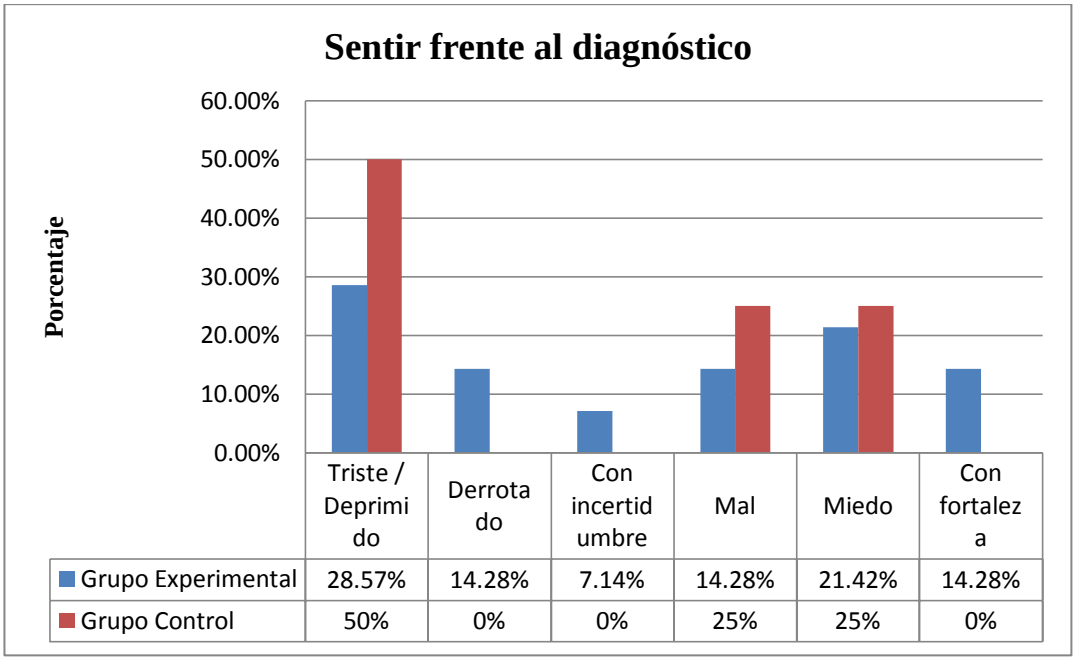
Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla del Tiempo de la Enfermedad, el 57.14% de los integrantes del grupo experimental (8 personas), han convivido con la enfermedad entre 1 – 10 años, el 35.71% de los pacientes (5 personas), la poseen de 10 – 20 años, mientras el

7.14% de ellos (1 persona), viven con la Diabetes hace 20 – 30 años atrás. En el grupo control, en un 50% de ellos (2 personas), poseen la enfermedad de entre 1 – 10 años, el 25% de los pacientes (1 persona), ha estado conviviendo con la diabetes durante 10 -20 años, mientras que el otro 25 % (1 persona), viven con su enfermedad de entre 20 – 30 años.

Interpretación: En el gráfico expuesto, se constata una igualdad entre el grupo experimental y control, al ver que existe mayor índice de convivencia con la enfermedad de entre 1 -10 años, significando, que la adaptación a un nuevo estilo de vida, se ha dado en los últimos tiempos. En menor número se encuentran las personas que han vivido con la Diabetes hace 10 – 20 años, y en menor grado, las personas que tienen la enfermedad hace 20 – 30 años, sin descartar que estas personas aun no se hayan acoplado a los nuevos estilos de vida que exige la Diabetes.

Gráfico: 3.1.10.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Sentir frente a la Enfermedad del Grupo Experimental y del Grupo Control



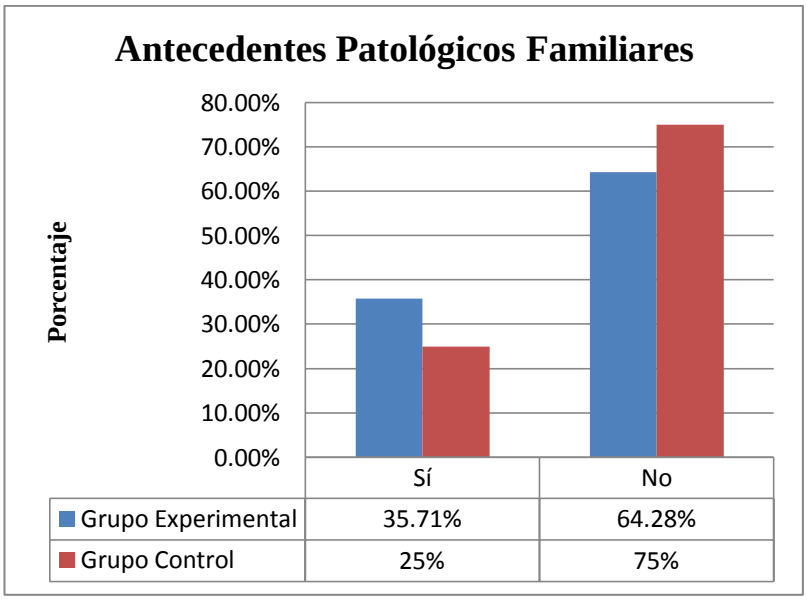
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: El 28.57% de los integrantes del grupo experimental (4 personas), afirmaron que se sintieron tristes y deprimidos al momento de recibir la noticia del diagnóstico, el 21.42% (3 personas), sintieron miedo al no saber qué iba a suceder con sus vidas, el 14.28 % de ellos (2 personas), se sintieron derrotados, mientras que en el otro 14.28% (2 personas), recibieron la noticia con fortaleza; finalmente, el 7.14% (1 persona), tuvieron incertidumbre. En el grupo control, el 50% de los pacientes (2 personas), afirmaron haber experimentado tristeza y depresión al momento de conocer de su enfermedad, el 25% de ellos (1 persona), tuvieron miedo y el otro 25% (1 persona), se sintieron mal frente a la noticia.

Interpretación: En el esquema gráfico por el Sentir frente a la Enfermedad, podemos observar que la tristeza y depresión predominó en la mayoría de los pacientes de los dos grupos de trabajo, dando a notar que el impacto de la notica del diagnóstico, generó en ellos una intensa angustia al enfrentarse una posible muerte. A continuación, en menor número, pero no menos importante, se encuentran las personas que sintieron miedo y se sintieron mal, se vieron derrotados y experimentaron incertidumbre al momento de conocer la enfermedad. Finalmente, tan solo dos personas del grupo experimental afirmaron haber sentido fortaleza al momento de conocer el diagnóstico, armándose de valor para afrontar y adaptarse adecuadamente a los nuevos estilos de vida que exige la Diabetes.

Gráfico: 3.1.11.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de los Antecedentes Patológicos Familiares (familia nuclear) de la Diabetes del Grupo Experimental y del Grupo Control



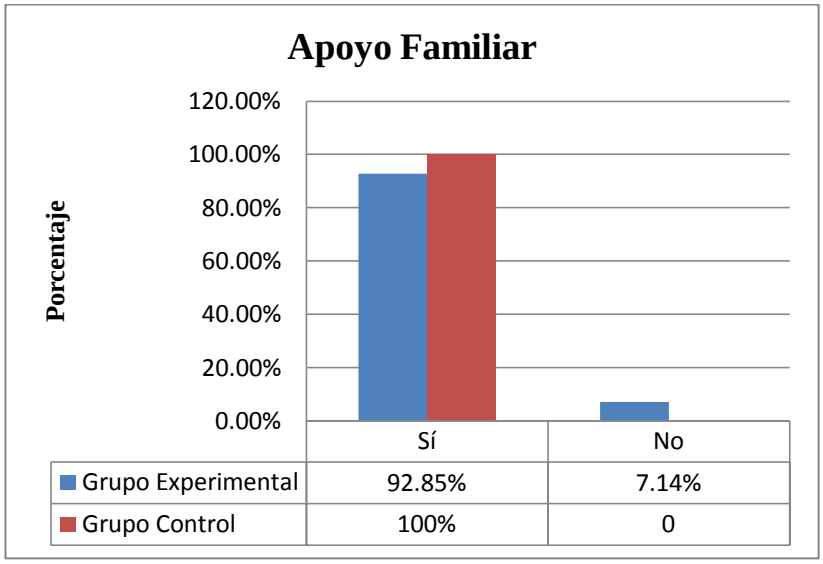
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla de Antecedentes Patológicos en los familiares, el 64.28% de los pacientes que integran el grupo experimental (9 personas), afirmaron que no poseen indicios de diabetes en su familia, mientras que el 35.71% restante (5 personas), poseen familiares que han desarrollado la enfermedad. En el grupo control, ocurre lo mismo que el anterior grupo, el 75% de ellos (3 personas), mencionan que no tienen familiares con esta enfermedad, y que el 25% de los integrantes (1 persona), sí tienen familiares con esta enfermedad.

Interpretación: En el diseño estadístico de Antecedentes Patológicos en la familia, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, la mayoría de sus integrantes no presentan familiares que han desencadenado esta enfermedad, demostrando que no necesariamente se debe heredar la enfermedad para que se la diagnostique. Y en menor grado, existen pacientes que sí poseen familiares que tienen la misma enfermedad de ellos, como sus padres y sus hermanos.

Gráfico: 3.1.12.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Apoyo Familiar en el Grupo Experimental y en el Grupo Control



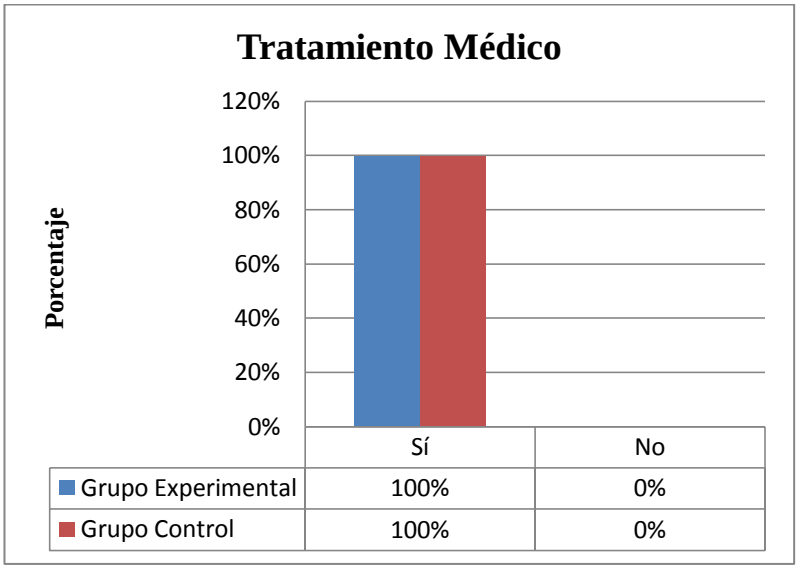
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla de Apoyo Familiar, el 92.85% los integrantes de grupo experimental (13 personas), poseen apoyo económico, emocional y presencial por parte de sus familiares; y el 7.14% de ellos (1 persona), no lo poseen. En el grupo control, el 100% de sus integrantes (4 personas) poseen el apoyo de sus familiares.

Interpretación: En el presente gráfico, podemos observar que en los dos grupos de trabajo, la mayoría de sus integrantes poseen apoyo familiar en los aspectos económico, emocional y presencial, proporcionándoles seguridad para seguir adaptándose de mejor manera a los nuevos estilos de vida que exige la Diabetes. Sin embargo, existe una persona que integra el grupo experimental que no posee apoyo familiar, a pesar de ello, mantiene su entusiasmo por salir adelante junto a su enfermedad.

Gráfico: 3.1.13.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Tratamiento Médico del Grupo Experimental y del Grupo Control



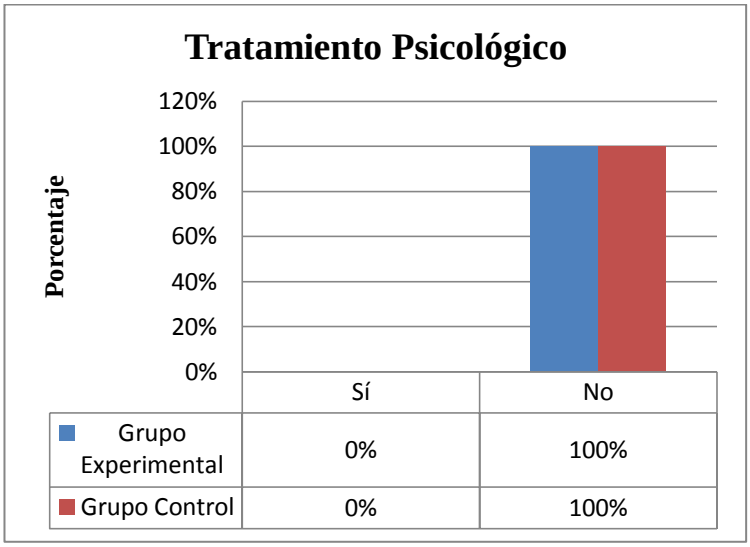
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla por Tratamiento Médico, el 100% de los integrantes del grupo experimental (14 personas), como del grupo control (4 personas), se encuentran bajo tratamiento médico para controlar los niveles de glucosa de su enfermedad.

Interpretación: En la gráfica por Tratamiento Médico, todos los integrantes del grupo experimental como del grupo control, se encuentran recibiendo tratamiento médico con el fin de mantener estables sus niveles de glucosa.

Gráfico: 3.1.14.: Datos de la Ficha acerca del Tratamiento Psicológico del Grupo Experimental y del Grupo Control



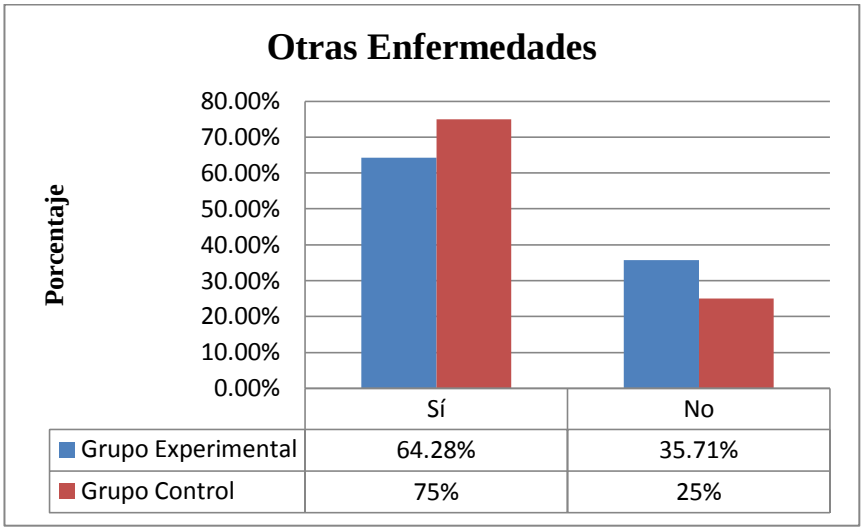
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla por Tratamiento Psicológico, el 100% de los integrantes de los dos grupos de trabajo, no han recibido tratamiento psicológico anteriormente.

Interpretación: En el gráfico estadístico, los integrantes del grupo experimental y del grupo control, no han recibido tratamiento psicológico anteriormente, debido a que no han tenido una adecuada información sobre el soporte emocional que pueden recibir de un psicólogo o psicóloga.

Gráfico: 3.1.15.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de Otras Enfermedades a causa de la Diabetes del Grupo Experimental y del Grupo Control



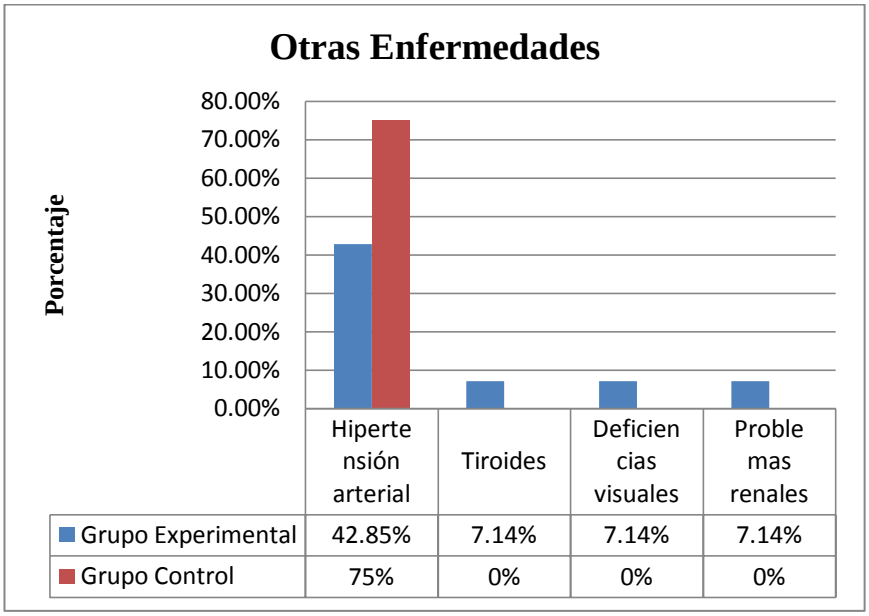
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla por Otras Enfermedades a causa de la Diabetes, en el grupo experimental, el 64.28% de los integrantes (9 personas), afirman haber desarrollado otras enfermedades a raíz de la diabetes; el 35.71% restante (5 personas), mencionan no tener otra enfermedad. En el grupo control, el 75% de los pacientes (3 personas), dicen haber desarrollado otras enfermedades como consecuencia de la diabetes, mientras que el 25% restante de los integrantes (1 persona), dicen no tener más alteraciones en su salud.

Interpretación: En la representación estadística presentada, constatamos que la mayoría de los pacientes que integran el grupo experimental y el grupo control, han desarrollado otra enfermedad a raíz de la Diabetes, mientras que en menor número, el resto de pacientes, afirman no haber adquirido otra enfermedad como consecuencia de sus niveles de glucosa elevados.

