



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LAS CREENCIAS
IRRACIONALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL
GENERAL DOCENTE AMBATO”

Proyecto de Investigación previo a la obtención de título de Psicóloga Clínica

Líneas de Investigación:

Salud y Grupos Vulnerables

Autora:

ELVIA JOHANNA JÁCOME MEDINA

Director:

PAUL MARLON MAYORGA LASCANO

AMBATO – ECUADOR

DICIEMBRE 2020

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LAS CREENCIAS
IRRACIONALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL
GENERAL DOCENTE AMBATO.

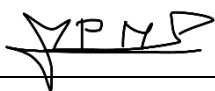
Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Mental

Autora:

ELVIA JOHANNA JÁCOME MEDINA

Paul Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg.

f.  _____

CALIFICADOR

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Ps, Mg.

f.  _____

CALIFICADOR

Mario Santiago Poveda Ríos, Ps, Mg.

f.  _____

CALIFICADOR

Varna Hernández Junco, Msc.

f.  _____

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.

f.  _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

AMBATO – ECUADOR

DICIEMBRE 2020

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **ELVIA JOHANNA JÁCOME MEDINA**, con **CC. 1805072566**, autora del trabajo de graduación intitulado: “**SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LAS CREENCIAS IRRACIONALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE AMBATO**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, diciembre 220



ELVIA JOHANNA JÁCOME MEDINA

CC. 1805072566

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía en las raíces de mis entrañas y mis sueños. A mis padres por su consideración positiva incondicional hacia mí, que me han otorgado las condiciones adecuadas para mi desarrollo y superación constante. A mi familia por apoyarme e impulsarme a lograr mis metas.

También agradezco a mis profesores, por impartirme sus conocimientos y a mis amigos por las vivencias a lo largo de mi carrera que nunca olvidaré.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mi familia.

A mi padre por ser un ejemplo de responsabilidad, bondad, perseverancia y de trabajo duro, ha sido la luz y guía en mi andar.

A mi madre, quien ha sido mi mejor amiga y ha compartido mis logros, anécdotas, frustraciones a lo largo de mi carrera, pero me ha impulsado a convertirme en alguien mejor. A mi hermana por ser un apoyo incondicional en cada uno de mis pasos, por su compañía y amor.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es determinar la relación entre los síntomas psicológicos y creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus en el Hospital General Docente Ambato. La investigación es un estudio de un enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra, se construyó por 60 pacientes diagnosticados con diabetes que acuden al Hospital General Docente Ambato y con una edad máxima de 65 años. Los participantes fueron evaluados con el Cuestionario de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (TCI), y el Inventario de Síntomas SCL90-R de L. Derogatis. En cuanto a los resultados, se encontró que las variables del cuestionario de creencias irracionales puntúan por encima del punto de corte, lo que significa que son altas en esta población, mientras que, en cuanto a los síntomas evaluados, las dimensiones del inventario puntúan por debajo del punto de corte, y no existe mayor correlación entre las mismas. Sin embargo, se encontró que, ante la creencia “dependencia”, se despliegan algunos síntomas psicológicos como somatizaciones, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ansiedad fóbica, psicoticismo, severidad global. A modo de conclusión, frente a las creencias irracionales y síntomas evaluados, se demuestra que el no tener una red de apoyo cercana es visto como catastrófico, con un despliegue de síntomas en consecuencia.

Palabras clave: *diabéticos, relación, creencias irracionales, síntomas psicológicos.*

ABSTRACT

The objective of this investigation is to determine the relation between psychological symptoms and irrational beliefs in patients with diabetes mellitus at the General Docente Ambato Hospital. The research is a study with no experimental approach of modality quantitative with a descriptive scope, correlational of cross section. The sample was taken from 60 maximum age 65 patients diagnosed with diabetes who come to the General Docente Ambato Hospital. The participants were evaluated with the Questionnaire of Irrational Beliefs from Calvete and Cardeñoso (TCI), and the inventory of symptoms SCL90-R from L. Derogatis. As a result, it was found that the variables of the irrational beliefs questionnaire score above the cut-off point, which means that they are high in this population. In addition, according to the symptoms evaluated, the dimensions of the inventory score below the cut-off point, and there is no greater correlation between them. However, it was found that, in view of the belief "dependence", some psychological symptoms are displayed, such as somatization, interpersonal sensitivity, anxiety, phobic anxiety, psychoticism, global severity. In conclusion, concerning the irrational beliefs and evaluated symptoms show the lack of a nearby support network is seen as catastrophic with a bunch of consequences.