Gráfico: 3.1.16.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de Otras Enfermedades a causa de la Diabetes del Grupo Experimental y del Grupo Control



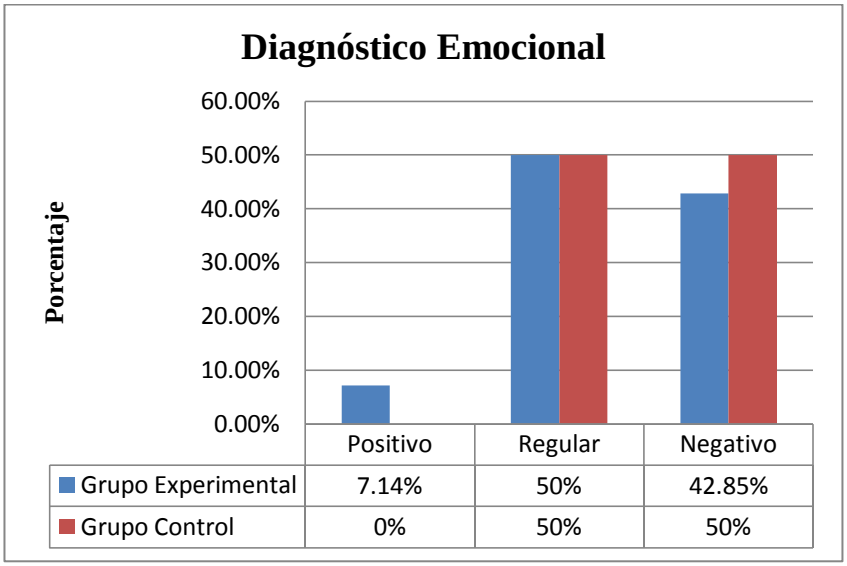
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla de Otras Enfermedades a causa de la Diabetes, el 42.58% de los integrantes del grupo experimental (6 personas), padecen hipertensión arterial; el 7.14% (1 persona), presenta daños en la tiroides, el 7.14% (1 persona) poseen deficiencias visuales y el otro 7.14% (1 persona), tiene problemas renales. En lo que tiene que ver al grupo control, el 100% de los integrantes (4 personas), han desarrollado hipertensión arterial.

Interpretación: En la ilustración estadística de Otra Enfermedad a causa de la Diabetes, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, han desarrollado hipertensión arterial la mayoría de los pacientes. Específicamente en el grupo experimental, existen personas que tienen problemas de tiroides, deficiencias visuales y problemas renales, como consecuencia de esta enfermedad.

Gráfico: 3.1.17.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Diagnóstico Emocional del Grupo Experimental y del Grupo Control



Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

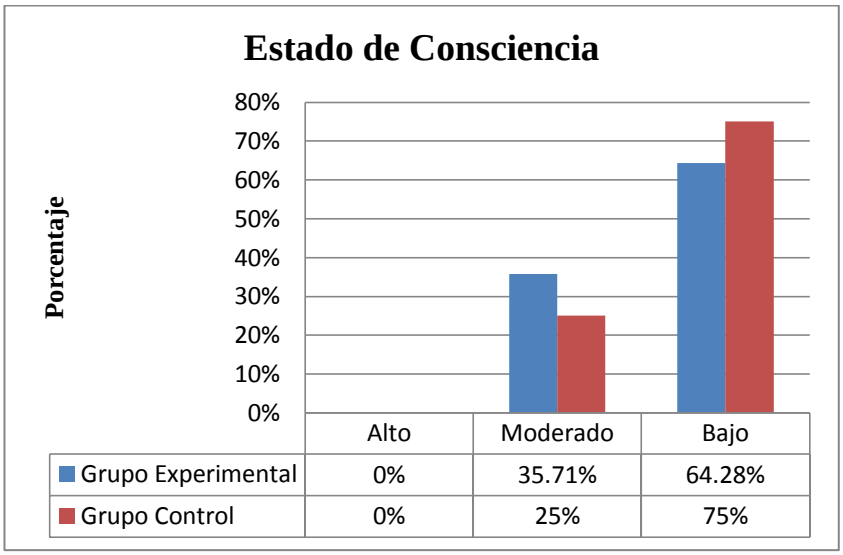
Análisis: En la tabla del Diagnóstico Emocional, el 50% de los integrantes del grupo experimental (7 personas), se autodiagnostican con un nivel emocional regular, el 42.85% de los pacientes (6 personas), se autodiagnostican con un nivel emocional negativo, y el 7.14% restante (1 persona), se autodiagnostican con un nivel emocional positivo. En el grupo control, el 50 % de los pacientes (2 personas), se da un diagnóstico regular, y el 50% restante (2 personas), se da un diagnóstico emocional negativo.

Interpretación: En el gráfico estadístico del Diagnóstico Emocional, la mayoría de los integrantes del grupo experimental se autodiagnostican con un nivel emocional regular, debido a que sus adversidades y pérdidas emocionales han influido directamente con su nivel de satisfacción en sus vidas; casi con el mismo valor del anterior diagnóstico, se encuentran las personas que sienten tener un diagnóstico

emocional negativo, demostrando que su nivel de satisfacción en vida es nulo o casi nulo; y existe tan solo un paciente que está convencido que tiene un diagnóstico positivo, reluciendo un estado emocional estable y siendo capaz de convertir sus adversidades en oportunidades de crecimiento personal.

En el grupo control, existe la misma cantidad de personas que se autodiagnostican con un nivel emocional regular y negativo, reflejando su inestabilidad emocional por no haber podido superar sus pérdidas familiares, emocionales y económicas, impidiéndose a sí mismos experimentar una calidad de vida adecuada, llena de satisfacción y placer.

Gráfico: 3.1.18.: Datos de la Ficha Psicológica acerca del Estado de Consciencia del Grupo Experimental y del Grupo Control



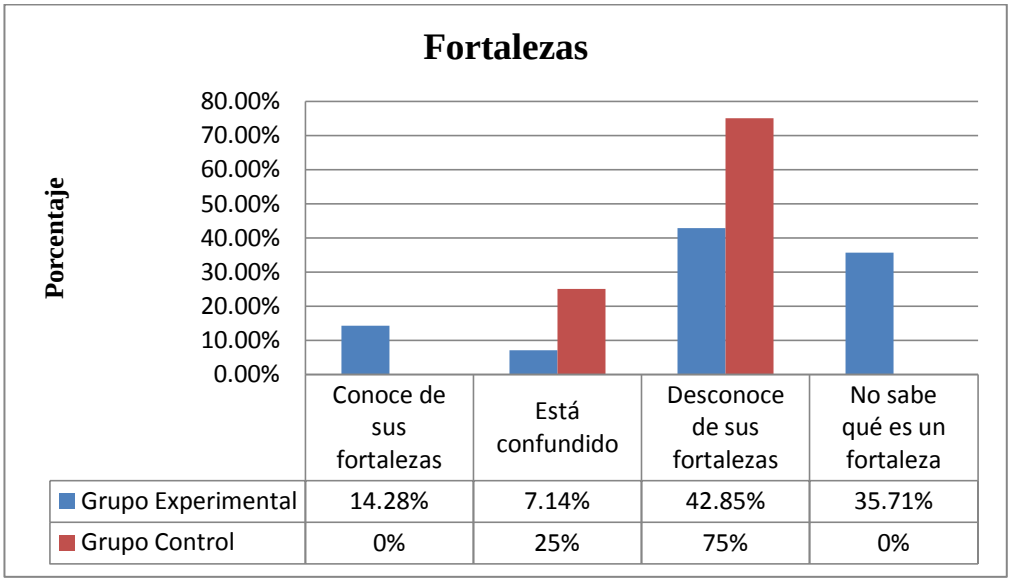
Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: El Estado de Consciencia de cada paciente se lo determinó en base a la pregunta directa al paciente sobre tal aspecto, conociendo que el 64.28% de los integrantes del grupo experimental (9 personas), considera poseer un nivel bajo de consciencia, mientras que el 35.71% restante (5 personas), manifiesta tener un estado de consciencia moderado. En el grupo control, el 75% de los integrantes (3 personas) afirman tener un estado de consciencia baja; y el 25% restante (1 persona), presentan un estado de consciencia moderado.

Interpretación: En el gráfico sobre el Estado de Conciencia, podemos observar que la mayoría de los integrantes del grupo experimental y del grupo control, respondieron a la pregunta directa sobre tal aspecto, certificando que poseen un nivel bajo de estado de consciencia, notando que no han desarrollado una buena concepción de felicidad, sin haber generado placeres en sus vidas que les hayan dejado emociones significativas. En menor número, están las personas que se consideran en un nivel de conciencia moderado, teniendo una noción básica de lo que es felicidad, dando paso a la adquisición de placeres para sus vidas, que les proporcione un estado de satisfacción latente, aunque no en los niveles deseados.

Gráfico: 3.1.19.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de las Fortalezas del Grupo Experimental y del Grupo Control



Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

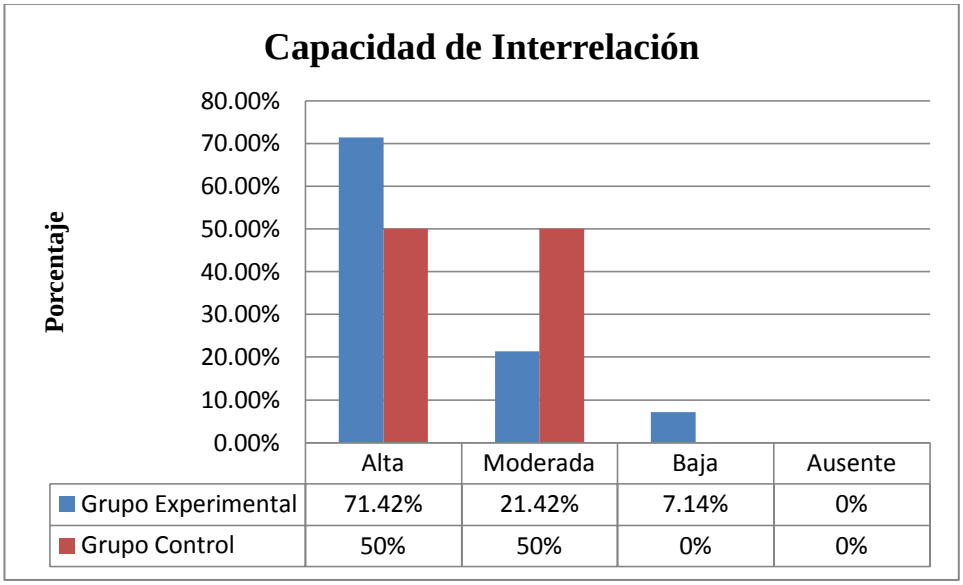
Análisis: En la presente tabla sobre las Fortalezas, el 42.85% de los integrantes del grupo experimental (6 personas), desconoce sus fortalezas; el 42.85% de ellos (6 personas), no saben qué es una fortaleza, mientras que el 14.18% de los pacientes (2 personas), tiene un conocimiento claro sobre sus fortalezas. En el grupo control el 100% de los integrantes (4 personas), desconocen sus fortalezas.

Interpretación: En la presente ilustración gráfica sobre las Fortalezas, en el grupo experimental la mayor cantidad de personas desconoce sus fortalezas, así como una cantidad similar de personas no saben qué es una fortaleza, demostrando que no poseen consciencia de lo que en realidad les ha permitido superar sus problemas personales, e impidiéndose a sí mismos, desarrollar su habilidad y creatividad para dar solución asertiva a las vicisitudes del día a día. En menor número se encuentran

las personas que conocen de sus fortalezas, proporcionándoles una mejor calidad de vida, teniendo en claro cómo han conseguido salir de sus problemas y cómo deben ir desarrollando más sus potencialidades para tener más satisfacción y placer en sus vidas.

En el grupo control, todos los integrantes desconocen sus fortalezas, expresando incertidumbre al momento de preguntarles con qué fortaleza se identifican más para superar las dificultades que se les presenta, generándoles desconcierto por no conocerse a sí mismos.

Gráfico: 3.1.20.: Datos de la Ficha Psicológica acerca de la Capacidad de Interrelación del Grupo Experimental y del Grupo Control



Fuente: Ficha Psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

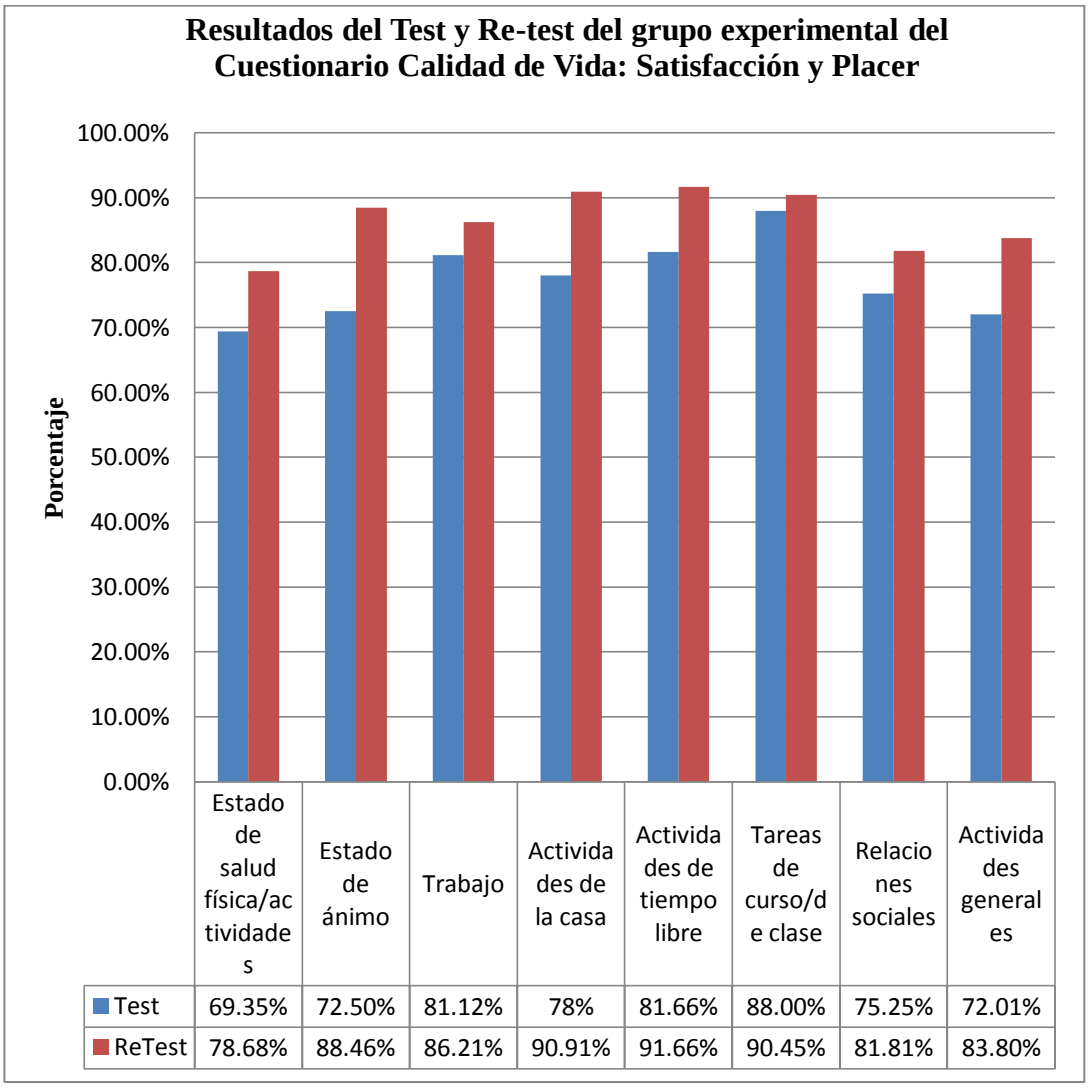
Análisis: En la tabla de Capacidad de Interrelación, el 71.42% de los integrantes del grupo experimental (10 personas), afirmaron poseer una capacidad de interrelación alta; el 21.42% de los pacientes (3 personas), creen tener una capacidad de interrelación moderada, mientras que el 7.14% de ellos (1 personas), piensan que esta capacidad se encuentra en un nivel bajo. En el grupo control, el 50% de los integrantes (2 personas), están conscientes de haber generado una capacidad alta de interrelación, mientras que el 50% restante (2 personas), presenta una capacidad de interrelación moderada.

Interpretación: En el gráfico presentado, podemos notar que tanto en el grupo experimental como en el grupo control, el nivel de interrelación de los integrantes es alto y moderado, demostrando que tienen facilidad para realizar nuevas amistades y pertenecer a grupos, gustando de expresar sus pensamientos, sentimientos y experiencias frente a las personas, con el fin de establecer vínculos estrechos y significativos con quienes consideran que son importantes para sus vidas; sin embargo, existe una personas en el grupo experimental que afirma que su capacidad de interrelación es baja, expresando su gusto por ser observadora de todo lo que pasa a su alrededor, dejando que su participación se dé sólo cuando cree que es indispensable su intervención.

3.10. Análisis e Interpretación de Resultados del Cuestionario sobre la Calidad de vida: Satisfacción y Placer, del Grupo Experimental y del Grupo Control.

3.10.1. Test y Retest del Cuestionario sobre la Calidad de vida: Satisfacción y Placer, del Grupo Experimental.

Gráfico: 3.1.21.: Resultados del Test y Re-test del grupo experimental del Cuestionario Calidad de Vida: Satisfacción y Placer.



Fuente: Cuestionario Calidad de Vida: Satisfacción y Placer.

Elaborado por: Ana Jaramillo

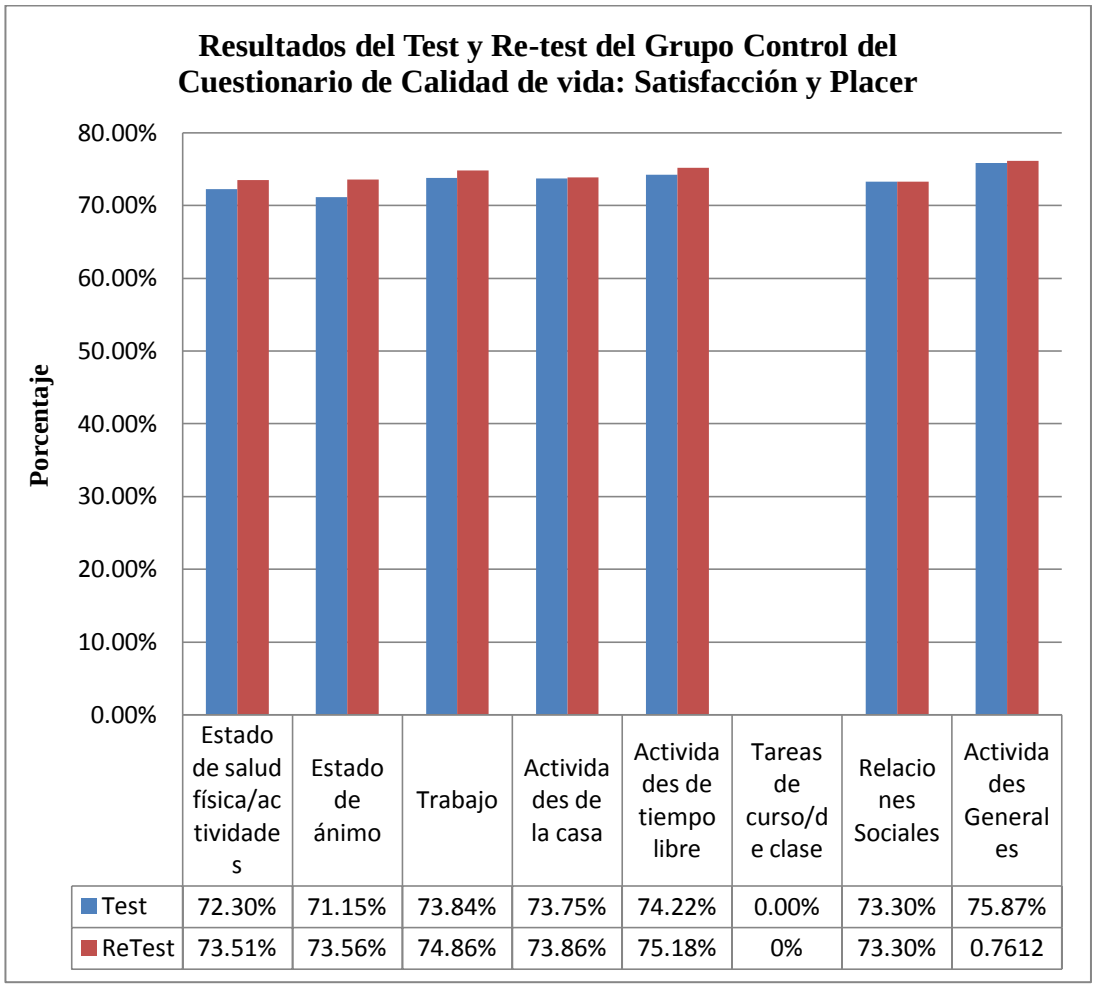
Análisis: En la tabla sobre Test y Retest del Cuestionario de Calidad de vida del grupo experimental, a raíz de la primera y segunda evaluación podemos observar que en todas las áreas hay un incremento considerable de satisfacción y placer. De este modo, vemos que el área de estado de salud física/actividades, en un inicio estaba con el 69.35% y actualmente llega a un 78.68%, obteniendo un incremento del 9.33%. En el área de estado de ánimo, inició con el 72.50% para terminar con el 88.46%, incrementando en un 15.96%. En el área del trabajo, en el comienzo de la terapia estuvo con un 81.12%, al final del proceso se encuentra con 86.21%, incrementando el 5.09%. Frente a el área de actividades de la casa, podemos observar que un inicio estaba con el 78% y actualmente está con el 90.91%, teniendo un incremento del 12.91%. El área de actividades de tiempo libre, tenía un porcentaje del 81.66%, llegando a un 91.66%, con el incremento del 10%. Con respecto al área de tareas de curso/clase, poseía un 88% y en el re test obtiene el 90.45%, subiendo tan solo el 2.45%. En el área de relaciones sociales obtuvo el 75.25%, alcanzando el 81.81% al final de la terapia, incrementando el 6.56%. Finalmente, el área de actividades generales inició con el 72.01% y termina con el 83.80%, incrementando el 11.79% de satisfacción y placer.

Interpretación: En la presente ilustración gráfica del grupo experimental, como resultado de test y del retest, observamos que se dio un incremento significativo en la calidad de vida de los integrantes del grupo, dando a conocer que el nivel de satisfacción y placer, les está permitiendo florecer sus seres. El área que tiene el mayor incremento de satisfacción y placer es la del estado de ánimo, constatando la calidad de vida que poseen en la actualidad los integrantes del presente grupo, permitiéndoles tener una visón mucho más positiva, clara y amigable de su entrono y

de sus adversidades. Seguido de esta área se encuentra tareas de la casa, demostrando que poseen gran satisfacción por la producción que dan en sus hogares por medio de los quehaceres y sobre todo, de darse la oportunidad de vivir en un ambiente que sea acorde al nuevo estado de ánimo en el que se encuentran. A continuación, podemos encontrar el área de actividades generales, constatando que si el estado de ánimo es equilibrado, todas las áreas en las que se desenvuelva la persona, empiezan a evolucionar significativamente. Después, tenemos el área de actividades de tiempo libre, denotando el gusto y el agrado por generar tiempos de recreación, con el fin de tener tiempos totalmente dedicados para ellos mismos. Inmediatamente, encontramos el área de salud física, demostrando que la alta tendencia de somatización que poseían se ha ido reduciendo, a raíz de que su pensamiento ha empezado a ser positivo. A continuación, observamos el área de relaciones sociales, dando paso a que abran sus pensamientos, sentimientos y deseos al resto de personas, dejando a un lado los estereotipos sociales, e incrementando su confianza en el ambiente en el que se desarrollan. Finalmente, encontramos las dos áreas, trabajo y tareas de curso/clase, que poseen el menor incremento de satisfacción y placer, sin dejar de ser importante el progreso de las personas en las mismas, demostrando que ellos pueden solventar las deudas que sus negocios exigen, con buena actitud y con una posición positiva frente a las adversidades.

3.11. Test y Retest del Cuestionario sobre la Calidad de vida: Satisfacción y Placer, del Grupo Control.

Gráfico: 3.1.22.: Resultados del Test y Re-test del Grupo Control del Cuestionario de Calidad de vida: Satisfacción y Placer



	Estado de salud física/actividades	Estado de ánimo	Trabajo	Actividades de la casa	Actividades de tiempo libre	Tareas de curso/de clase	Relaciones Sociales	Actividades Generales
Test	72.30%	71.15%	73.84%	73.75%	74.22%	0.00%	73.30%	75.87%
ReTest	73.51%	73.56%	74.86%	73.86%	75.18%	0%	73.30%	0.7612

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida: Satisfacción y Placer

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla sobre Test y Retest del Cuestionario de Calidad de Vida del grupo control, observamos que el área de salud física/actividades, ha iniciado con el

72.30% y termina con el 73.51%, obteniendo un incremento del 1.21%. En el área de estado de ánimo, inició con el 71.15% para terminar con el 73.56%, incrementando en un 2.69%. En el área del trabajo, a inicios del proceso de psicoeducación estuvo con un 73.84%, al final del proceso se encuentra con 74.86%, incrementando el 1.02%. Frente a el área de actividades de la casa, podemos observar que un inicio estaba con el 73.75% y actualmente está con el 73.86%, teniendo un incremento del 0.11%. El área de actividades de tiempo libre, tenía un porcentaje del 74.22%, llegando a un 75.18%, con el incremento del 1.04%. En el área de relaciones sociales obtuvo el 73.30% y manteniéndose con el mismo porcentaje al final del proceso de psicoeducación. Finalmente, el área de actividades generales inició con el 75.87% y termina con el 76.12%%, incrementando el 1.15% de satisfacción y placer. Cabe recalcar que todas las personas que integran el grupo control, no se encuentran estudiando por la edad que tienen. Es por esta razón que no se tiene el porcentaje de satisfacción en esta área.

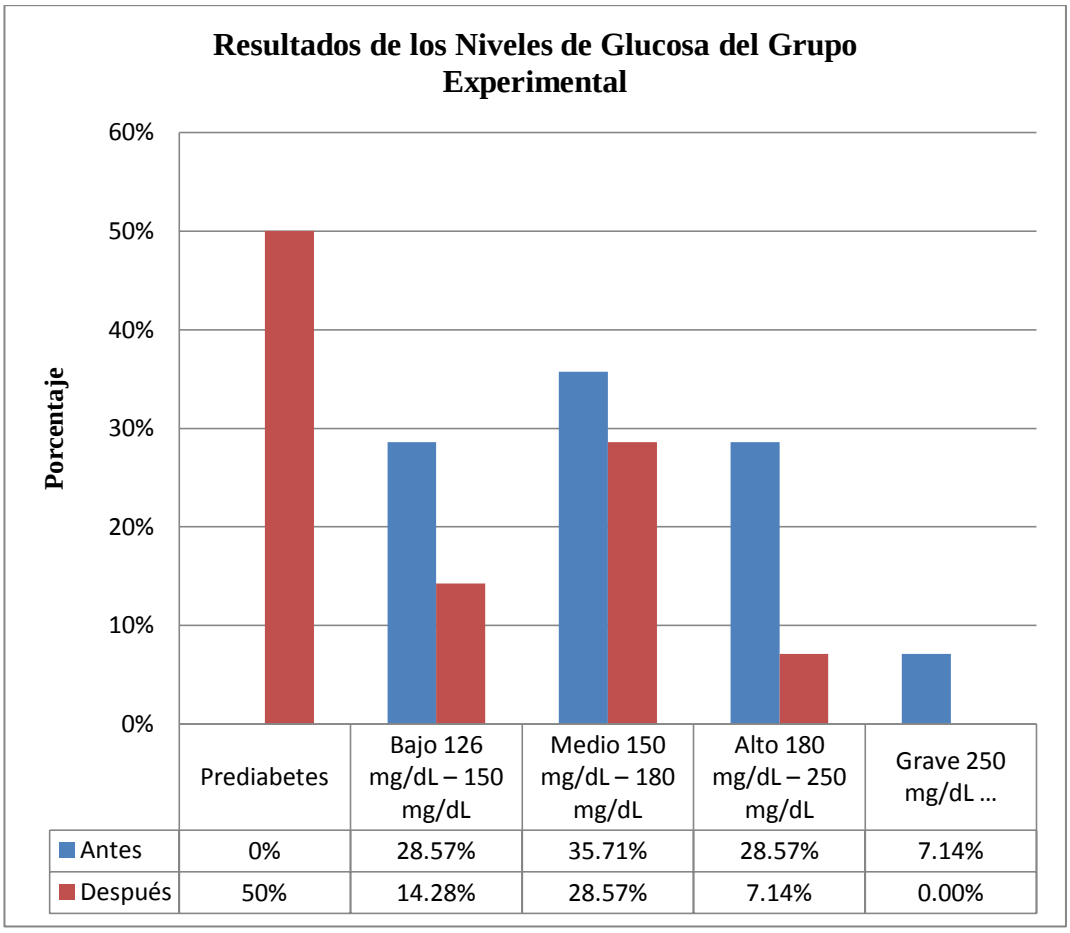
Interpretación: En el gráfico presentado, notamos que a raíz de la primera y segunda evaluación, se da un ligero incremento en algunas áreas, mientras que en otras se mantiene el mismo porcentaje de satisfacción de vida con el que iniciaron el proceso de psicoeducación. Siendo así, observamos que el área que tuvo un incremento un poco más notable que el resto de áreas, es la del estado de ánimo, reflejando un leve cambio en el sentir de las adversidades que se presentan en sus vidas. Seguida a ésta, se encuentra la salud física/ actividades, mejorándola en un rango muy limitado, y manteniendo en cierto modo el nivel de somatización con el que iniciaron el proceso de psicoeducación. A continuación, observamos el área de actividades generales, demostrando un ligero incremento en la satisfacción en esta

área. Inmediatamente tenemos actividades de tiempo libre, dando a notar que su interés por acudir a esos espacios, no se ha incrementado favorablemente. Finalmente, con el menor nivel de satisfacción y placer, se encuentra el área del trabajo y de actividades de la casa, permitiéndonos saber que con el proceso de psicoeducación, prácticamente no se consiguió aumentar el nivel de satisfacción y placer de las personas, en las distintas actividades que hacen en el día a día, demostrando que su calidad de vida, prácticamente se mantuvo en el mismo nivel con el que se inició el proceso de psicoeducación.

3.12. Análisis e Interpretación de Resultados del Nivel de Glucosa del Grupo Experimental y del Grupo Control.

3.12.1. Resultados de los Niveles de Glucosa del Grupo Experimental

Gráfico: 3.1.23.: Resultados de los Niveles de Glucosa del Grupo Experimental.



Fuente: Base de datos del Equipo Médico del Hospital Municipal

Elaborado por: Ana Jaramillo

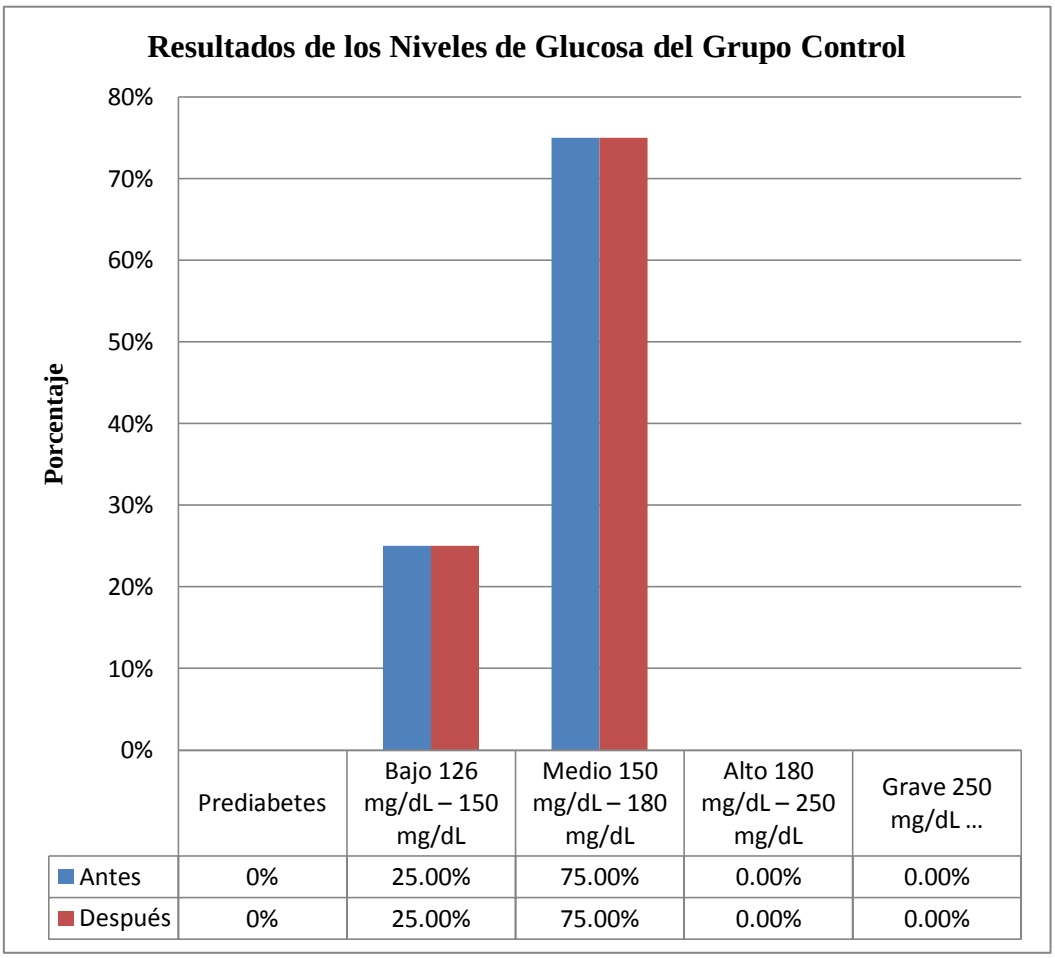
Análisis: Antes de la intervención psicológica, los integrantes del grupo experimental iniciaron con los siguientes niveles de glucosa: el 28.57% de ellos (4 personas), presentaban niveles de glucosa bajos (126 mg/dL – 150 mg/dl); el 35.71%

(5 personas), poseían un nivel medio de glucosa (150 mg/dL – 180 mg/dL), mientras que el 28.57% de los pacientes (4 personas), tenían niveles altos (180 mg/dL – 250 mg/dL). Finalmente, existía un 7.14% (1 persona), que poseían un nivel grave de glucosa que va de 250 mg/dL en adelante. Después de la terapia psicológica, los pacientes presentan los siguientes niveles de glucosa: el 50% de ellos (7 persona), se encuentran en el rango de prediabetes (110 mg/dL – 125mg/dL); el 14.28% (2 persona), presenta niveles de glucosa bajos (126 mg/dL – 150 mg/dl); el 28.57% (4 personas) poseen un nivel medio de glucosa (150 mg/dL – 180 mg/dL), mientras que el 7.14% de los pacientes (1 persona), tienen niveles altos (180 mg/dL – 250 mg/dL).

Interpretación: En el presenta gráfico, claramente se puede observar que después de la terapia psicológica, los niveles de glucosa de todos los integrantes disminuyeron notablemente. Es así, que existe el 50% de ellos (7 personas), que consiguieron disminuir sus niveles de glucosa al rango de prediabetes, reafirmando que el nivel de calidad de vida que poseen en la actualidad, influye directamente en su estado de salud. De las 4 personas que se encontraban en un nivel bajo de glucosa, actualmente existen dos personas. En el nivel medio, están 4 personas de las 6 que se encontraban anteriormente, mientras que en el nivel alto, se encuentra una persona de las 4 que existían allí. Finalmente, ya no existen personas en el nivel grave, siendo notorio el progreso que han tenido los pacientes a raíz del proceso psicológico, afirmando que el pensamiento positivo genera una buena calidad de vida, permitiendo el florecimiento del ser interior de cada uno de ellos.

3.12.2. Resultados de los Niveles de Glucosa del Grupo Control

Gráfico: 3.1.24.: Resultados de los Niveles de Glucosa del Grupo Control.