Key words: diabetics, relation, irrational beliefs, psychological symptoms.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	6
1.1 Terapia Cognitiva	6
1.2. Terapia Racional Emotiva Conductual	7
1.3. Creencias Irracionales.....	8
1.3.1. Definición	8
1.3.2. Etiología las creencias irracionales.....	9
1.3.3. Tipos de pensamientos irracionales	9
1.4. Funcionamiento de las creencias irracionales	11
1.5. Consecuencia de los esquemas irracionales en el sujeto	12
1.6. Sintomatología Clínica	13
1.6.1. Síntomas físicos y psicológicos	14
1.6.2. Relación entre los síntomas clínicos y la conducta anormal o patológica.....	15
1.6.3. Prevalencia de los síntomas psicológicos en condiciones clínicas	15
1.7. Efectos de los síntomas psicológicos.....	16
1.7.1. A nivel Laboral.....	17
1.7.2. A nivel Académico	18
1.7.3. A nivel Personal	18
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	20
2.1. Metodología de Investigación	20
2.2. Técnicas y Herramientas	22
2.3. Participantes	26
2.4. Procedimiento Metodológico	33

CAPITULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS	34
3.1 Análisis Descriptivo de las variables.....	34
3.2. Cuestionario de Creencias Irracionales	34
3.3. Inventario SCL90-R	37
3.4. Correlaciones entre las variables que mide el test	41
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Síntesis de las Ideas Irracionales</i>	10
Tabla 2. <i>Análisis de la consistencia interna del TCI de Calvete y Cardeñoso (1999)</i> ...	24
Tabla 3. <i>Análisis de la consistencia interna del SCL90-R de L. Derogatis</i>	26
Tabla 4. <i>Análisis Sociodemográfico de la muestra</i>	29
Tabla 5. <i>Análisis Descriptivo de Variables Clínicas</i>	31
Tabla 6. <i>Análisis Descriptivo del Cuestionario de Creencias Irracionales</i>	34
Tabla 7. <i>Análisis descriptivo del Inventario de Síntomas Psicológicos</i>	37
Tabla 8. <i>Análisis descriptivo de Puntuaciones Globales</i>	40
Tabla 9. <i>Análisis Correlacional Creencias Irracionales y Síntomas Psicológicos</i>	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Jerarquía Psicológica de la Terapia Cognitiva</i>	6
Gráfico 2. <i>Modelo A-B-C</i>	11
Gráfico 3. <i>Medias y Puntos de Corte Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI)</i> ... 36	
Gráfico 4. <i>Puntos de Corte Inventario SCL90-R</i>	39

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este proyecto de investigación es determinar la relación que existe entre síntomas psicológicos y las creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus en el Hospital General Docente Ambato. Observaciones no sistematizadas señalan que los síntomas psicológicos acompañan a la diabetes a medida que, se desarrolla la enfermedad y la relación existente de creencias irracionales que interfiere en el desarrollo o afrontamiento de la misma, por ello es necesario conocerlos para profundizar en la comprensión del fenómeno, por lo cual, se realiza un análisis de los referentes teóricos y prácticos de síntomas psicológicos y creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus.

En una investigación realizada por Acosta (2014), al respecto de la relación entre el locus de control y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II, realizada en Quito-Ecuador, sobre una muestra de 36 pacientes mayores de 50 años de los cuales 11 del género masculino y 25 del género femenino hospitalizados en el área de Medicina Interna, con la utilización del inventario de depresión de Beck escala multidimensional de Locus de control en Salud, escala clinimétrica específica para pacientes diabéticos. Reveló que, un 61% de los examinados presentan un nivel de depresión moderada, un 28% con depresión leve y 3% con depresión grave; con respecto a los resultados del locus de control un 39 presenta una predominancia del locus de control interno, un 33% un locus de control externo y un 28% con un locus de control de otros poderosos; en cuanto a los rasgos de personalidad el puntaje significativo es del 22% que corresponden a anancásticos. Por lo tanto, los factores de control interno que tienen los pacientes con diabetes, se relacionan con la capacidad para resolver problemas, interfieren en la ubicación del problema y las situaciones externas como el cuidado de médicos y familiares modifican la visión que tienen de su pronóstico, que, a la vez, se adhieren con los estados emocionales que despliegan hacia las mismas.

En la investigación realizada por Domínguez y Viamonte (2014), sobre los factores emocionales, cognoscitivos, motivacionales que interfieren en la evolución de la enfermedad, se determinó los niveles de ansiedad y depresión, así como la vulnerabilidad al estrés, realizados en Cuba, sobre una muestra de 25 sujetos representada por pacientes con diabetes tipo II, atendidos en la consulta de atención integral al diabético del Policlínico Juan M. Martínez del municipio Sancti Spíritus, con la aplicación del Inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger, Gorsuch y Lushene, y el Inventario

de depresión rasgo-estado de Martín, Grau, Ramírez y Grau; y el Test de vulnerabilidad al estrés de Miller y Smith. Se concluyó, que existen niveles altos de depresión y ansiedad como estado situacional y transitorio, la mayoría de pacientes reconocen reacciones psicológicas. Por lo tanto, el diagnóstico de diabetes mellitus, modifica e incrementa las creencias irracionales y una mirada fatalista y pesimista de la enfermedad.

En un estudio realizado por Álvarez (2018), al respecto de las creencias irracionales y calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus II, realizados en el Hospital Básico de Pelileo y del Centro Gerontológico de Patate, sobre una muestra de 70 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus II, entre 27 a 67 años, los pacientes hombres representan el 17% y las mujeres representan el 83%. Con la utilización de herramientas como el Test de Creencias Irracionales CTI y el test de Calidad de vida específico para la Diabetes EsDQOL. Reveló hallazgos significativos con respecto a las creencias irracionales, un mayor porcentaje de 49% en culpabilización, 31% en problemas de dependencia y 14% en necesidad de aprobación. Con respecto a la calidad de vida los pacientes presentaron preocupación con respecto al diagnóstico y poca satisfacción con la misma. Por lo tanto, los pensamientos automáticos que presentan estos pacientes influyen en la visión que tienen de sí mismos y esta, se asocia con el nivel de preocupación e insatisfacción de llevar la enfermedad.

Los trabajos de Guairacaja y Jara (2018), con el objetivo de determinar las creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus tipo II, realizada en Cuenca-Ecuador, sobre una población de 174 pacientes entre 30 y 70 años, de los cuales el 63% representó a mujeres y el 36% hombres de la Fundación DONUM y con la aplicación de la escala de ansiedad y depresión de Hamilton y la escala de estrés para diabéticos de Polonsky. Reveló que, el 50% de pacientes presenta ansiedad grave, un 13% no presenta ansiedad y un 9% ansiedad moderada, con respecto a la depresión el 31% leve, 29% elevada y un 8% grave acompañados de síntomas como insomnio, tristeza, falta de interés, estrés y desilusión. Por lo tanto, estos síntomas psicológicos estarán presentes sin una intervención psicológica que favorezca el pronóstico de la enfermedad.

De acuerdo a las investigaciones mencionadas, los pacientes con diabetes mellitus, presentan dificultades con la aceptación de la enfermedad y por lo tanto adherencia al tratamiento. Existen síntomas psicológicos que acompañan la misma, entre los más frecuentes, depresión, ansiedad, estrés, síntomas somáticos, dificultades en la capacidad de afrontamiento. Con respecto a las creencias irracionales, lo que más sobresale es culpabilidad, dependencia y problemas con respecto a la aprobación de los demás. Por lo

tanto, se considerará el análisis de cada uno de los síntomas y que a su vez estarán acompañados de creencias irracionales e interferir en la evolución de la enfermedad, que es un factor negativo para su funcionalidad.

Por tanto, en este trabajo de investigación, se parte del siguiente problema, que se observa durante las prácticas realizadas en periodo 2019 en el Hospital General Docente Ambato, se detecta que existen varios pacientes que acuden a consulta externa y que son hospitalizados, que presentan diabetes mellitus y con síntomas relacionados a esta enfermedad como: ánimo depresivo, conductas ansiosas, entre otros y no se conoce si existe relación con estos síntomas psicológicos. Todo ello, generado por la existencia de creencias irracionales que podrían influir en la aparición o prevalencia de los mismos. Por lo tanto, la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué relación existe entre síntomas psicológicos y las creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus en el Hospital General Docente Ambato?

A partir del siguiente trabajo, se sostiene la hipótesis que existe una relación entre los síntomas psicológicos y las creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus en el Hospital General Docente Ambato, los pacientes con diabetes mellitus que presentan síntomas psicológicos estarán directamente relacionados con las creencias irracionales. Para justificar esta figuración, se necesita comprobar la relación que existe entre síntomas psicológicos y las creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus en el Hospital General Docente Ambato. De comprobarse la hipótesis, los descubrimientos permitirán conocer los síntomas psicológicos y las creencias irracionales que están repercuten en dicha enfermedad y generan una contribución en el estado del arte, lo que ayudará a una futura planificación por parte de otros investigadores en intervenciones a dichos pacientes que lo requieran.

Para responder a la hipótesis de la investigación, se proponen objetivos. El objetivo general es:

- Determinar la relación entre síntomas los psicológicos y creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus en el Hospital General Docente Ambato.

Para alcanzar el objetivo general, se plantean objetivos específicos:

- Fundamentar teóricamente los Síntomas Psicológicos y las Creencias Irracionales de los pacientes con diabetes mellitus.
- Evaluar Síntomas Psicológicos y Creencias Irracionales en una muestra de pacientes diabéticos del Hospital General Docente Ambato.

- Realizar un estudio estadístico de tipo correlacional entre Síntomas Psicológicos y Creencias Irracionales en pacientes diabéticos del Hospital General Docente Ambato.
- Elaborar un informe de resultados sobre la relación entre Síntomas Psicológicos y las Creencias Irracionales en pacientes diabéticos.

En cuanto a la metodología para cumplir los objetivos de la presente investigación, es un estudio descriptivo y correlacional, con un corte transversal, entendiéndose como una descripción de la población, que se realiza en un tiempo único (Montero & León, 2007). La población estimada es una muestra por conveniencia de 60 a 100 pacientes con diabetes en el Hospital General Docente Ambato, necesarios para los métodos estadísticos. A esta muestra, se le aplicará Inventario SCL-90-R (L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999) con el fin de medir la aparición de síntomas psicológicos y el Inventario de Creencias Irracionales (Adaptación por Calvete y Cardeñoso, 1999), para identificar la existencia de creencias irracionales y a partir de ese análisis, llegar a determinar la existencia de la relación.

En base a lo mencionado, se realizará un informe sobre la relación de los síntomas psicológicos y creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus del Hospital General Docente Ambato, con el fin de aportar a la investigación y darle un valor teórico que permita en el futuro, incrementar el abordaje psicológico y un acompañamiento al tratamiento médico para el bienestar de la salud mental en estos pacientes.