Fuente: Base de datos del Equipo Médico del Hospital Municipal

Elaborado por: Ana Jaramillo

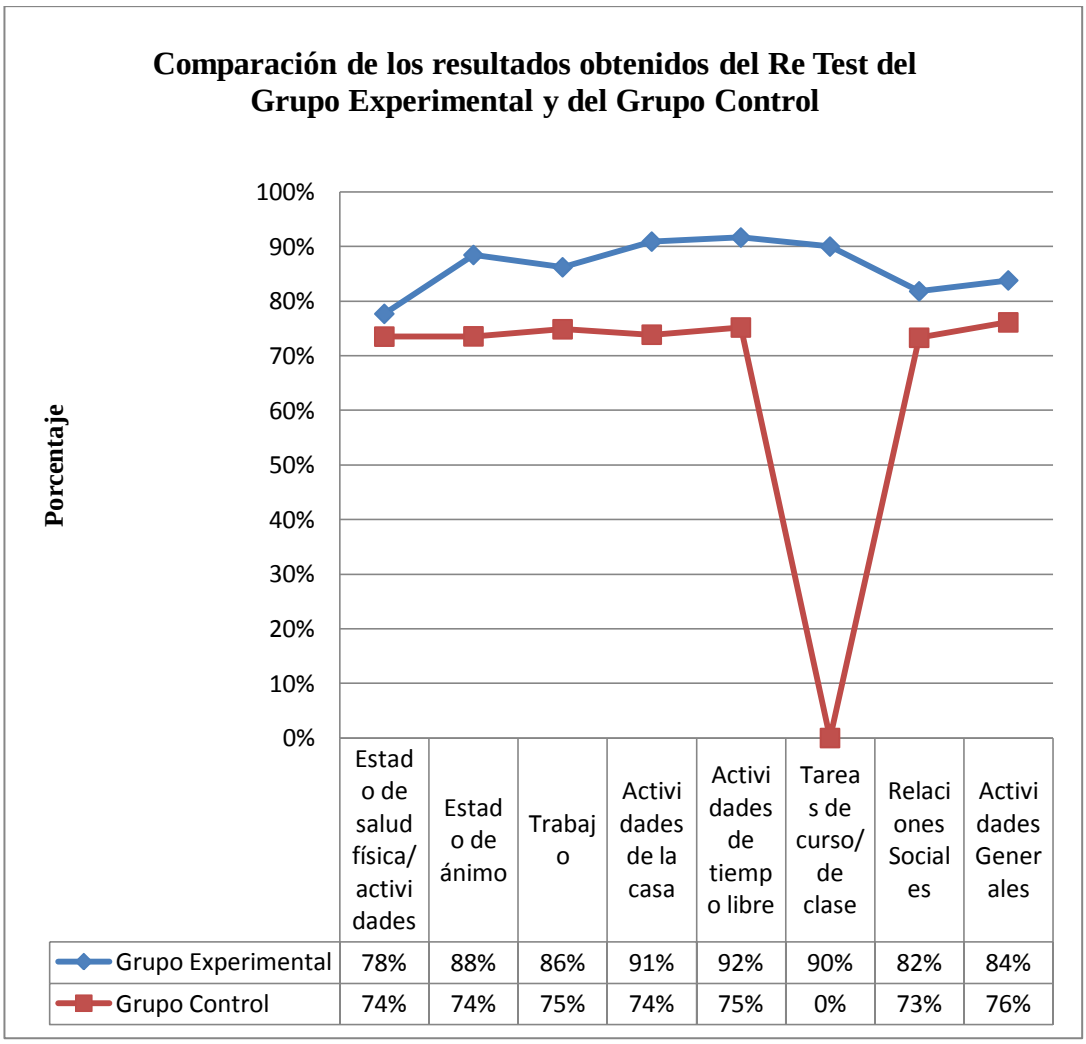
Análisis: Antes de dar inicio con el proceso de psicoeducación, los integrantes del grupo control iniciaron con los siguientes niveles de glucosa: el 25% de los pacientes (2 personas), presentaban niveles de glucosa bajos (126 mg/dL – 150 mg/dl), mientras que el 75% de ellos (3 personas) tenían un nivel medio de glucosa (150

mg/dL – 180 mg/dL). Después del proceso de psicoeducación, los pacientes del grupo control, terminaron con los mismos niveles de glucosa con los que iniciaron.

Interpretación: En la ilustración gráfica presentada, notamos que los niveles de glucosa de los integrantes del grupo control, no se modificaron después de haber desarrollado el proceso de psicoeducación. Es decir, que el nivel de calidad de vida de los pacientes, no se encuentra en parámetros adecuados, para que haya un impacto considerable en la salud de cada uno de ellos, y que sus niveles de glucosa disminuyan.

3.13. Comparación de los resultados obtenidos del Re Test del Cuestionario sobre la Calidad de Vida: Satisfacción y Placer, del Grupo Experimental y del Grupo Control, después de la terapia psicológica.

Gráfico: 3.1.25.: Comparación de los resultados obtenidos del Re Test del Grupo Experimental y del Grupo Control



Fuente: Cuestionario de Calidad de vida: Satisfacción y Placer

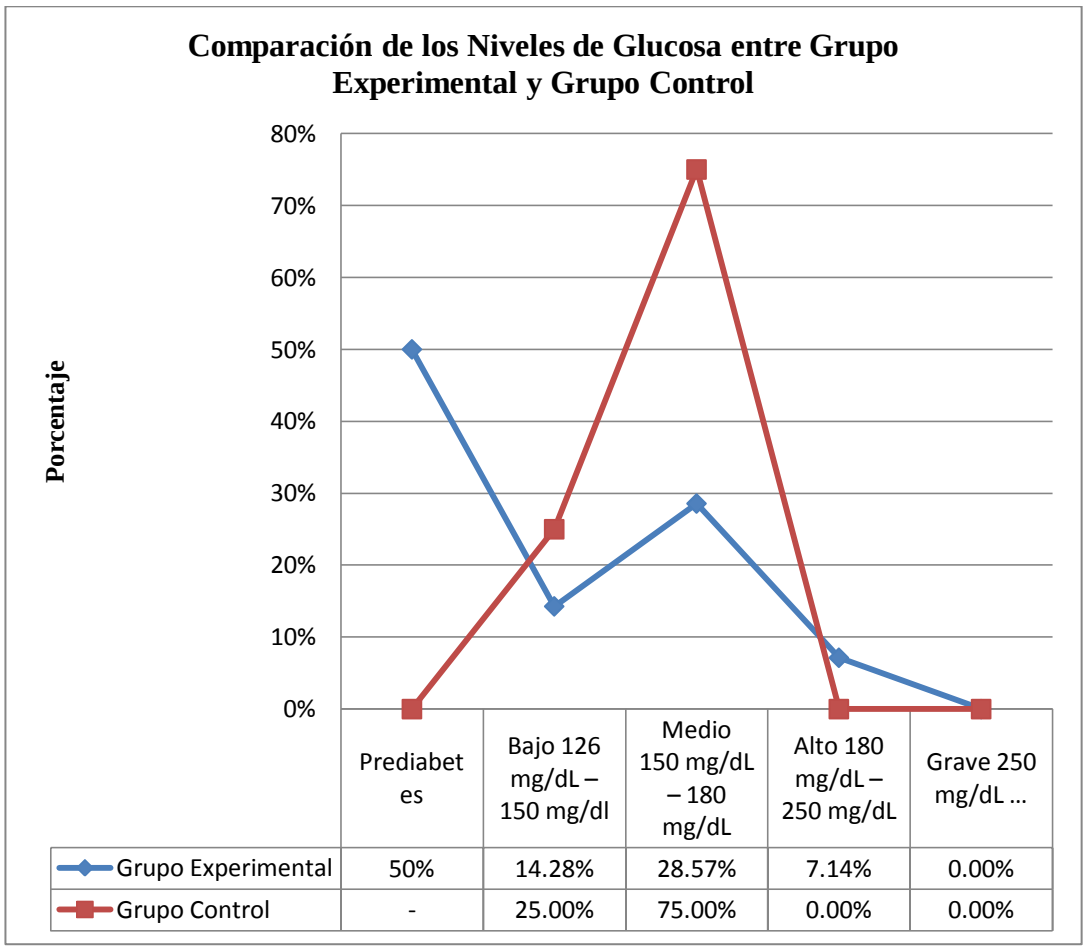
Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la tabla expuesta, vemos que en el área del estado de salud física/actividades, los integrantes del grupo experimental llegaron a un 78%, mientras que los integrantes del grupo control, obtuvieron el 74% de satisfacción y placer, después de haber pasado por la terapia psicológica y por el proceso de psicoeducación. En el área de estado de ánimo, el grupo experimental obtuvo el 86% y el grupo control tiene el 75%; en el área de trabajo, el grupo experimental presenta el 86%, mientras que en el grupo control posee el 75%; en actividades de la casa, el grupo experimental tiene el 91% y el grupo control terminó el proceso de psicoeducación con el 74%; en actividades de tiempo libre, el grupo experimental consiguió un 92%, en tanto que el grupo control obtuvo el 75% de satisfacción y placer; en tareas de curso/de clase, el grupo experimental tiene el 90% y el grupo control posee el 0% debido a que ningún integrante de este grupo se encuentra estudiando; frente a las relaciones sociales, el grupo experimental presenta el 82%, mientras que el grupo control obtuvo el 73%; finalmente, en el área de actividades generales, el grupo experimental alcanzó el 84% y el grupo control, obtuvo el 76%.

Interpretación: En la presente ilustración gráfica, podemos observar que la terapia psicológica, motivó a que los pacientes incrementen notablemente su calidad de vida y alcancen mayor satisfacción y placer en cada una de las áreas que se les evaluó, en comparación de los integrantes del grupo control, ya que con el proceso de psicoeducación, no se consiguió resultados adecuados para la adquisición de un pensamiento positivo, que les permita vivir en felicidad y armonía consigo mismos y con su entorno.

3.14. Comparación de los resultados obtenidos al final de la terapia psicológica de los Niveles de Glucosa entre el Grupo Experimental y el Grupo Control

Gráfico 3.1.26.: Comparación de los Niveles de Glucosa entre el Grupo Experimental y el Grupo Control, después de la terapia



Fuente: Cuestionario de Calidad de vida: Satisfacción y Placer

Elaborado por: Ana Jaramillo

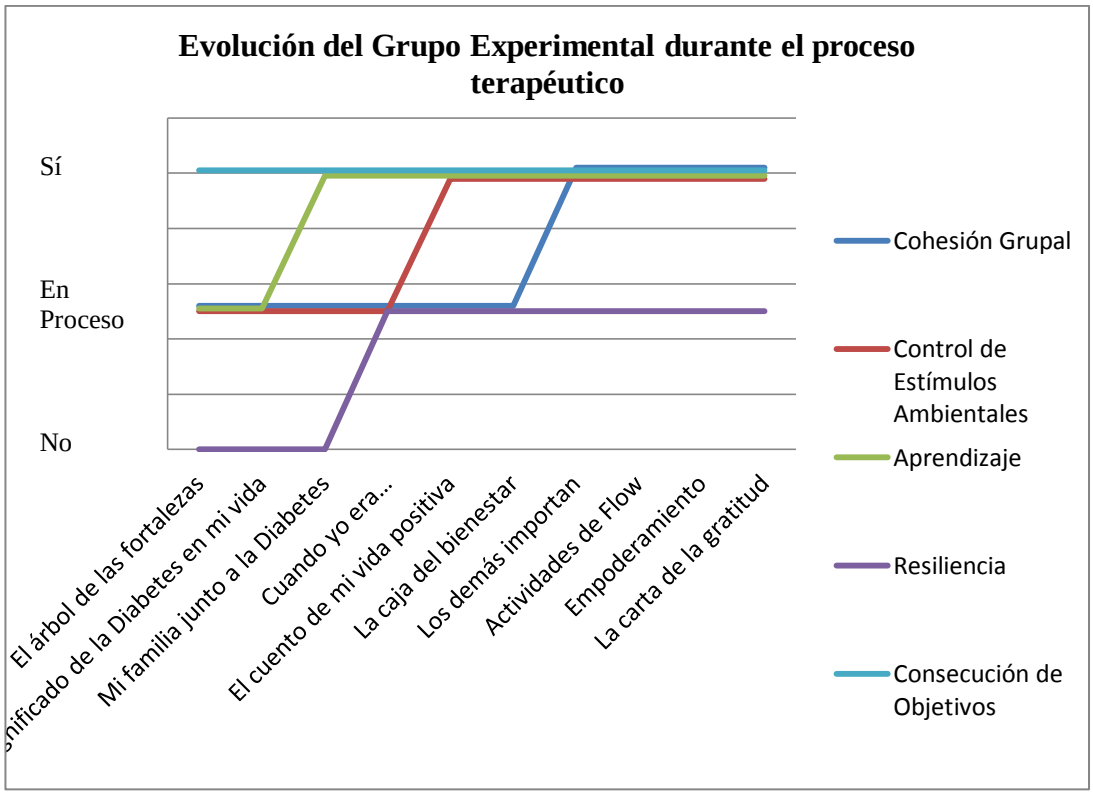
Análisis: En la presente tabla, se observa que existe el 50% de los pacientes (7 personas) del grupo experimental, que se encuentran en el rango de prediabetes, mientras que en el grupo control, ningún paciente está en este nivel. El 14.28% (2 persona) del grupo experimental, posee un bajo nivel de diabetes, y en el grupo control, vemos que el 25% de ellos (1 persona), están en este nivel. El 28.57% del grupo experimental (4 personas), se encuentran en un nivel medio, mientras que en el grupo control, existe el 75% de la población (3 personas), que están en este mismo nivel. Finalmente, vemos que hay el 7.14% (1 persona), en el nivel alto y el 0% en el nivel grave de glucosa del grupo experimental; mientras que en el grupo control no hay personas que se encuentren dentro de esto dos últimos niveles.

Interpretación: En la ilustración gráfica presentada, claramente observamos que los niveles de glucosa de los pacientes que integran el grupo experimental, son más bajos que los niveles de glucosa de los integrantes del grupo control. Esto se debió a que las personas del grupo experimental, recibieron terapia psicológica bajo el enfoque de Psicología Positiva, generando en cada uno de ellos un nivel de calidad de vida estable, consiguiendo que sientan satisfacción y placer por la realización de sus actividades diarias, dando paso al florecimiento de sus seres y a una visión positiva de su enfermedad. Todo esto dio paso a que sus niveles de glucosa disminuyan progresivamente. El proceso de psicoeducación, no generó el mismo impacto que la terapia, ocasionando que los pacientes no disminuyan sus niveles de glucosa.

3.15. Evolución del Grupo Experimental y Grupo Control durante el Proceso de Intervención con Psicología Positiva Grupal y Psicoeducación.

3.15.1. Evolución del Grupo Experimental durante el Proceso Psicológico

Gráfico 3.1.27.: Evolución del Grupo Experimental durante el Proceso Psicológico



Fuente: Ficha de evaluación de la intervención psicológica

Elaborado por: Ana Jaramillo

Apreciación: Durante el proceso psicológico, bajo el enfoque de Psicología Positiva, podemos observar en la presente ilustración gráfica, que el nivel de cohesión grupal

con el que iniciaron los integrantes del grupo experimental fue muy aceptable, aunque existían ocasiones que se daban ciertos individualismos. A pesar de ello, el nivel de cohesión se incrementó a partir de la terapia La caja de bienestar, llegando a afianzarse una relación de contención, de ayuda y soporte emocional entre unos y otros. Esto se dio por medio de ser escuchados incondicionalmente, sintiendo que pertenecen a un grupo social, que les da la oportunidad de ser quiénes en realidad son.

El control de estímulos ambientales ya era aceptable al inicio de la terapia, aunque existía momentos en que se dejaban influenciar por noticias desequilibrantes, llegando a experimentar tristeza debido al pensamiento pesimista que poseían. A partir de la terapia Mi familia junto a la diabetes, empezaron a tener un control mucho más claro frente a los estímulos ambientales, desarrollando la capacidad de controlar sus estímulos personales y de manejar la presión social, permitiéndoles ser certeros al momento de dar solución positiva a los problemas que se trataban en cada encuentro.

De igual manera que en los anteriores parámetros, los pacientes iniciaron las terapias con un nivel aceptable de aprendizaje, captando el mensaje que se les daba al culminar cada encuentro. En la segunda terapia, El significado de la diabetes en mi vida, fue notable el incremento de la capacidad de aprendizaje, en la medida que la retroalimentación que elaboraban, era en base a ejemplos que daban a raíz de lo que se les iba explicando durante la terapia.

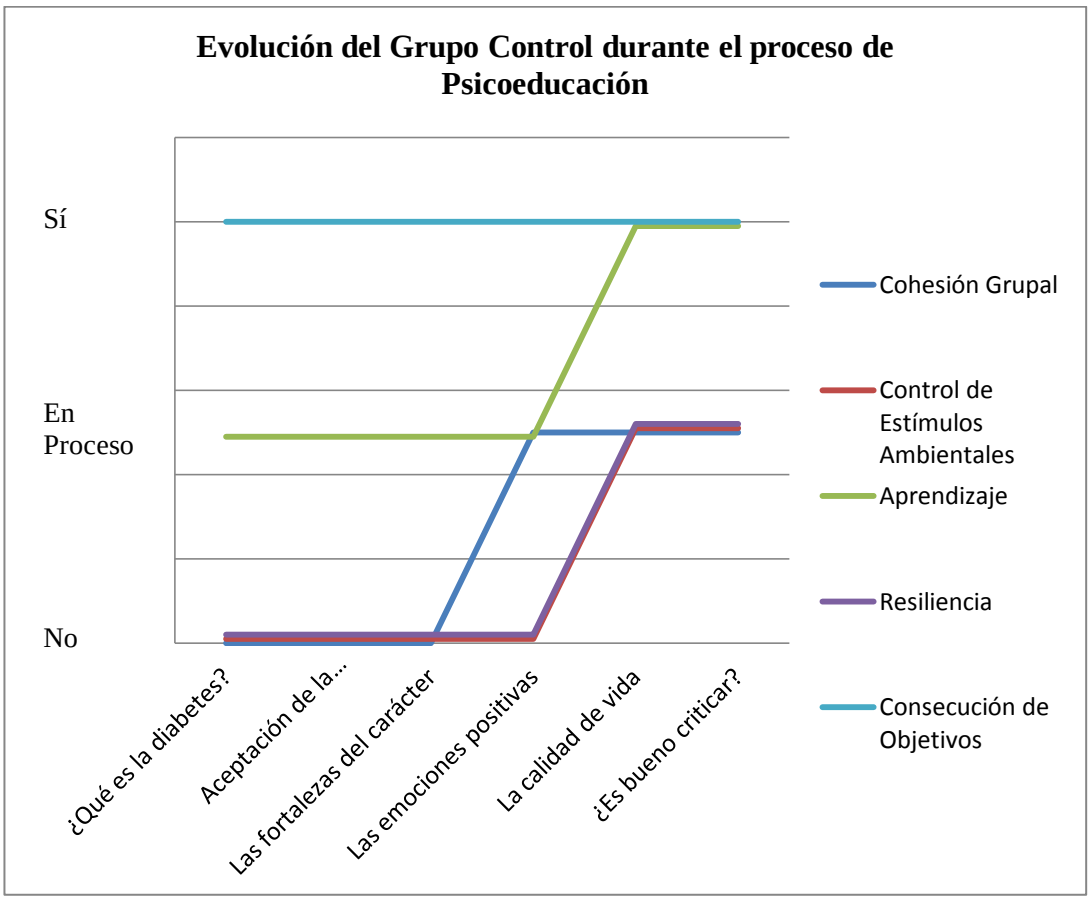
Al inicio de la terapia, la resiliencia se encontraba seriamente comprometida, tenían un pensamiento negativo y pesimista sobre su enfermedad y sus problemas personales. A partir de la terapia Mi familia junto a la diabetes, la capacidad de

los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas, fue incrementando conforme pasaba el tiempo, desarrollando un sentido de vida positivo. Cabe recalcar que la resiliencia aun debe seguir desarrollándose, pues existen momentos en los que se siguen victimizando por las adversidades que llegan a sus vidas.