Para conseguir estos objetivos, se parte de un estudio con un paradigma positivista, nivel no experimental, de tipo cualitativo con un alcance descriptivo, correlacional y de corte transversal.

Por lo tanto, esta investigación servirá para conocer los síntomas que acompañarán a la diabetes y la relación existente o inexistente de creencias irracionales que interfieran en el desarrollo o afrontamiento de la enfermedad, dan apertura a la intervención psicológica para modificar y aportar al tratamiento. A su vez tiene una importancia social, la diabetes es una de las enfermedades crónicas que más ataca a personas en la actualidad, y por lo tanto demanda esfuerzo, adaptación, cuidados intensos, y motivación por parte de los pacientes, estarán presentes para una correcta respuesta al diagnóstico. La presente investigación es importante y actual, muchos pacientes con diabetes mellitus que experimentan síntomas psicológicos relacionados a creencias irracionales que repercuten de una manera inmanejable en los mismos, por lo cual la psicología tiene un aporte y un impacto en dicha enfermedad, considerada una de las más comunes y causa de la mortalidad en el tiempo actual.

A continuación, en el proyecto de investigación, se detallarán los capítulos que contiene la misma. En el primer capítulo, se elaborará el marco teórico, para explicar las variables de estudio, con el sustento bibliográfico de investigaciones similares que aportarán al desarrollo de las mismas.

En el segundo capítulo, se detallará la metodología, que se empleará para esta investigación, en relación al método general, específico, modalidad y alcance que permitirá detallar la consecución de los objetivos.

En el tercer capítulo, se abordarán los resultados, que se obtendrán de la investigación, en consecuencia, de las variables, que se desean estudiar. Los cuáles serán de contribución al estado de arte y se podrá generar un aporte al ámbito psicológico para nuevas investigaciones.

En el cuarto capítulo, se puntualizará las conclusiones y recomendaciones que surgirán del cumplimiento de los objetivos, posteriormente la obtención de datos y análisis de resultados. Para generar un resumen de lo desarrollado a lo largo de la investigación, y los aportes más significativos de la misma.

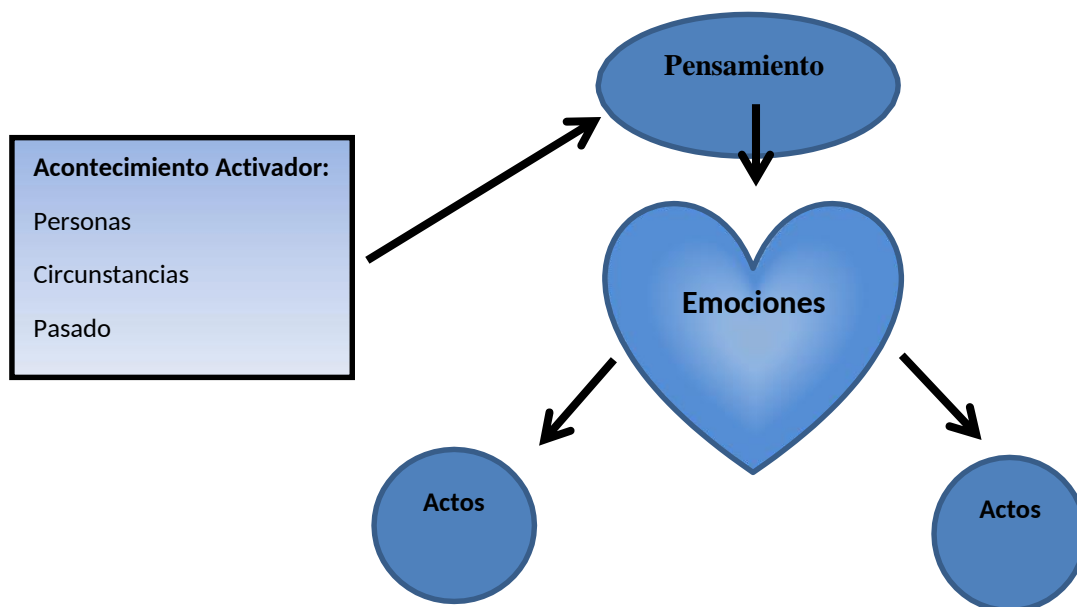
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva, viene a llamarse así debido al proceso mental de interpretación de la realidad, que se realiza a partir de la misma. Sin embargo, las emociones y conductas, que se desencadenan no son condiciones que existían de manera per se, sino son algunas reacciones de nuestra forma de pensar ante la realidad (Philip, 2009). Es decir, no reaccionamos emocional y conductualmente al hecho que percibimos en el exterior, sino que lo hacemos de acuerdo a la realidad subjetiva, que se crea a partir de la realidad objetiva.

Gráfico 1

Jerarquía Psicológica de la Terapia Cognitiva



Diseño: Tomado de Mayorga (2018)

De acuerdo al esquema expuesto, no existen emociones o conductas, que se escapen de esta secuencia. Es decir, frente a un hecho, es el pensamiento el que define las emociones y conductas próximas. Por lo tanto, si, se realiza una interpretación racional de un hecho lo próximo a este será la consecución de emociones y actos adaptativos ante el mismo. Sin embargo, si el sujeto realiza una interpretación inadecuada condensada en discursos autodestructivos con la presencia de ideas racionales, se generarán estados emocionales y conductuales desadaptativos e incluso trastornados (Mayorga, 2018). Se entiende que,

no son los hechos los que perturban en sí, sino los pensamientos que tenemos de lo expuesto, lo que determinara la postura que tengamos ante la realidad.