Finalmente, la consecución de objetivos se cumplió en su totalidad desde el inicio del proceso terapéutico, y ésta es la razón por la que los pacientes al final de las terapias, obtuvieron el incremento de satisfacción y placer, desarrollando una calidad de vida estable y aceptable, dando paso a la disminución de sus niveles de glucosa.

3.15.2. Evolución del Grupo Control durante el proceso de Psicoeducación

Gráfico 3.1.32.: Evolución del Grupo Control durante el proceso de Psicoeducación



Fuente: Ficha de evaluación del proceso de psicoeducación

Elaborado por: Ana Jaramillo

Apreciación: Durante el proceso de Psicoeducación, podemos observar en el presente gráfico, que los niveles de cohesión grupal, control de estímulos ambientales y de resiliencia con los que iniciaron los integrantes del grupo control, no eran adecuados, debido a que existían individualidades entre ellos y mucha victimización frente a sus problemas personales. A pesar de ello, estos parámetros se fueron incrementando a partir de las sesiones de Las fortalezas del carácter y de Las

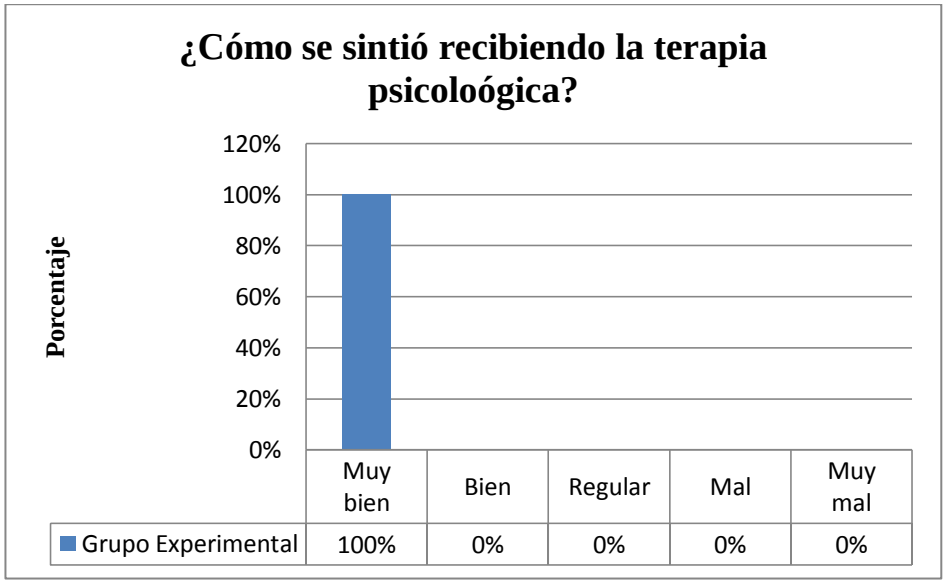
emociones positivas, llegando a experimentar leves indicios de pertenencia grupal, lo cual permitió que florezcan sus habilidades sociales, en la medida que empezaron a compartir experiencias personales, proporcionándoles cierta capacidad para enfrentar la presión social y dar solución adecuada a los problemas que tenían es esos momentos. Cabe recalcar, que el nivel de los parámetros mencionados, continúan incrementándose, dándoles la oportunidad de seguir afianzando su calidad de vida junto a una visión positiva de las adversidades.

Frente al aprendizaje, los integrantes del grupo captaron el mensaje que se les daba al culminar cada encuentro. Esto iba incrementando conforme se continuaba con el proceso, lo cual se notaba en la retroalimentación que lograban, la misma que se basaba en una mejor elaboración de la información que se les impartía en los talleres.

Finalmente, la consecución de objetivos se cumplió en su totalidad desde el inicio del proceso de psicoeducación, y ésta es la razón por la que los pacientes incrementaron en cierta medida, aunque mínima, un pensamiento positivo, el mismo que lo utilizan en sus vidas diarias.

3.16. Encuesta dirigida a los pacientes del Grupo Experimental

Gráfico: 3.1.37.: Pregunta cerrada de la encuesta al Grupo Experimental



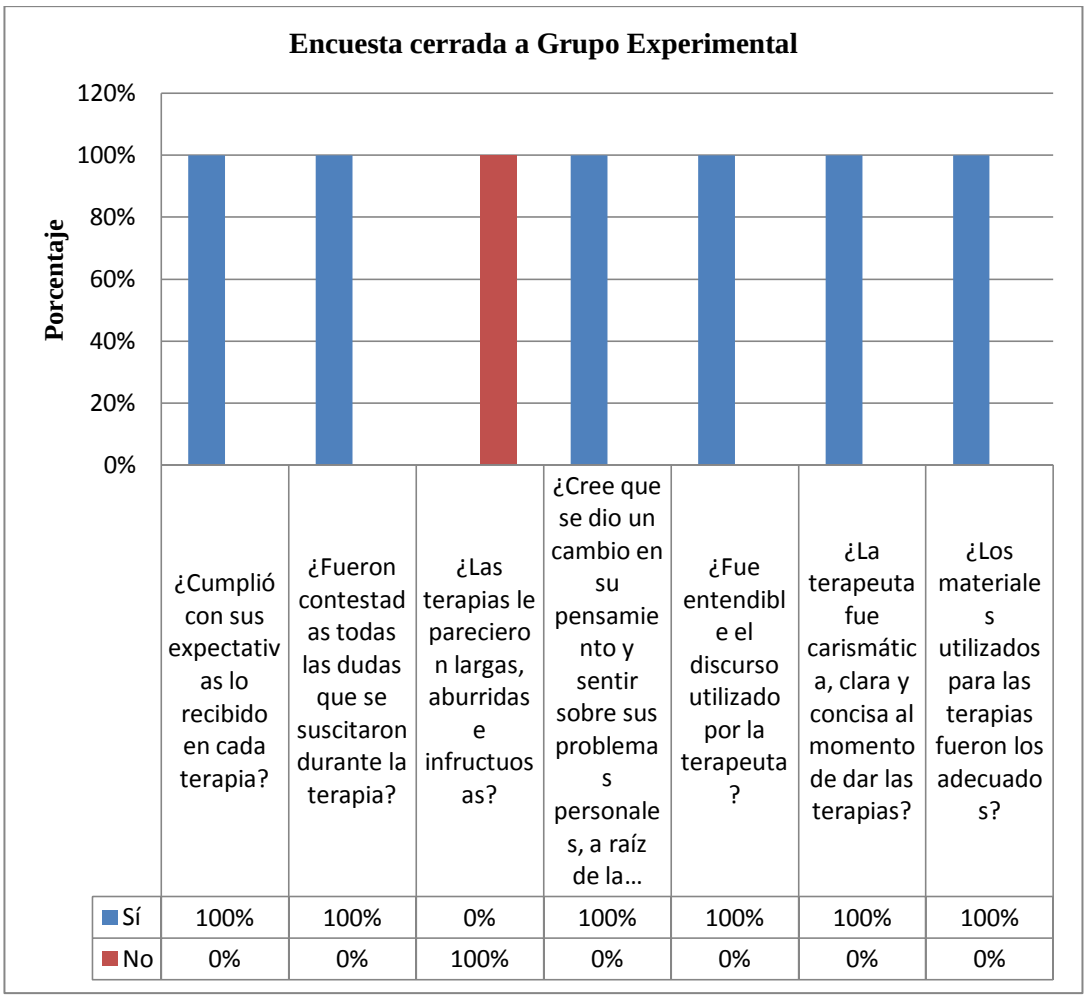
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: Mediante el gráfico presentado, podemos observar que el 100% de los encuestados del grupo experimental (14 pacientes), manifestaron haberse sentido muy bien recibiendo el proceso psicológico.

Interpretación: En la ilustración gráfica, notamos que todos los integrantes del grupo experimental, gustaron de participar en los encuentros terapéuticos, sintiéndose acogidos, comprendidos y apoyados incondicionalmente, brindándoles herramientas adecuadas para que procuren su satisfacción y placer en todas sus actividades diarias, obteniendo una mejor calidad de vida.

Gráfico: 3.1.38.: Preguntas cerradas de la encuesta al Grupo Experimental



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la presente tabla, se puede observar que la mayoría de las preguntas encuestadas a los integrantes del grupo experimental, tienen un porcentaje del 100% (14 pacientes) en la respuesta Sí; mientras que en la respuesta No, existe el 100% de las personas encuestadas frente a la pregunta ¿Las terapias le parecieron largas, aburridas e infructuosas?

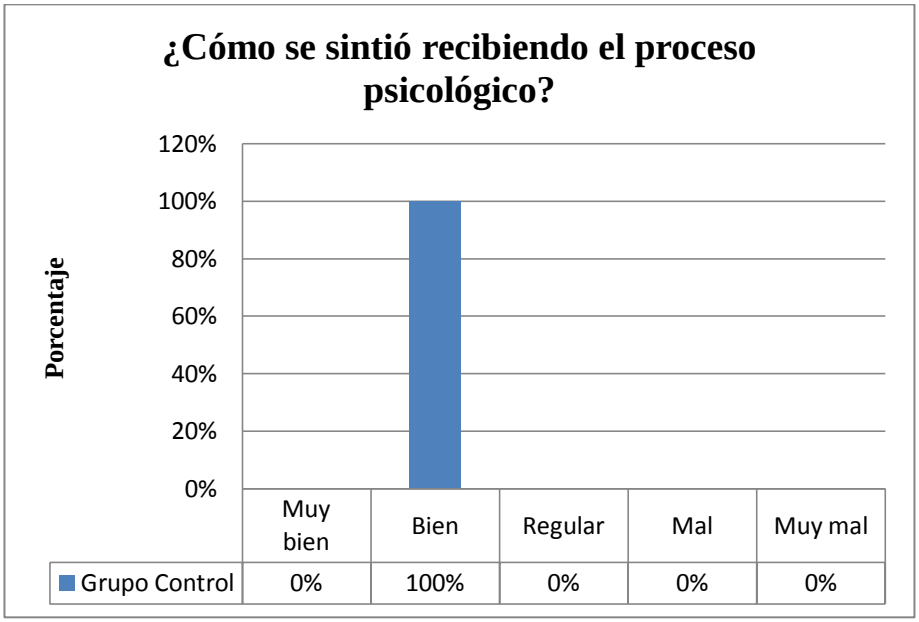
Interpretación: En el gráfico vemos que todos los pacientes del grupo experimental se encuentran muy satisfechos con el proceso psicológico, afirmando que cumplió

sus expectativas lo recibido en las terapias, siendo contestadas todas las dudas que suscitaron en los encuentros. Las sesiones no les parecieron largas, aburridas e infructuosas, al contrario, vieron una oportunidad de generar un cambio positivo en su pensamiento, para que sus problemas tengan soluciones inmediatas y armoniosas. Afirman que les gustó el discurso utilizado por la terapeuta y el carisma de la misma para dar las terapias, siendo clara y concisa en el mensaje que recibían encuentro tras encuentro. Además, los materiales utilizados durante todo el proceso, les pareció que fueron el complemento para tener los resultados ya expuestos.

Cabe recalcar que ningún paciente tuvo sugerencias, sólo manifestaron sus agradecimientos por el proceso psicológico impartido.

3.17. Encuesta dirigida a los pacientes del Grupo Control

Gráfico: 3.1.39.: Pregunta cerrada de la encuesta al Grupo Control



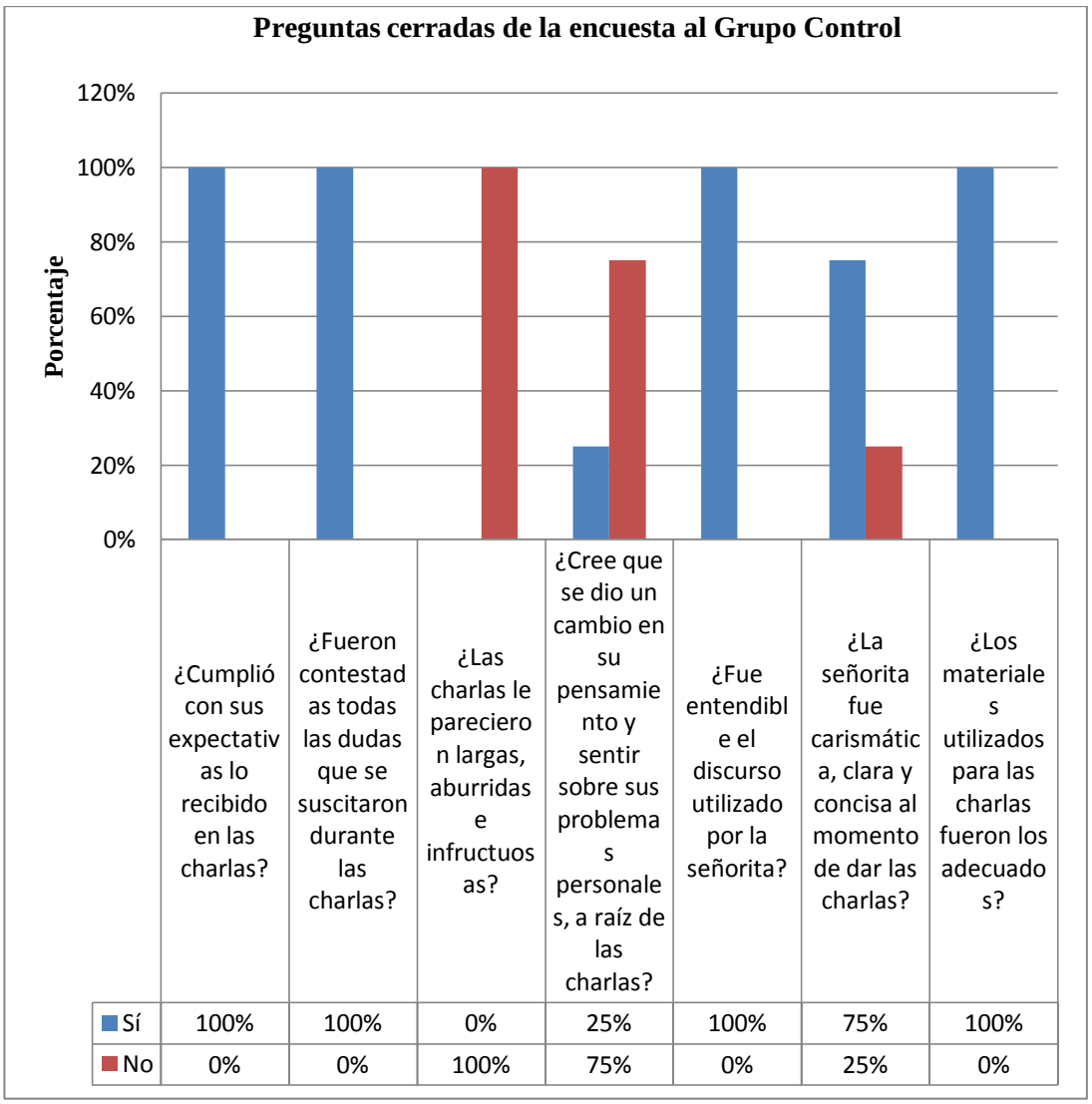
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En el gráfico presentado, observamos que el 100% de los encuestados del grupo control (4 pacientes), manifestaron haberse sentido bien recibiendo el proceso de psicoeducación.

Interpretación: En la ilustración gráfica, notamos que todos los integrantes del grupo control, se sintieron bien asistiendo a los encuentros de psicoeducación, por el motivo de que aprendían lo necesario, para ponerlo en práctica en su vida diaria.

Gráfico: 3.1.40.: Preguntas cerradas de la encuesta al Grupo Control



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Ana Jaramillo

Análisis: En la encuesta aplicada a los integrantes del grupo control, notamos que en las preguntas: ¿Cumplió con sus expectativas lo recibido en las charlas?, ¿Fueron contestadas todas las dudas que se suscitaron durante las charlas?, ¿Fue entendible el discurso utilizado por la señorita?, ¿Los materiales utilizados para las charlas fueron los adecuados?, les dieron el visto bueno, reflejándose esta respuesta en el 100% (4 personas). En la pregunta ¿Las charlas le parecieron largas, aburridas e infructuosas?,

tiene el No con el 100%. La pregunta, ¿Cree que se dio un cambio en su pensamiento y sentir sobre sus problemas personales, a raíz de las charlas?, obtuvo el Sí con el 25% (1 persona) y el No con el 75% (3 personas). Finalmente, la pregunta ¿Los materiales utilizados para las charlas fueron los adecuados?, obtuvo el Sí con el 75% y el No con el 25%.

Interpretación: Podemos constatar en el gráfico presentado, que los integrantes de grupo control, afirman haber cumplido sus expectativas con la información impartida en cada charla, contestando a todas sus inquietudes y sintiéndose conformes con el discurso utilizado por la señorita y por el carisma de la misma al momento de dar los talleres, utilizando los materiales adecuados que sustentaron el trabajo realizado. Además, la mayoría de ellos, sienten que la señorita fue carismática, clara y concisa al momento de impartir la información, sin parecerles que las charlas fueran largas, infructuosas y aburridas. A pesar de ello, la mayoría de los pacientes sienten que su pensamiento no ha cambiado a un estado positivo, generándoles cierta inconformidad.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Comprobación de Hipótesis

Mediante el análisis estadístico presentado, se comprueba la validez de la hipótesis debido a que entre las dos variables existe dependencia, afirmando que la Psicología Positiva Grupal incide directamente en la estabilización y disminución de los niveles de glucosa en los pacientes con diagnóstico de diabetes.

4.1.1. Prueba del Chi Cuadrado Grupo Experimental

4.1. Tabla 1: Tablas de contingencia: Antes del proceso psicológico

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CalVidAn * NivGluAn	14	100.0%	0	0.0%	14	100.0%

CalVidAn * NivGluAn Crosstabulation

Count

		NivGluAn				Total
		Alto	Bajo	grave	medio	
CalVidAn	aceptable	0	4	0	4	8
	Regular	4	0	1	1	6
Total		4	4	1	5	14

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.733[a]	3	.013
Likelihood Ratio	14.117	3	.003
N of Valid Cases	14		

a. 8 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .43.

Fuente: IBM SPSS Statistics 20 para análisis predictivos

Elaborado por: Ana Jaramillo

Conclusión: No hay evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula, atendiendo que 8 de las casillas tienen frecuencias esperadas menores a 5. Se acepta la dependencia entre variables.