Estos postulados ya tienen sus antecedentes planteados por la filosofía, el principal fue el de Epicteto quien en el siglo I manifestó que “no son las cosas mismas las que perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas” (Camacho, 2003, p.2). A través, de estos aportes en la línea del tiempo han surgido autores más contemporáneos de la terapia cognitiva son Albert Ellis (1913-2007) y Aron Beck (1921), los representantes más importantes de este enfoque, aunque hayan empezado sus postulados desde la corriente psicoanalítica, sus estudios, se centraron en otros métodos para ver la mejoría de los pacientes en un ritmo más rápido lo cual los llevo a desempeñarse desde nuevos campos. Por un lado, Ellis acuño su trabajo bajo el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), mientras que Beck desarrollo sus estudios en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

La terapia cognitiva ha tenido un gran aporte en los procesos terapéuticos y los aportes de los autores más destacados antes mencionados. Lo enriquecedor de este enfoque es que el tratamiento, se basa en la formulación cognitiva de un trastorno y la aplicación teórica en la comprensión de cada sujeto (Beck, 1995). Se entiende que, este enfoque busca comprender el sistema de creencias del sujeto que denota su funcionalidad en la realidad. Por otro lado, el terapeuta intenta realizar mediante algunos recursos el cambio del sistema de creencias del sujeto para conseguir una transformación duradera de sus emociones y conductas (Beck, 1995). Es decir, mediante recursos externos con fines terapéuticos, la terapia cognitiva busca direccionar al sujeto a ser capaz de implementar nuevos recursos más adaptativos. Es por ello, que la terapia cognitiva es congruente con la afirmación: “Las leyes internas actúan a través de las leyes externas” (tomado de Rubinstein, 1964 citado en Riso 2006). Como se ve, la subjetividad del sujeto es la que entra en contacto con la realidad.

1.2. Terapia Racional Emotiva Conductual

Albert Ellis, uno de los autores más influyentes de la terapia cognitiva. Sin embargo, en un primer momento empezó sus postulados desde la corriente psicoanalítica estos, se centraron en la elaboración dirigida y no dirigida del insight (Ellis, 2014). Es decir, estos estudios lo llevaron al interés por la comprensión de las motivaciones del sujeto. Además, se centró en la teoría del aprendizaje y las diversas formas del condicionamiento, a partir de lo cual empezó a desarrollar su enfoque racional emotivo el cual condensa en el modelo del A-B-C; en el que sostiene que los trastornos emocionales provienen de

posiciones irracionales (Mayorga, 2018). Se entiende que, este modelo intenta describir como las posiciones cognitivas del sujeto le llevan a condiciones emocionales disfuncionales.

De acuerdo al desarrollo de la terapia racional emotiva conductual (TREC), su intervención terapéutica, se basa en primer lugar, que el sujeto tome conciencia de sus ideas creencias irracionales y poder apreciar el poder que estas tiene sobre su vida. A continuación, se procede a intentar generar una sustitución activa es decir será voluntaria, para incorporar otras más racionales y que le permitan adaptarse con mejores resultados que posteriormente serán apoyados por nuevos comportamientos, que se incluirán en el repertorio habitual del sujeto (Mayorga, 2018). Se entiende que, este proceso ocurre de acuerdo a la voluntad y organización del sujeto al darse cuenta sobre los pensamientos que ha generado sobre ciertos acontecimientos y las conductas contraproducentes que han generado los mismos.

Se señala que la TREC, maneja un modelo del A-B-C, en el, que se intenta dar explicación al proceso en el, que se ve implicado un acontecimiento activador, un sistema de creencias irracionales y la consecuencia emocional y conductual. Esta dinámica ayuda a la identificar la racionalidad y adaptación que proporcionan las creencias condensadas. A su vez cabe resaltar que este modelo, “puede recurrir a herramientas ajenas a su propio paradigma, a fin de obtener resultados más rápidos y eficientes en el proceso de recuperación de sus pacientes” (Mayorga, 2018, p.164). Es decir que, la TREC sumara algunas técnicas convenientes para el proceso terapéutico con el fin de que construir nuevos hábitos, que sean más asertivos para el sujeto y su adaptación.

1.3. Creencias Irracionales

1.3.1. Definición

Se entiende por creencias irracionales a: “Manifestaciones dogmáticas y absolutas cuya no consecución provoca emociones negativas inadecuadas y alteraciones de conducta que interfieren en la obtención de nuevas metas” (Carbonero, Martín, & Feijó, 2010, p. 289). Estas afirmaciones; influyen de manera general en el sujeto, convirtiéndose en su manera común de actuar ante las diferentes facetas de la vida.

Así, lo manifiesta Mayorga: “El término empleado no pretende recalcar simplemente la ausencia de lógica o falta de apego a la realidad de estas posiciones cognitivas, sino fundamentalmente su carácter destructivo y contraproducente a nivel adaptativo” (2018, p.170). Es decir, las creencias irracionales vendrán a convertirse en patrones fijados que dan cuenta sobre las experiencias y la adaptación a la realidad del sujeto. A partir de todo

lo señalado, es evidente que existen tipos de creencias irracionales que despliega el sujeto ante uno o varios hechos.

1.3.2. Etiología las creencias irracionales

El origen de las creencias irracionales es multivariado, uno de los principales autores que describe las mismas, es Albert Ellis, que creo la terapia racional emotiva denominada la TREC. La misma que considera que los problemas del sujeto tienen tres orígenes y son el pensamiento, la emoción y la conducta. Es así, como la TREC afirma, “que cuando las personas, se perturban seriamente a sí mismas casi siempre implícita o explícitamente aceptan o inventan creencias irracionales” (Ellis y Grieger, 1990, p. 32). Se entiende que, las dificultades, se consolidan en el pensamiento del sujeto de manera natural.

Los pensamientos racionales o irracionales que surgen de la interpretación de una realidad, tienen dos tipos de consecuencias emocionales y conductuales (Caro, 2007). Es decir, los pensamientos guían al sujeto a partir de un hecho y estos van a crear efectos emocionales y conductuales en el mismo y su entorno.

Es así, que existe un pensamiento racional e irracional. Como lo manifiesta Caro (2007) “la filosofía racional es una filosofía de las preferencias, de los deseos, frente a la filosofía irracional, que sería una filosofía de los absolutos, las demandas o las exigencias de cómo deben ser las cosas” (p. 99). Se entiende que, las creencias irracionales son absorbentes de tal manera, que demandan sobre el sujeto y su cumplimiento. En el estudio de la irracionalidad Ellis, se dio cuenta de que, existían varias creencias irracionales básicas, que se presentan en la mayoría de sujetos, que se van a exponer a continuación (Caro, 2007). Las creencias irracionales, que comprenden al sujeto de manera básica tienen una clasificación según estos estudios.

1.3.3. Tipos de pensamientos irracionales

Como, se mencionó anteriormente, las creencias irracionales representan esquemas fundamentales en el sujeto y están presentes ante todo tipo de situaciones. Las principales creencias planteadas, a continuación, por Ellis son sus 11 famosas creencias (tomadas de Ellis, 2009 citado en Mayorga, 2018):

1. Existe una necesidad extrema del ser humano adulto, el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su vida y su comunidad.
2. El sujeto siempre será competente, eficiente y exitoso en sus actividades, de lo contrario será una persona desaprovechada e inservible.
3. Las personas serán virtuosas y honestas, de lo contrario serán consideradas malvadas y merecedoras de castigo.

4. Es terriblemente catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que al sujeto considera adecuado y como desea que ocurran.
5. La desgracia humana, se origina por causas externas y las personas tienen poca o casi ninguna capacidad para controlar sus sentimientos y conductas disfuncionales consecuentes.
6. Si algo es peligroso, o temible, se sentirá terriblemente inquieto por ello, y por la posibilidad que esto ocurra.
7. Es más fácil evitar, que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. Se depende de los demás y se necesita alguien más fuerte en quien confiar.
9. La historia pasada es determinante decisivo de la conductual actual o con gran seguridad volverá a ocurrir en situaciones futuras.
10. Los problemas de los demás, son una tragedia y lo correcto sería sentirse muy preocupado por ellos.
11. Existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y si esta solución no, se encuentra sería catastrófico.

Dado que las creencias irracionales, señaladas por Ellis aparecen ante situaciones diarias, en los estudios del autor, se determinó que son más comunes de lo que parecen y tienen la particularidad de ser creencias constantes ante sí mismos, los demás y una preocupación por ser adecuado en el mundo y por lo que ocurre en él. Las mismas, se agrupan en tres categorías de demandas comunes del sujeto, ante sí mismo, ante los otros y ante el mundo (Paula, 2007).

Tabla 1

Síntesis de las Ideas Irracionales

Demanda	Discurso
Demandas sobre uno mismo	Yo tengo que...yo debería...yo necesito...
Demandas sobre los otros	La gente debería...los padres tendrían...
Demandas sobre el mundo	El mundo o la vida deberían...

Diseño: Tomado de Mayorga (2018)

Se aprecia, lo que sobresale de las creencias irracionales es su carácter magnificador, la visión absolutista y catastrófica del futuro y lo que rodea. Lo que provoca consecuentemente estados emocionales y conductuales desastrosos y hasta el punto de

llegar a ser patológicos debido a la falta de funcionalidad y adaptación que provocan en el sujeto en su desarrollo en el mundo exterior.

1.4. Funcionamiento de las creencias irracionales

Desde los modelos psicológicos cognitivos, se acentúa la relación entre las estructuras, procesos y eventos. Con respecto al funcionamiento de las creencias irracionales, (tomadas de Ellis, 1962 citado en Calvete y Cardeñoso, 1999), propuso un paradigma ABC en el que establece el principio básico de que las cogniciones median y son centrales en la génesis y mejora de los trastornos emocionales, conductuales e interpersonales. Es decir, las creencias según Ellis, tienen un funcionamiento, el cual pretende describir con estos tres representativos que, se manifiestan en el sujeto. Es así, que el paradigma mencionado, se descompone de la siguiente manera: “A” simboliza los acontecimientos externos o puntos de partida para el desarrollo de “B”, que serían las creencias, creencias y pensamientos irracionales que, se generan a partir de “A” y “C” representa las emociones y conductas (Mayorga, 2018). Es decir, los pensamientos del sujeto surgen a partir de un hecho y este trae consecuencias psíquicas y conductuales.