Análisis: En la presente tabla de resultados, en el segundo cuadro podemos observar que antes de iniciar con el proceso psicológico, no había pacientes del grupo experimental que poseían un diagnóstico de calidad de vida aceptable junto con un nivel de glucosa alto, mientras que cuatro personas poseían un diagnóstico regular de calidad de vida y con un nivel alto de glucosa; hubo 4 personas que tuvieron un diagnóstico aceptable en calidad de vida junto con un nivel bajo de glucosa, en tanto que no habían personas que tenían un diagnóstico regular de calidad de vida con un nivel bajo de glucosa; ninguna persona fue diagnosticada con un nivel de calidad de vida aceptable junto con un nivel de glucosa grave, mientras que una persona fue diagnosticada con calidad de vida regular y nivel de glucosa grave; finalmente, existieron 4 personas con diagnóstico aceptable de calidad de vida acompañado con un nivel de glucosa medio, en tanto que solo hubo una persona con diagnóstico aceptable de calidad de vida y con un nivel de glucosa medio.

Interpretación: Se puede observar claramente que cuando existía un nivel de calidad de vida regular, los niveles de glucosa en los pacientes radicaban entre medio, alto y grave; mientras que con un diagnóstico de calidad de vida aceptable, los niveles de glucosa iban de medio a bajo, observando que una buena calidad de vida da paso a que los niveles de glucosa sean bajos.

4.2. Tabla 2: Tablas de contingencia: Después del proceso psicológico

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CalVidDe * NivGluDe	14	100.0%	0	0.0%	14	100.0%

CalVidDe * NivGluDe Crosstabulation

Count

		NivGluDe				Total
		Alto	Bajo	Medio	prediabetes	
CalVidDe	Acceptable	1	1	4	0	6
	Favourable	0	1	0	7	8
Total		1	2	4	7	14

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.958[a]	3	.008
Likelihood Ratio	16.349	3	.001
N of Valid Cases	14		

a. 8 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .43.

Fuente: IBM SPSS Statistics 20 para análisis predictivos

Elaborado por: Ana Jaramillo

Conclusión: No hay evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula, atendiendo que 8 de las casillas tienen frecuencias esperadas menores a 5. Existe dependencia entre las variables presentadas.

Análisis: En la presente tabla de resultados, en el segundo cuadro podemos observar que después de haber terminado con el proceso psicológico, existe una persona que posee un diagnóstico de calidad de vida aceptable junto con un nivel de glucosa bajo; ninguna persona tiene diagnóstico favorable de calidad de vida con un nivel alto de glucosa; hay una persona que posee un diagnóstico aceptable en calidad de vida acompañado con un nivel bajo de glucosa, en tanto que hay una personas con un diagnóstico favorable de calidad de vida y con un nivel bajo de glucosa; 4 personas son diagnosticadas con un nivel de calidad de vida aceptable junto con un nivel de glucosa medio, mientras que no hay personas diagnosticadas con calidad de vida favorable con un nivel de glucosa medio; finalmente, no existen personas con diagnóstico aceptable de calidad de vida acompañado con un nivel de glucosa en prediabetes, en tanto que hay siete personas con diagnóstico favorable de calidad de vida con un nivel de glucosa en prediabetes.

Interpretación: Es claro que cuando se incrementa la calidad de vida a un diagnóstico favorable, los niveles de glucosa bajan significativamente al rango de prediabetes, mientras que con un diagnóstico de calidad de vida aceptable, los niveles de glucosa se encuentran en niveles altos, medios y bajos, es decir, que entre menos calidad de vida, los niveles de glucosa son más altos y entre más calidad de vida, los niveles de glucosa son bajos, afirmando que la actitud positiva frente a la enfermedad, nos permite mejorar la salud significativamente.

4.1.2. Prueba del Chi Cuadrado Grupo Control

4.3. Tabla 3: Tablas de contingencia: Antes del proceso de psicoeducación

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CalVidAn * NivGluAn	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%

CalVidAn * NivGluAn Crosstabulation

Count

		NivGluAn		Total
		Alto	medio	
CalVidAn	Acceptable	0	2	2
	Regular	1	1	2
Total		1	3	4

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.333[a]	1	.248		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	1.726	1	.189		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
N of Valid Cases	4				

a. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. Computed only for a 2x2 table

Fuente: IBM SPSS Statistics 20 para análisis predictivos

Elaborado por: Ana Jaramillo

Conclusión: No hay evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula, atendiendo que 4 de las casillas tienen frecuencias esperadas menores a 5. Existe dependencia entre las variables.

Análisis: En la presente tabla de resultados, en el segundo cuadro podemos observar que antes de iniciar con el proceso de psicoeducación, no habían pacientes del grupo control que poseían un diagnóstico de calidad de vida aceptable junto con un nivel de glucosa alto, mientras que una persona poseía un diagnóstico regular de calidad de vida con un nivel alto de glucosa; hubo dos personas que tuvieron un diagnóstico aceptable en calidad de vida acompañado con un nivel medio de glucosa, en tanto que había una persona diagnosticada con un nivel regular de calidad de vida con un nivel medio de glucosa.

Interpretación: De igual manera que el grupo experimental, podemos distinguir que cuando hay un nivel de calidad de vida regular, los niveles de glucosa en los pacientes radicaban entre medio y alto; mientras que con un diagnóstico de calidad de vida aceptable, los niveles de glucosa se consolidan en niveles más bajos.

4.4. Tabla 4: Tablas de contingencia: Después del proceso de psicoeducación

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CalVidDe * NivGluDe	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%

CalVidDe * NivGluDe Crosstabulation

Count

		NivGluDe		Total
		Alto	medio	
CalVidDe	Acceptable	0	2	2
	Regular	1	1	2
Total		1	3	4

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.333[a]	1	.248		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	1.726	1	.189		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
N of Valid Cases	4				

a. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. Computed only for a 2x2 table

Fuente: IBM SPSS Statistics 20 para análisis predictivos

Elaborado por: Ana Jaramillo

Conclusión: No hay evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula, atendiendo que 4 de las casillas tienen frecuencias esperadas menores a 5. Existe dependencia entre las variables.

Análisis: La presente tabla arroja los mismos resultados expuestos con anterioridad, debido a que no se dieron cambios significativos después de haber terminado el proceso de psicoeducación. De este modo decimos que no hay pacientes del grupo control que tienen un diagnóstico de calidad de vida aceptable junto con un nivel de glucosa alto, mientras que una persona posee un diagnóstico regular de calidad de vida acompañado de un nivel alto de glucosa; hay dos personas que poseen un diagnóstico aceptable en calidad de vida junto con un nivel medio de glucosa, en tanto que hay una persona diagnosticada con un nivel regular de calidad de vida junto con un nivel medio de glucosa.

Interpretación: Del mismo modo como lo hemos venido afirmando anteriormente, podemos distinguir que cuando hay un nivel de calidad de vida regular, los niveles de

glucosa en los pacientes radican entre medio y alto; mientras que con un diagnóstico de calidad de vida aceptable, los niveles de glucosa se consolidan en niveles más bajos, a pesar de que no haya existido cambios significativos después del proceso de psicoeducación.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

La investigación presentada ha demostrado que la terapia bajo el enfoque de Psicología Positiva, incide directamente en la estabilización y disminución de los niveles de glucosa de las personas con diagnóstico de diabetes, incrementando el porcentaje de calidad de vida en los rangos de satisfacción y placer, a raíz del desciframiento del significado de la enfermedad en sus vidas, para aprender de ella y permitir trascender su Ser.

A través de la evaluación realizada antes de dar inicio al proceso psicológico, se diagnosticó que los pacientes de los dos grupos de trabajo se encontraban en un nivel entre regular y aceptable de calidad de vida, en los rangos de satisfacción y placer. Este diagnóstico que se determinó, no incidía favorablemente en los niveles de glucosa, puesto que la mayoría de los pacientes se encontraba con mayor porcentaje en los niveles bajos (126 mg/dL – 150 mg/dL), medios (150 mg/dL – 180 mg/dL) y altos (180 mg/dL – 250 mg/dL), lo cual indica que el diagnóstico mencionado no era suficiente para la estabilización y disminución de los niveles de glucosa. Para alcanzar una visión positiva de la enfermedad es necesaria la decisión conciente y voluntaria, sin lo cual es imposible la reconciliación con la misma, lo que incide en los niveles de glucosa.

Las reacciones cognoscitivas y afectivas que manifestaron los pacientes con diabetes frente a la enfermedad de los dos grupos de trabajo, radicaba en su mayoría en la

tristeza y depresión, dando a notar que el impacto de la notica del diagnóstico, generó en ellos una intensa angustia y miedo al enfrentarse a una posible muerte, invadiéndoles un sentimiento de derrotismo y de incertidumbre frente a la nueva vida que debían aceptar en contra de su voluntad. Tan solo dos personas afirmaron haber sentido fortaleza al momento de conocer el diagnóstico, armándose de valor para afrontar y adaptarse adecuadamente a los nuevos estilos de vida que exige la diabetes. En la actualidad, después de que cada uno de los integrantes del grupo experimental han pasado por el proceso de reconciliación con la diabetes, encontrando el significado y el sentido de la enfermedad en sus vidas, cambió totalmente su percepción y su sentir frente a la enfermedad, apoyándose en ella para seguir aprendiendo y apreciando todo lo que pasa a su alrededor.

Los fundamentos teóricos y técnicos de la Psicología Positiva, permitieron que la elaboración del proceso operativo de intervención grupal, se dé adecuadamente, cubriendo todos los campos que trata esta corriente, como son: la vida placentera (placeres y emociones positivas), la vida comprometida (experiencias de flow y fortalezas personales), la vida con significado (valores y trascendencia), y las relaciones interpersonales positivas, llegando a cumplir los objetivos propuestos en cada intervención psicológica, obteniendo resultados favorables en el incremento de la calidad de vida y en la disminución de los niveles de glucosa. La Psicología Positiva se centra en los recursos psicológicos de la persona, que como ser humano que es, los utiliza para vivir y alcanzar la felicidad, fundamentándose en la visión optimista y totalizadora de la verdadera esencia humana.

En la correlación de los resultados de la prueba de Glicemia y los datos del Cuestionario de Calidad de Vida, se determina que el efecto de la intervención

psicológica grupal es positivo, viéndose en el incremento de la calidad de vida en los pacientes, de entre el 2% al 16% en los rangos de satisfacción y placer, lo que permitió que el 50% de los integrantes, disminuyan sus niveles de glucosa al nivel de prediabetes (100 mg/dL a 125 mg/dL) y bajando considerablemente el número de personas en el resto de niveles. Mientras que en el grupo control, mediante el proceso de psicoeducación, lograron subir el porcentaje de calidad de vida de entre el 0.11% al 1.21% en el rango de satisfacción y placer, manteniendo los niveles de glucosa en los mismo parámetros de inicio. El pensamiento positivo en una persona, permite el reconocimiento de las oportunidades de aprendizaje que brinda la enfermedad, identificando las fortalezas, aceptándolas y reforzando las habilidades de cada individuo para dar paso al florecimiento de su Ser, y que su resiliencia sea la herramienta principal para la superación de cada uno de los pacientes, frente a los desequilibrios emocionales ocasionados por situaciones adversas de la vida.

5.2. Recomendaciones

El aumento del nivel de calidad de vida en personas con enfermedades como la Diabetes, debe darse por medio del incremento de las potencialidades del paciente, enfocándonos en la desarrollo de las cualidades humanas, enfatizando en las fortalezas y la resiliencia, y ya no en la preocupación exclusiva por reparar las debilidades o defectos de las personas. Se recomienda utilizar el enfoque de la Psicología Positiva, porque hace énfasis en los atributos positivos de las personas, permitiéndoles enfrentar los cambios de la vida cotidiana y la adversidad, destacando la capacidad del ser humano para conseguir valor de las condiciones que les genera gran dolor en su vida.

Una visión positiva de la enfermedad, de la crisis y del problema, permitirá que la experiencia de vida sea mucho más significativa. El conflicto se convierte en herramienta de ayuda para adquirir nuevos y mejores estilos de vida, para construir relaciones duraderas y para conocer más a profundidad los límites de las personas, con el fin de explotar las propias capacidades al cien por ciento.

Ante lo expuesto anteriormente, la autora del presente trabajo, a través del mismo, incentiva a todas las personas para que se decidan a desarrollar una visión positiva de la adversidad, encontrando el verdadero significado de la misma, entendiendo la razón por la que llegó a su vida esa situación, permitiendo la trascendencia de su Ser.

La felicidad y la alegría se están convirtiendo en la nueva medicina para el alma, lo que invita a reconocer, que el ser felices durante la enfermedad y la adversidad, permite a la persona rodearse de la energía positiva que produce su propio organismo en momentos de tranquilidad, cambiando su Ser a un estado general de felicidad y dejando a un lado el sufrimiento, que es una estructura social condicionada. Somos seres infinitos, y se invita a todas las personas que vivan el conflicto con felicidad, teniendo presente que crisis es sinónimo de éxito y recordando que la misión en vida es Ser y Hacer felices a los demás.

Observando los resultados obtenidos, se motiva a que todas y todos los psicólogos clínicos se informen sobre la Psicología Positiva, para que se empiece a dar un giro en la visión materialista que se tiene del hombre y sentir la esencia de las personas por medio del reconocimiento del ser humano integral. Para ello, es necesario centrarse en las fortalezas y virtudes humanas, en el funcionamiento psíquico óptimo y en el bienestar subjetivo de la personas, promoviendo a que experimenten una vida

placentera con consciencia de sus propias capacidades, virtudes, fortalezas y talentos, para que florezca su Ser por medio de la búsqueda de la felicidad.

Finalmente, es necesario que los integrantes del Club de Diabéticos continúen con el proceso psicológico, las personas deben seguir trabajando en la reconciliación con su enfermedad, para que su calidad de vida incremente paulatinamente, con el único fin de que sigan experimentando el florecimiento de su Ser, sintiendo satisfacción y placer en todas las actividades que realizan. Además, es importante seguir reforzando la visión positiva de la enfermedad y motivándoles para que renuncien definitivamente al condicionamiento social del sufrimiento y se permitan acceder a la felicidad incondicional.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilera, Z. (2012). *Realidad de la práctica pedagógica y curricular en la educación ecuatoriana en el centro educativo de básica y bachillerato del Colegio Técnico Industrial Gualaceo. Gualaceo 2011- 2012*. (Tesis de grado, Universidad Técnica Particular de Loja). Recuperado de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3708/1/JJAguilera%20Rivera%20Zoila%20Lucrecia%20de%20Lourdes.pdf

American Diabetes Association. (2005). Todo sobre la prediabetes. *American Diabetes Association*, 342–2383. Recuperado de http://professional.diabetes.org/UserFiles/File/Make%20the%20Link%20Docs/CVD%20Toolkit/Spanish/01.sp.PreDiabetes.pdf

Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. (2004). *Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus*. Caracas: AVFT. Recuperado de http://www.revistaavft.com/

Bachelard, G. (1973). *Epistemología*. Barcelona: Anagrama.

Beckett, G. (s.f.). *Psychological Impact of Type I Diabetes*. Recuperado de http://www.ehow.com/about_5402576_psychological-impact-type-diabetes.html#ixzz2xa3FyJYi

Belástegui, G.D. (2010). *Revista de Psicología.* [Versión Latindex]. Recuperado de http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/psicologia11.pdf

Bilous, R. (2000). *La Diabetes: Salud y Bienestar.* España: B.S.A.

Boniwell, I. (2006). *Positive Psychology in a nutshell*. Londres: PWBC.

Bunge, M. (1973). *La ciencia, su método y filosofía.* Buenos Aires: Siglo XX.

Cannon, W. B. (1929). *American Journal of Physiology*. California: Plantilla Full.

Capdevilla, N. (2006). *El concepto de ideología*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Castro, A. (2010). *Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva*. En A. Castro Solano (Comp.), Fundamentos de Psicología Positiva (pp. 17-41). Buenos Aires: Paidós.

Centro de Psicoterapia Gestalt (2007). Concepto de Psicología Humanista. *Solo psicología*, 12(3), 123-143.

Cervera, C. (2006). Hipoglucemia y ataques de pánico. *Holistika*, 3(3), 2-5 Recuperado de http://www.holistika.net/salud/dolencias/hipoglucemia_y_ataques_de_panico.asp

Dancy, J. (1993). *Introducción a la epistemología contemporánea*. Madrid: Tecnos.

Díaz, E. (2011). Factores relacionados con el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en tres hospitales de la ciudad de Quito – Ecuador. *Vozandes.* Vol. 23, No. 1. Recuperado de http://hospitalvozandes.ejecom.com/pdf/01_rmv2012v23_5.pdf

Diccionario de la Real Academia Española. (2011). *Concepto de Dogma* (22.ª ed.). España: DRAE. Recuperado de http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae

Diccionario de la Real Academia Española. (2011). *Concepto de Síndrome* (22.ª ed.). España: DRAE. Recuperado de http://lema.rae.es/drae/

Diener, E. y Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 57: 119-169.

Feist, J y Gregory, J. (6a.Ed). (2007*). Teorías de la personalidad.* Madrid: McGraw-Hill

Fernández, L. (22 de agosto de 2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: Historia y concepto. *Colombiana de Psicología*, 13(2),57-65.Recuperado de http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/download/1390/10036

Fernández, M. (2009). *Freud y el Determinismo Inconsciente*. España: Las ramas de árbol. Recuperado de http://lasramasdelarbol.blogspot.com/2009/03/freud-y-el-determinismo-inconsciente.html

Fredrickson, B.L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91: 330-335.

Gancedo, M. (2009). Piscología Positiva: posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate*, 9:15-26.

Gilbert, D. (2006). *Stumbling on happiness. Think you know what makes you happy?* New York: Knof.

Gilson, E. (1951). *El ser y la esencia*. Buenos Aires, EMECÉ

Giusti, E. (2009). Descubriendo las fortalezas y construcción de resiliencia con terapia cognitiva: un modelo en cuatro pasos. *Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad*, 9:105-126.

González, M. (2011). ¿Qué es el glucagón?: Diabetes. *Guioteca*, 13(5), 231-143. Recuperado de http://www.guioteca.com/diabetes/%C2%BFque-es-el-glucagon/

Guyton A.C., y Hall. (5ta. ed.). (2011). *Fisiología Médica* . España: Interamericana.

Heidegger, M., De Otto T. & Langfelder. (1ra. ed.). (1959). *Fenomenología del Tiempo Inmanente.* Buenos Aires: Nova

Henao, M. (2012). *Del surgimiento de la Psicología Humanística a la Psicología Humanista-Existencial de Hoy*. Recuperado de file:///C:/Users/Owner/Downloads/951-3684-2-PB.pdf

Iglesias, C. (2013). Aspectos psicológicos ante la enfermedad y la muerte. *Psicología Médica*, 2: 34 - 54 Recuperado de http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2012-13/22PM-ENF-MUERTE.pdf

Izquierdo y Cuadrado. (1996). *La Comunicación Didáctica: Lenguaje no verbal.* España: Rodas.