Gráfico 2
Modelo A-B-C



Diseño: Tomado de Mayorga (2018).

A partir de esto, se descubre que las alteraciones del sujeto, no se despliegan directamente de los acontecimientos de la vida, son las interpretaciones de estos, las que definen el patrón de pensamiento y su manera de reaccionar de manera natural a los eventos. Como lo manifiesta Mayorga (2018) “las creencias que, se desarrollan a partir del acontecimiento activador (A), representan las creencias fundamentales del sujeto, incluso sus actitudes básicas frente a la vida” (p. 170). Es decir, las posiciones cognitivas y la manera destructiva de ver las situaciones será catastrófica y nublar la visión del sujeto en los acontecimientos de la vida. Las creencias irracionales condensadas en “B”, no son

incidentales o infrecuentes, son constantes y constituyen patrones básicos que son fijados a partir de las experiencias tempranas de la vida del sujeto (Mayorga, 2018). Se entiende que, las creencias del sujeto llegarán a construir sintomatología que represente el núcleo de la patología.

Es por ello que, a partir de estos pensamientos desadaptativos, se crean emociones positivas o negativas y se valoran de acuerdo de la funcionalidad o no de las mismas en el entorno, que se desarrolle el sujeto. Y es importante mencionar, que este sistema funciona como una retroalimentación, en que las consecuencias representadas por “C” vuelven a reforzar cada vez más la idea en un principio, si son interrumpidas por emociones inapropiadas que generan posteriormente conductas inapropiadas las cuales serán una prueba que compruebe el postulado primario. (Mayorga, 2018). Es decir, el modelo tiene un funcionamiento circular en donde las situaciones, emociones y conductas, se ven influenciadas entre sí, hacen que el sujeto mantenga la posición irracional en la que, se encuentra.

1.5. Consecuencia de los esquemas irracionales en el sujeto

Los esquemas irracionales en el sujeto, influyen de manera directa en como el sujeto percibe su alrededor y lo que considera frustrante hasta llegar a ser insoportable para el mismo. La no adaptación, se ve relacionada con la baja tolerancia, la evaluación que tienen los sujetos con respecto a los eventos a los que se considerarán como catastróficos, fatales y se convierten en una permanente muestra de ansiedad y depresión (Mayorga, 2008). Se entiende que, los procesos irracionales generan en el sujeto una visión a partir de la cual, se originan ciertos trastornos que tienen como base los mismos. La adaptación al mundo depende claramente de cómo, se origina la creencia y la manera que repercute en cómo valora las experiencias que vive así, se construye como una visión desadaptativa que enferma con el tiempo. La demanda absolutista no permite la adaptación sana de sujeto y genera un malestar que no, se controla por el mismo, del que el sujeto, se lamenta sobre el mundo “que no es” (Mayorga, 2018). Por ello la importancia de conocer el modo en él, que se valora un hecho el sujeto, debido a que lo que demande del entorno va a generar una mayor aceptación o negación de sí mismo o el entorno.

Los esquemas irracionales tienen la característica de generar conductas destructivas del sujeto en la sociedad. Se pone en relieve los mecanismos a través de los cuales determinados estilos cognitivos perturban el estado depresivo iniciado por sucesos fundamentalmente de pérdida o rechazo (tomado de Ellis, 1962, citado en Calvete y Cardeñoso, 1999, p.181). Se entiende que, la incomodidad del sujeto y el origen de su

malestar están presentes en sus pensamientos y la repercusión que estos tienen en el estado de ánimo actual y permanente.

1.6. Sintomatología Clínica

A lo largo de la historia, el concepto de salud y enfermedad, se han construido de la mano, como parte de uno mismo. Existe entre ambos un espacio intermedio en el que el sujeto no está enfermo del todo, pero tiene riesgo de estarlo. Como lo manifiestan Sagarduy, Sánchez y Piña (2011) “la investigación de los procesos de salud-enfermedad, se sitúa en los estilos de vida, se enfoca en como la persona percibe, define y actúa con relación a la presencia de síntomas” (p. 93). Se entiende que, el sujeto percibe sus síntomas de acuerdo a su desempeño y la relación que tiene con los mismos.

La sintomatología psicológica clínica, se la definirá como el conjunto de síntomas físicos y psicológicos. Es importante, poder explorar las funciones superiores, “las áreas que suelen examinarse, incluyen a la conciencia, para determinar su capacidad de alerta y las alteraciones asociadas, que evalúan el grado de conexión del individuo con el mundo exterior e interior” (Mayorga, 2014, p.14). Los mismos dan cuenta de rasgos constitucionales del sujeto, así como una predisposición de la instalación de un trastorno de entidad clínica, o puede no ajustarse a criterios para diagnosticarse o titularse por lo que implica que pase desapercibida, debido, a que se evidenciara en el nivel de desajuste en función a la adaptabilidad y rendimiento del sujeto en los distintos campos de su vida.