Kahneman, D, Diener, E, Schwarz, N. (2003). *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation Publications.

Keyes, C. L. M. y López, S. J. (Eds.). (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis an interventions. En C. R. Snyder y S. J. López, *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59).

Linley, P. A. y Joseph, A.; Harrington, S. Y Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.

Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica: la sociedad de hiperconsumo*. Madrid: Anagrama.

Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia Constructiva: Una guía práctica. España:* Paidos.

Maldonado, A. y Ruiz, J.A. (1982). Indefensión aprendida en humanos. Una revisión crítica. *Psicológica*, 3, 153-174.

Mariñelarena-Dondena, L. (abril de 2012). Surgimiento y desarrollo de la Psicología Positiva: Análisis desde una historiografía crítica. *CONICET*. Recuperado de http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-

publicaciones/pdf/psicodebate/12/02-Psicodebate-Surgimiento-y-desarrollo-de-la-Psicologia.pdf

Martel, J. (s.f). *El gran diccionario de las dolencias y enfermedades*. Recuperado en http://dolcarevolucio.cat/upload/users/admin/File/Causas%20emocionales%20de%20las%20enfermedades.pdf

Martínez, M. (1982). *La psicología humanista: Fundamentación epistemológica, estructura y método.* Madrid: Trillas.

Martínez, M. (2013). La Tercera Fuerza en psicología: Psicología Humanista. *El tema Coraline*, 10(6), 155-170. Recuperado de: http://humanosenelcosmos.wordpress.com/2013/03/07/la-tercera-fuerza-en-psicologia-psicologia-humanista

Maslow, A. H. (1968). *Towards a psychology of being.* New York: Van Nostrand.

Moreno, B. (1ra ed.). (2008). *Psicología de la personalidad. Procesos*. Madrid: Thompson.

Morris, C., y Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. México: Pearson Educación Recuperado de http://www.solopsicologia.com/concepto-de-psicologia-humanista/

Omar, A. y Urteaga, F. (2010). El impacto de la cultura nacional sobre la cultura organizacional. *Universitas Psicológica*, 9(1): 83-96.

Pawelski, J. (2007). *The dynamic individualism of William James.* State University New York: Albany.

Peña, G. M. (junio 2011). Glucosa en la sangre: Niveles. *Netdoctor.es.* Recuperado de http://www.netdoctor.es/articulo/niveles-glucosa-en-sangre/f

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.

Peterson, C y Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Estados Unidos: Oxford University Press.

Peterson, C.; Park, N.; D'Andrea, W. y Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21: 214-217.

Ravier, L. (Eds). (2010). Arte y Ciencia del Coaching. Su historia, filosofía y esencia. Barcelona: Dunken.

Robbins y Cotrán. (7ma ed.). (2008). *Patología estructural y Funcional*. España: ELSEVIER.

Rodríguez, J. (1999). *La Diabetes: Cuerpo y Salud.* España: EVEREST S.A.

Sarrión, B. (2010). Apoyo psicológico para la diabetes. Recuperado de http://medicablogs.diariomedico.com/reflepsiones/2010/09/28/apoyo-psicologico-para-la-diabetes/

Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55: 5-14

Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara

Seligman, M., Steen, T., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist* 61 (5): 410-421.

Sociedad Española Endocrinológica y Nutrición. (s.f.). Hipoglucemia. Recuperado de http://www.seen.es/docs/publico/enfermedades/diabetes/hipoglucemia.pdf

Toharia, M. (2004). *Ciencia y pseudociencias: realidades y mitos*. Madrid: Equipo Sirius.

Tonon, G. (2009). Los estudios sobre la calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva. *Psicodebate*, (10), 23 - 34.

Vázquez, C y Hervás, G (1ra. Ed.). (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos para una psicología positiva*. Madrid: Alianza.

Vera Poseck, B. (2006). *Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología*. Recuperado de http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1279

Villegas, M. (1986). *La Psicología Humanista: Historia, concepto y método*. Barcelona: Anuario de Psicología. Recuperado de http://virtual.unisabana.edu.co/pluginfile.php/173408/mod_resource/content/1/PsicoHumanista.pdf

Zimmer, S, (2010). *Psicología Positiva en la Salud. Revista Proyecto Salud.* Chile: Universidad de Santiago.

GLOSARIO

Estrategias de afrontamiento. Hace referencia a los esfuerzos mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona.

Auto-realización. Es lograr nuestro máximo potencial y desarrollar al máximo nuestras habilidades, capacidades o talentos para hacer, ser y tener lo que siempre hemos querido.

Bhagavad Gita. Es un importante texto sagrado hinduista. Se lo considera uno de los clásicos religiosos más importantes del mundo.

Capacidades psíquicas. Es la capacidad de entrar repetidamente en un estado de conciencia que permite que suceda esta ocurrencia.

Causaciones deterministas. Se la explica en base al determinismo, cuya teoría afirma que toda acción humana es causada enteramente por acontecimientos precedentes, y no por el ejercicio de la voluntad.

Conductismo mecanicista. Defiende que pensamiento, razonamiento y aprendizaje tienen una naturaleza mecánica, pueden explicarse con la precisión de las matemáticas y que por ello la psicología debe deducir mediante ecuaciones las conductas de personas y grupos.

Constructo. En psicología, cualquier entidad hipotética de difícil definición dentro de una teoría científica. Un constructo es algo de lo que se sabe que existe, pero cuya

definición es difícil o controvertida. Son constructos la inteligencia, la personalidad y la creatividad, por ejemplo.

Consumismo. Se refiere tanto a la acumulación, compra o consumo de bienes y servicios considerados no esenciales, como al sistema político y económico que promueve la adquisición competitiva de riqueza con signo de status y prestigio dentro de un grupo social.

Crónico. Que es de larga duración y que viene de tiempo atrás.

Cuantitativo. Es un **término** que tiene antecedentes en la lengua latina (*quantĭtas*). Se trata de un adjetivo que está vinculado a la **cantidad.** Este concepto, por su parte, hace referencia a una cuantía, una magnitud, una porción o un número de cosas. **Decilitro.** El decilitro es una unidad de volumen equivalente a la décima parte de un litro, representado por el símbolo dl. Equivale a 100 centímetros cúbicos, y es el primer submúltiplo del litro.

Determinismo inconsciente. Se refiere a que todo fenómeno psíquico tiene una causa y, por lo mismo, también la libre elección o decisión humana, en las que la causa es la fuerza del motivo más potente, o bien la situación interna psicológica determinada por todos los condicionamientos procedentes de la herencia, la biología, la educación, el temperamento y el carácter de la persona que decide o el inconsciente. Freud indica que no hay ninguna discontinuidad en la vida mental; afirma que nada sucedía al azar; ni aun en el menor de los procesos mentales. Hay una causa para cada pensamiento.

Dogma. Es una proposición que se asienta por firme y cierta y como principio innegable de una ciencia. Es una creencia individual o colectiva no sujeta a prueba de

veracidad, cuyo contenido puede ser religioso, filosófico, social, etc., impulsado por una utilidad práctica.

Ejercicios de afirmación. Son frases de afirmaciones positivas que influyen en la concepción que tiene la persona de sí mismo, así como a tener una actitud y comportamiento saludables.

Empatía. Es la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir. También es descrita como un sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra.

Empírica. Enfatiza el papel de la experiencia, ligada a la percepción sensorial, en la formación del conocimiento.

Epistemología. Es la rama de la filosofía cuyo objeto de estudio es el conocimiento. Estudia las circunstancias históricas, psicológicas y sociológicas que llevan a la obtención del conocimiento, y los criterios por los cuales se le justifica o invalida, así como la definición clara y precisa de los conceptos epistémicos más usuales, tales como verdad, objetividad, realidad o justificación.

Esencia humana. Es el individuo que muestra que es, que existe y que muestra su existencia. Es el atributo de la sustancia primera que muestra su identidad permanente.

Estados alterados de conciencia. Es un estado mental que puede ser reconocido subjetivamente por un individuo, o por un observador, como un estado diferente del estado normal del sujeto, ya sea por variaciones psicológicas o del estado de alerta propio de la vigilia.

Estilo atribucional. Es una serie de automensajes que nos damos, una especie de lenguaje interno, y a veces es difícil detectarlas, pero no son inconscientes y podemos estar alerta para detectarlas.

Familia Amplia. Es empleada como sinónimo de familia consanguínea, misma que está excluida de la familia conyugal. Es aquella que define a la familia extendida como aquella estructura de parentesco que habita en una misma unidad doméstica (u hogar) y está conformada por parientes pertenecientes a distintas generaciones.

Familia Nuclear. Es la familia conviviente formada por los miembros de un único núcleo familiar, el grupo formado por los miembros de una pareja y/o sus hijos.

Felicidad sintética. Es aquella felicidad que "nos fabricamos" al no conseguir lo que queremos. Esta felicidad sintética la conseguimos gracias a procesos psicológicos que nos ayudan a cambiar nuestra visión del mundo para poder sentirnos mejor, sin proporcionarnos plena felicidad y satisfacción con nosotros mismos.

Fenómenos mentales. Son estados de la mente que nos acompañan en el diario vivir como la consciencia, sensación, deseo, imaginación, memoria entre otros.

Holístico. Es aquello perteneciente al holismo, una tendencia o corriente que analiza los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan. El holismo supone que todas las propiedades de un sistema no pueden ser determinadas o explicadas como la suma de sus componentes. En otras palabras, el holismo considera que el sistema completo se comporta de un modo distinto que la suma de sus partes.

Homeostasis. Es una propiedad de los organismos vivos que consiste en su capacidad de mantener una condición interna estable compensando los cambios en su

entorno mediante el intercambio regulado de materia y energía con el exterior (metabolismo).

Incongruencia. Falta de acuerdo, relación o correspondencia de una cosa con otra.

Indefensión aprendida. Es un tecnicismo que se refiere a la condición de un ser humano o animal que ha aprendido a comportarse pasivamente, con la sensación subjetiva de no poder hacer nada y que no responde a pesar de que existen oportunidades reales de cambiar la situación aversiva, evitando las circunstancias desagradables o mediante la obtención de recompensas positivas.

Introyección. Es un proceso psicológico en el que se hacen propios rasgos, conductas u otros fragmentos del mundo que nos rodea, especialmente de la personalidad de otros sujetos.

Materialismo. Es una corriente filosófica que, en oposición al idealismo, acerca de la relación entre el pensar, el espíritu y la naturaleza, problema cardinal o fundamental de la filosofía, postula que la materia es lo primario, y que la conciencia y el pensamiento son consecuencia de ésta, a partir de un estado altamente organizado.

Meditación. Es una herramienta que sirve para introducirnos en nuestro interior y ver nuestras deficiencias psicológicas, emocionales y físicas. Es efectiva para aumentar el cociente intelectual y mejorar la memoria. Otros estilos de meditación otorgan igualmente distintos beneficios a la salud mental y física de sus practicantes, especialmente un mejoramiento de la inteligencia emocional y del sistema inmunitario. Entre los más comunes se encuentran el alivio del estrés y la bajada de la presión sanguínea.

Metabolismo. Es el conjunto de reacciones bioquímicas y procesos físico-químicos que ocurren en una célula y en el organismo. Estos complejos procesos interrelacionados son la base de la vida a escala molecular, y permiten las diversas actividades de las células: crecer, reproducirse, mantener sus estructuras, responder a estímulos, etc., y el organismo consigue que sustancias activas se transformen en no activas.

Miligramos. Es una unidad de masa del SI. Es el tercer submúltiplo del gramo y el sexto del kilogramo, siendo una milésima parte del gramo y una millonésima del kilogramo.

Milimoles. Unidad de masa molecular empleada en Biología. Milésima parte de un mol. Para expresar en mmol una concentración dada en mg/l, se divide esta concentración por el peso molecular.

Paradigma. Puede indicar el concepto de esquema formal de organización, y ser utilizado como sinónimo de marco teórico o conjunto de teorías.

Pseudociencia. Se refiere a una afirmación, creencia o práctica que, a pesar de presentarse como científica, no se basa en un método científico válido, le falta plausibilidad o el apoyo de evidencias científicas o no puede ser verificada de forma fiable.

Psicología constructivista. Se refiere a todas aquellas teorías que no consideran a los seres humanos como receptores pasivos de experiencias y aprendizajes, sino como constructores activos de su realidad y experiencias.

Racionalismo. Es una corriente filosófica que se enfoca en el sistema de pensamiento que acentúa el papel de la razón en la adquisición del conocimiento, en

contraste con el empirismo, que resalta el papel de la experiencia sobre todo el sentido de la percepción.

Reacción fisiológica. Se caracteriza por el incremento de la activación fisiológica que nos pone en alerta ante posibles amenazas externas o peligros.

Recursos intrapersonales. Son las habilidades que desarrollan las personas y las utilizan con el fin conocerse mediante un auto-análisis.

Recursos interpersonales. Son las habilidades que permiten a las personas entender a los demás, mediante

Síndrome. Es un cuadro clínico o un conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos, que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología.

Somnolencia. Es un estado en el que ocurre una fuerte necesidad de dormir o en el que se duerme durante periodos prolongados (hipersomnia).

Subjetividad. Refiere a lo que pertenece al sujeto estableciendo una oposición a lo externo, y a una cierta manera de sentir y pensar que es propia del mismo.

Sujetos de riesgo. Personas que son altamente propensas a desencadenar cualquier tipo de desequilibrio mental. Se encuentra estrechamente relacionado con los factores externos o el ambiente en el que se desarrolla el individuo, para que se desencadene el trastorno psicológico.

Teodicea. Significa *justificación racional de Dios*. La palabra *teodicea* se utiliza para denominar cualquier investigación cuyo fin es explicar la existencia del mal dejando a salvo y justificando la bondad divina.

Terapia conductual. Inspirada en los métodos y conceptos fundamentales del conductismo, intenta describir, explicar y modificar los trastornos del comportamiento. Esta terapia considera que los trastornos psicológicos hay que interpretarlos como trastornos conductuales, y que éstos son consecuencia del aprendizaje de hábitos perjudiciales o desajustados.

Trascendencia. Se refiere a ir más allá de algún límite o superar las restricciones de un determinado ámbito.

Trastornos metabólicos. Se produce cuando hay reacciones químicas anormales en el cuerpo que interrumpen este proceso. Cuando eso ocurre, es posible que tenga demasiada cantidad de algunas sustancias o demasiado poco de otras que necesita para mantenerse saludable.

ANEXOS

ANEXO Nº 1: Ficha Psicológica

No. ficha:

Fecha actual: **Instrucción:**

Nombre: **Estado civil:**

Edad: **Dirección:**

Procedencia: **Ocupación:**

Motivo de consulta:

Constitución familiar:

¿Relaciones intrafamiliares?

Historia de la enfermedad:

¿Desde cuándo tiene diabetes?

¿Qué tipo de diabetes le diagnosticaron?

¿Cuáles fueron los síntomas para que acudiera al médico?

¿Cómo se sintió frente al diagnóstico de la diabetes?

¿Existen indicios de diabetes en su familia?

¿Existió apoyo familiar desde el inicio frente a la enfermedad?

Económico – Emocional - Presencial

¿Existe apoyo familiar en la enfermedad?

Económico – Emocional – Presencial

Tratamiento:

Biológico:

¿Utiliza fármacos o insulina?

¿Realiza Dieta?

¿Realiza ejercicio físico?

¿Cómo le resultó adaptarse al tratamiento y quién le ayudó a conseguirlo?

¿Al cuánto tiempo se adaptó al tratamiento?

Psicológico:

¿Ha recibido tratamiento psicológico para sobrellevar la enfermedad?

¿Cuánto tiempo se encuentra o se encontró en un proceso psicológico?

¿Cuándo inició el proceso psicológico?

¿Cuándo terminó el proceso psicológico?

¿Vio cambios en su persona con el tratamiento psicológico y en qué medida?

Otras enfermedades

SI o No

¿Cuáles?

¿Se desencadenaron a raíz de la diabetes?

Diagnóstico emocional (Vida placentera)

¿Qué suele hacer cuando se la presenta una adversidad?

¿Qué cosas le han permitido salir adelante en la adversidad?

¿Siente que las pérdidas son muchas o pocas en su vida?

¿Las ha superado?

¿Se siente satisfecho con los logros en su vida?

¿Por qué?

¿Quién o quiénes le apoyan en sus proyectos?

Estado de consciencia (Vida Comprometida)

¿Cuál es su definición de de felicidad?

¿Qué lo hace feliz?

¿Qué lo hace reír?

¿Cuándo está de buen humor?

¿En dónde se siente usted mejor?

¿Qué disfruta más?

Fortalezas (Vida con significado)

¿Cuáles son sus fortalezas?

¿Tiene proyectos para el futuro?

¿Cuáles?

¿Qué papel juega la espiritualidad en su vida?

Capacidad de interrelación (relaciones interpersonales positivas)

¿Tiene facilidad de hacer nuevas amistades?

¿Con quiénes ha establecido vínculos más estrechos y significativos?

¿Pertenece a algún grupo de amigos?

¿En qué marco se producen las conversaciones más importantes?

¿Le gusta expresar lo que siente, piensa o hacer frente al resto de personas?

ANEXO Nº 2: Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer

ANEXO Nº 3: Ficha de Evaluación del la Intervención Psicológica Grupal y del Proceso de Psicoeducación

Encuentro:

Parámetros	Sí	No	En proceso
Cohesión grupal.			
Control de estímulos ambientales.			
Aprendizaje			
Resiliencia			
Consecución de objetivos.			

Observaciones:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ANEXO Nº 4: Encuesta de la Calidad de Servicios Brindados Durante el Proceso Terapéutico

EVENTO: Terapia Grupal bajo el enfoque de Psicología Positiva

TERAPEUTA: Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano

FECHA: 2 de mayo, 2014

Por medio de esta encuesta, permítanme conocer su sentir frente al proceso terapéutico recibido. Estoy muy agradecida por su atención.

1. **¿Cómo se sintió recibiendo las terapias psicológicas?**
   Muy Bien Bien Regular Mal Muy mal

2. **¿Cumplió con sus expectativas lo recibido en cada terapia?**
   Sí No

3. **¿Fueron contestadas todas las dudas que se suscitaron durante la terapia?**
   Sí No

4. **¿Las terapias le parecieron largas, aburridas e infructuosas?**
   Sí No

5. **¿Cree que se dio un cambio en su pensamiento y sentir sobre sus problemas personales, a raíz de la terapia psicológica?**
   Sí No

6. **¿Fue entendible el discurso utilizado por la terapeuta?**
   Sí No

7. **¿La terapeuta fue carismática, clara y concisa al momento de dar las terapias?**
   Sí No

8. **¿Los materiales utilizados para las terapias fueron los adecuados?**
   Sí No

9. **Si tiene sugerencias con respecto al proceso terapéutico, escríbalo.**

ANEXO Nº 5: Encuesta de la Calidad de Servicios Brindados Durante el Proceso de Psicoeducación

EVENTO: Proceso de Psicoeducación

TERAPEUTA: Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano

FECHA: 2 de mayo, 2014

Por medio de esta encuesta, permítanme conocer su sentir frente al proceso de psicoeducación recibido. Estoy muy agradecida por su atención.

1. **¿Cómo se sintió recibiendo el proceso de psicoeducación?**
   Muy Bien Bien Regular Mal Muy mal

2. **¿Cumplió con sus expectativas lo recibido en cada encuentro?**
   Sí No

3. **¿Fueron contestadas todas las dudas que se suscitaron durante las charlas?**
   Sí No

4. **¿Las charlas le parecieron largas, aburridas e infructuosas?**
   Sí No

5. **¿Cree que se dio un cambio en su pensamiento y sentir sobre sus problemas personales, a raíz del proceso de psicoeducación?**
   Sí No

6. **¿Fue entendible el discurso utilizado por la señorita?**
   Sí No

7. **¿La señorita fue carismática, clara y concisa al momento de dar las charlas?**
   Sí No

8. **¿Los materiales utilizados para las charlas fueron los adecuados?**
   Sí No

9. **Si tiene sugerencias con respecto al proceso de psicoeducación, escríbalo.**

ANEXO Nº 6: Matriz Operativa del Proceso Investigativo del Grupo Experimental

Tabla 6.1: Matriz Operativa del Proceso Investigativo del Grupo Experimental

FASES	PROCEDIMIENTO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	OBSERVACIONES
Fase 1. * Aplicación de la ficha psicológica y cuestionario de Calidad de vida: satisfacción y placer a los pacientes diabéticos.	- Recopilar datos relevantes acerca de su estructura familiar, historia de la enfermedad, diagnóstico emocional, estado de consciencia, fortalezas y capacidad de interrelación y conocer el nivel de calidad de vida: satisfacción y placer, de los pacientes diabéticos.	- Partiendo del método clínico, se utilizó la entrevista clínica y la técnica psicométrica.	**Humanos:** responsable y pacientes. **Materiales:** Fotocopias de la ficha psicológica y del cuestionario de calidad de vida: satisfacción y placer. **Técnicos:** Ficha psicológica y cuestionario	- 24 de enero de 2014 – 7 de febrero de 2014 **Duración:** 30' por paciente.	- Aplicación individual de la ficha psicológica. - Aplicación grupal del cuestionario (autoaplicado).
Fase 2. *Aplicación de Terapia Psicológica Grupal	- Proceder a la aplicación de la Terapia Psicológica Grupal bajo el enfoque de Psicología Positiva.	- Experimental.	**Humanos:** responsable y pacientes. **Materiales:** Depende de la actividad a realizar. **Técnicos:** Depende de la actividad a realizar.	- 14 de febrero de 2014 – 2 de mayo de 2014 **Duración:** 2 horas por sesión.	- Cada actividad es de forma grupal y se utilizará distintas técnicas y materiales para la culminación de las mismas.
Fase 3. *Re-test del cuestionario de calidad de vida: satisfacción y placer, y análisis de resultados de los pacientes diabéticos.	- Conocer el nivel de calidad de vida: satisfacción y placer, de los pacientes diabéticos y analizar los resultados obtenidos.	- Partiendo del método clínico, se utilizó la técnica psicométrica. - Se utilizó la correlación.	**Humanos:** responsable y pacientes. **Materiales:** Fotocopias del cuestionario de calidad de vida. **Técnicos:** Cuestionario	- 2 de mayo de 2014 **Duración:** 1 hora	- Aplicación grupal del cuestionario (autoaplicado).

Fuente y elaborado por: Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano

ANEXO Nº 7: Matriz Operativa del Proceso Investigativo Grupo Control

Tabla 7.1.: Matriz Operativa del Proceso Investigativo Grupo Control

FASES	PROCEDIMIENTO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	OBSERVACIONES
Fase 1. * Aplicación de la ficha psicológica y cuestionario de Calidad de vida: satisfacción y placer a los pacientes diabéticos.	- Recopilar datos relevantes acerca de su estructura familiar, historia de la enfermedad, diagnóstico emocional, estado de consciencia, fortalezas y capacidad de interrelación y conocer el nivel de calidad de vida: satisfacción y placer, de los pacientes diabéticos.	- Partiendo del método clínico, se utilizó la entrevista clínica y la técnica psicométrica.	**Humanos:** responsable y pacientes. **Materiales:** Fotocopias de la ficha psicológica y del cuestionario de calidad de vida: satisfacción y placer. **Técnicos:** Ficha psicológica y cuestionario	- 23 de enero de 2014 – 6 de febrero de 2014 **Duración:** 30' por paciente.	- Aplicación individual de la ficha psicológica. - Aplicación grupal del cuestionario (autoaplicado)
Fase 2. *Aplicación de Psicoducación Grupal	- Proceder a la aplicación de Psicoeducación Grupal bajo el enfoque de Psicología Positiva.	- Experimental.	**Humanos:** responsable y pacientes. **Materiales:** Depende de la charla a realizar. **Técnicos:** Depende de la charla a realizar.	- 14 de febrero de 2014 – 2 de mayo de 2014 **Duración:** 1 hora por sesión.	- Cada actividad es de forma grupal y se utilizará distintos materiales para la culminación de las mismas.
Fase 3. *Re-test del cuestionario de calidad de vida: satisfacción y placer, y análisis de resultados de los pacientes diabéticos.	- Conocer el nivel de calidad de vida: satisfacción y placer, de los pacientes diabéticos y analizar los resultados obtenidos.	- Partiendo del método clínico, se utilizó la técnica psicométrica. - Se utilizó la correlación.	**Humanos:** responsable y pacientes. **Materiales:** Fotocopias del cuestionario. **Técnicos:** Cuestionario (autoaplicado)	- 2 de mayo de 2014 **Duración:** 1 hora	- Aplicación grupal del cuestionario (autoaplicado).

Fuente y elaborado por: Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano

ANEXO Nº 8: Matriz Operativa de la Intervención Psicológica Grupal en el Grupo Experimental

Tabla 8.1.: Matriz Operativa de la Intervención Psicológica Grupal en el Grupo Experimental

Nombre del Taller	Objetivo	Ejercicios y Procedimiento	Tiempo	Recursos
Encuentro 1. **Tema:** El árbol de las fortalezas	- Identificar las fortalezas de cada uno de los integrantes del grupo, para que se asocien directamente con ellas y al reconocerlas asuman su potencialidad al convivir con su enfermedad.	- Dinámica de Inicio: Presentación de cada uno junto con sus fortalezas. - Definición de fortaleza y de felicidad. - Autoconocimiento - Ejercicio de meditación. - Plenaria - Trabajo en grupo - Dinámica de Cierre: "Aprender a volar" - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 20 minutos - 10 minutos - 30 minutos - 20 minutos - 20 minutos - 10 minutos - 10 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Papel periódico, crayones, clores, acuarelas, tizas, marcadores, masking, grabadora. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro 2. **Tema:** El significado de la Diabetes en mi vida	- Promover la trascendencia de vida, estimulando la reconciliación de la persona con su Ser, a raíz del reconocimiento del significado de la Diabetes en sus vidas.	- Dinámica de Inicio: "Sigo de Pie" - Recapitulación y análisis de logros alcanzados. - Exposición del Significado de Vida - Ejercicio: Visualización para la reconciliación con la Diabetes. - Plenaria - Dinámica de Cierre: "Sigo de Pie" (como refuerzo).	- 15 minutos - 10 minutos - 10 minutos - 30 minutos - 25 minutos - 15 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Papel periódico, marcadores, grabadora o laptop.

		- Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 10 minutos	**Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro 3. **Tema:** Mi familia junto a la Diabetes	- Identificar la importancia de la presencia de los familiares en su enfermedad, para que rescaten lo positivo de la Diabetes y generen bienestar emocional, permitiendo el florecimiento de su ser.	- Dinámica de Inicio: Ejercicio físico con música. - Recapitulación y análisis de logros alcanzados. - Exposición del significado de familia. - Ejercicio: Reconocimiento y aceptación de su entorno. - Plenaria - Dinámica de Cierre: "Te agradezco". Trabajo manual. - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 20 minutos - 10 minutos - 10 minutos - 30 minutos - 20 minutos - 20 minutos - 10 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Hojas de papel Bond, marcadores, colores, esferos, grabadora o laptop. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro 4. **Tema:** Cuando yo era…	- Maximizar el gozo de los placeres del pasado. - Identificarlos y saborearlos según avance el ejercicio. - Crear recuerdos entorno a ellos.	- Dinámica de Inicio: Ejercicio físico con música. - Recapitulación y análisis de logros alcanzados. - Exposición del significado de placer y gozo. - Ejercicio: Visualización para maximizar el gozo y el placer. Dramatización - Plenaria - Dinámica de Cierre: Ejercicios de respiración. - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 20 minutos - 10 minutos - 10 minutos - 30 minutos - 20 minutos - 20 minutos - 10 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Radio, hojas de papel periódico, crayones, masking. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.

Encuentro 5. **Tema:** El cuento de mi vida positiva.	- Elevar la positividad de los integrantes del grupo para aumentar el bienestar por medio de sus fortalezas.	- Dinámica de Inicio: "Hay un cuento". - Recapitulación y análisis de logros alcanzados. - Exposición del significado de bienestar y de vida comprometida. - Ejercicio: Meditación y visualización de su futuro. - Plenaria - Dinámica de Cierre: "El nombre de mi cuento es". - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 10 minutos - 10 minutos - 15 minutos - 35 minutos - 20 minutos - 15 minutos - 10 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Crayones, papel periódico, masking, grabadora. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro 6. **Tema:** La caja del bienestar	- Promover el bienestar emocional, mejorando la atención, memoria, fluidez verbal, y la apertura a la información.	- Dinámica de Inicio: Ejercicio físico con música. - Recapitulación y análisis de logros alcanzados. - Exposición de la relación entre bienestar emocional y el mejor desempeño diario. - Ejercicio: Experiencias vivenciales frente a exposición de emociones. Trabajo manual. - Plenaria - Dinámica de Cierre: "Mi caja del bienestar terminada". - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 20 minutos - 10 minutos - 10 minutos - 40 minutos - 20 minutos - 10 minutos - 10 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Cajas o carpetas con hojas, pinturas, crayones, pega, tijeras, marcadores, papel celofan, papel brillante, cosas simbólicas para cada una de las personas. **Técnicos:** Ficha de

				evaluación grupal.
Encuentro 7. **Tema:** Los demás importan	- Fomentar las respuestas positivas y constructivas para ser más felices.	- Dinámica de Inicio: Ejercicio físico con música. - Recapitulación y análisis de logros alcanzados. - Exposición de la importancia de una visión positiva de los demás. - Ejercicio: Experiencias vivenciales de actitudes positivas. - Plenaria - Dinámica de Cierre: Compromiso de identificar lo positivo de las adversidades de los demás. - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 20 minutos - 10 minutos - 10 minutos - 30 minutos - 20 minutos - 20 minutos - 10 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Radio o Laptop **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro 8. **Tema:** Actividades de Flow.	- Promover el bienestar subjetivo y la satisfacción con sus vidas para que tengan un buen vivir, a través del flujo de consciencia.	- Dinámica de Inicio: Ejercicio físico con música. - Recapitulación y análisis de logros alcanzados. - Exposición del significado del Flow. - Ejercicio: Actividades libres que capten la atención de los pacientes. - Plenaria - Dinámica de Cierre: "Mi actividad de Flow favorita". - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 20 minutos - 10 minutos - 15 minutos - 45 minutos - 10 minutos - 10 minutos - 10 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Libre. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro 9. **Tema:** Empoderamiento	- Promover el descubrimiento de sus potencialidades por	- Dinámica de Inicio: Ejercicios de respiración. - Recapitulación y análisis de logros alcanzados.	- 10 minutos - 10 minutos	**Humanos:** Responsable,

	medio de la identificación con su Ser.	- Exposición del significado de empoderamiento. - Ejercicio: Meditación para maximizar el autoconocimiento. - Plenaria - Dinámica de Cierre: "Yo como Ser unificado". - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 10 minutos - 50 minutos - 20 minutos - 10 minutos - 10 minutos	practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Grabadora o Laptop. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro 10. **Tema:** La carta de la gratitud.	- Promover el bienestar en las personas a través de expresar sus sentimientos de gratitud hacia ellos mismos y hacia el resto de personas que estuvieron junto a ellos en este proceso terapéutico.	- Dinámica de Inicio: Ejercicios de respiración y de relajación en la naturaleza. - Recapitulación y análisis de logros alcanzados. - Exposición de la importancia de ser agradecidos. - Ejercicio: Retroalimentación de lo tratado a lo largo del proceso. Lectura de las cartas de gratitud. - Plenaria - Dinámica de Cierre: Ejercicio de visualización del árbol de sus vidas con sus fortalezas. - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 10 minutos - 10 minutos - 10 minutos - 50 minutos - 10 minutos - 20 minutos - 10 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Radio o Laptop **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.

Fuente: Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva.* Buenos Aires: Paidós

Elaborado por: Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano

ANEXO Nº 9: Matriz Operativa de la Intervención Psicológica Grupal en el Grupo Control

Tabla 9.1.: Matriz Operativa de la Intervención Psicológica Grupal en el Grupo Control

Nombre del Taller	Objetivo	Ejercicios y Procedimiento	Tiempo	Recursos
Encuentro 1. **Tema:** ¿Qué es la diabetes?	- Conceptualizar la Diabetes, sus causas biológicas y emocionales.	- Dinámica de Inicio: Tres verdades y una mentira. - Exposición sobre términos básicos sobre la Diabetes. Causas y consecuencias emocionales. - Plenaria - Dinámica de Cierre: Párate, siéntate y canta. - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 5 minutos - 25 minutos - 15 minutos - 10 minutos - 5 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Laptop, proyector, diapositivas. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro2. **Tema:** Aceptación de la enfermedad y bienestar psicológico.	- Exponer la importancia de la aceptación de su enfermedad para tener bienestar psicológico.	- Dinámica de Inicio: Nombres y adjetivos. - Recapitulación del Primer taller. - Exposición del significado de bienestar emocional y psicológico para la aceptación de la enfermedad. - Plenaria - Dinámica de Cierre: Lo que tenemos en común. - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 5 minutos - 5 minutos - 30 minutos - 10 minutos - 5 minutos - 5 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Laptop, proyector, diapositivas. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro 3. **Tema:** Las fortalezas del carácter.	- Enseñar la importancia de desarrollar fortalezas del carácter para lograr una vida	- Dinámica de Inicio: ¿Qué tipo de animal? - Recapitulación del Segundo taller. - Exposición del significado, importancia de fortalezas y	- 5 minutos - 5 minutos - 25 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes.

	comprometida.	de su relación con la vida comprometida. - Plenaria - Dinámica de Cierre: El sol brilla en. - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	 - 10 minutos - 5 minutos - 10 minutos	**Materiales:** Laptop, proyector, diapositivas. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro 4. **Tema:** Las emociones positivas.	- Promover la importancia de generar emociones positivas para el desarrollo de una vida placentera.	- Dinámica de Inicio: ¿Quién soy? - Recapitulación del Tercer Taller. - Exposición del significado de vida placentera y reconocimiento de las emociones positivas. - Plenaria - Dinámica de Cierre: Me voy de viaje. - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 5 minutos - 5 minutos - 30 minutos - 10 minutos - 5 minutos - 5 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Laptop, proyector, diapositivas. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.
Encuentro 5. **Tema:** La calidad de vida.	- Elevar el nivel de calidad de vida, por medio de la exposición de la importancia de una vida con significado.	- Dinámica de Inicio: Bailando sobre el papel. - Recapitulación del Cuarto Taller. - Exposición del significado de calidad de vida y sus condicionamientos externos; y el desarrollo de una vida con significado. - Plenaria - Dinámica de Cierre: ¿Qué ha cambiado? - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 5 minutos - 5 minutos - 30 minutos - 10 minutos - 5 minutos - 5 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Laptop, proyector, diapositivas. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.

Encuentro 6. **Tema:** ¿Es bueno criticar?	- Incentivar las relaciones interpersonales positivas por medio de la aceptación incondicional de la otra persona.	- Dinámica de Inicio: Tráeme. - Recapitulación del Quinto Taller. - Exposición de la importancia de generar relaciones interpersonales positivas y de los efectos negativos que tiene la crítica. - Plenaria - Dinámica de Cierre: Me gusta porque. - Evaluación: Retroalimentación de lo tratado y resumen de la actividad.	- 5 minutos - 5 minutos - 30 minutos - 10 minutos - 5 minutos - 5 minutos	**Humanos:** Responsable, practicantes de psicología y pacientes. **Materiales:** Laptop, proyector, diapositivas. **Técnicos:** Ficha de evaluación grupal.

Fuente: Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva.* Buenos Aires: Paidós

Elaborado por: Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano

ANEXO Nº 10: Consentimiento Informado para Intervención Psicológica a Grupo Experimental y Grupo Control

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Los integrantes del Club de Diabéticos del Hospital "Nuestra Señora de la Merced" de la ciudad de Ambato, nos permitimos informar que aceptamos voluntariamente ser parte del Grupo Experimental para el proceso de atención psicológica desarrollado en el hospital con el fin de dar ejecución al trabajo de disertación intitulado: "Psicología Positiva Grupal y su incidencia en los niveles de glucosa en pacientes con diagnóstico de Diabetes", siendo responsable la Srta. Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, quien acuerdo consentido del Jefe Médico del Hospital, Dr. Patricio Abril.

Además aceptamos recibir el Asesoramiento correspondiente como complemento necesario en el proceso de intervención.

Adjunto las hojas de que contienen los nombres, números de cédulas y firmas de los integrantes del grupo experimental.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Los integrantes del Club de Diabéticos del Hospital "Nuestra Señora de la Merced" de la ciudad de Ambato, nos permitimos informar que aceptamos voluntariamente ser parte del Grupo Control para el proceso de atención psicológica desarrollado en el hospital con el fin de dar ejecución al trabajo de disertación intitulado: "Psicología Positiva Grupal y su incidencia en los niveles de glucosa en pacientes con diagnóstico de Diabetes", siendo responsable la Srta. Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, quien acuerdo consentido del Jefe Médico del Hospital, Dr. Patricio Abril.

Además aceptamos recibir el Asesoramiento correspondiente como complemento necesario en el proceso de intervención.

Adjunto las hojas de que contienen los nombres, números de cédulas y firmas de los integrantes del grupo experimental.