Otras de las funciones a evaluar para explorar si existe la instalación de un trastorno o sintomatología clínica, consiste en un análisis de las funciones superiores y la expresión por medio del lenguaje que refleja lo que caracteriza al pensamiento, el mismo tendrá una estructura lógica y que tenga paridad con la realidad (Mayorga, 2014). Es decir, se atenderá a los nexos que tiene el discurso. Por su parte el terapeuta por medio de la dirección del discurso intenta encontrar lo que acompaña y el significado que tiene en la conciencia (Jiménez, 2012). Es decir, se concretará la queja principal del sujeto y determinar el sufrimiento subjetivo, para encontrar el posible origen de la sintomatología clínica.

También resulta importante evaluar las sensopercepciones, que integran las sensaciones y percepciones internas, así como externas; por otro lado, la inteligencia para valorar la asimilación cognitiva y la simbolización que, se le da a lo cotidiano, para evidenciar el afrontamiento de la realidad y la comprensión del estado anímico (Mayorga, 2014). Es decir, es importante identificar la relación del sujeto y los estímulos, que valoran la relación e intensidad que genera con los mismos. El clínico tendrá que identificar como,

se encuentra el sujeto y explicar la formación de un síntoma en específico (Berrios, 2008). Es decir, el síntoma poco tendrá sentido, si, no se llega a incorporar el significado que adquiere en el sujeto y su alrededor.

1.6.1. Síntomas físicos y psicológicos

A lo largo de la historia, en varios campos como la medicina, psiquiatría el síntoma clínico tiene una connotación distinta, por un lado, es una expresión clara del cuerpo, sin embargo, por otro es una manifestación de un malestar psíquico, a nivel emocional y conductual que provoco la poca adaptación del sujeto. Afirma Desviat (2010) “el síntoma psiquiátrico, como bien, se ha señalado en la literatura psiquiátrica, exige de la interpretación pues contiene un mundo de sentido, que a su vez lo modifica” (p. 129). Es decir, hay una interacción constante, entre el sujeto, el mundo que lo rodea y el examinador para obtener un resultado dinámico que de la explicación de lo que el sujeto padece.

Es importante recalcar, que el sujeto modifica el síntoma a nivel psicológico, en procesos internos que son expresados la mayoría de las veces a nivel exterior y fácil de distinguir con la observación de conductas descontroladas que denotan el origen psíquico. “el síntoma es el resultado dinámico, complejo de la forma en la personalidad del sujeto ha integrado, reelaborado y transformado escenas y situaciones vividas de una manera más o menos dramática o tramatizante” (Desviat, 2010, p.130). Se entiende que, la forma en la que el sujeto modifica un hecho de la realidad va a ser producto de los rasgos de su personalidad, y la visión de sí mismo, el mundo y los esquemas mentales racionales o irracionales que lo manejan.

Por otro lado, un síntoma físico, es algo, que se determina con la aplicación de una prueba física, y que podría indicar la posibilidad de que el sujeto tenga una afección médica. Según Díaz, Gallego y León (2006) “los signos físicos son “marcas” objetivas y verificables de la enfermedad y representan hechos sólidos e indiscutibles. Su significado es mayor cuando confirman un cambio funcional o estructural ya sugerido por la anamnesis” (p. 2). Es decir, los signos o síntomas físicos, son comprobables tanto para el sujeto como para los que lo rodean, sin embargo, estos estarán acompañados por síntomas psicológicos, aparecen en el sujeto y muchas veces son ignorados, debido a que: “El síntoma cobra sentido en la biografía del sujeto, y se hace enfermedad según el imaginario colectivo” (Desviat, 2010, p.127). Se entiende que, el síntoma es subjetivo, y va a ser interpretado de acuerdo a la realidad que vive el sujeto dentro de sí y en comunión con los demás.

1.6.2. Relación entre los síntomas clínicos y la conducta anormal o patológica

Cuando los pacientes cumplen con los criterios necesarios para llenar un cuadro de diagnóstico, aparece sintomatología clínica. Los síntomas clínicos están completamente establecidos, y se manifiestan en la conducta anormal, debido a que suelen tener ciertas características en la sintomatología que son: duración, intensidad, frecuencia y se percibirán irracionales por el sujeto (Mayorga y Moreta, 2019). Se entiende que, los síntomas clínicos, se hacen presentes con el comportamiento del mismo, lo que implica que. Esta sintomatología pasará de manera inadvertida, no tiene una caracterización, y se evidenciará en el nivel de desadaptativo que tenga el sujeto lo cual causará presencia de conductas patológicas (Mayorga, 2014). Las alteraciones en el comportamiento dan cuenta del desajuste del sujeto de acuerdo a las normas culturales en las que viva.

En lo que respecta a trastornos como la depresión posee sintomatología clínica, un síntoma sería el momento en el que es percibido por el sujeto como un dolor a nivel psíquico o, se concibe como síndrome por ser una reunión de síntomas (Mayorga, 2014). Se entiende que, un síntoma da cuenta de la afección del paciente y aproxima al diagnóstico según el nivel de afectación que tenga en su desempeño. También es importante recalcar que la personalidad del sujeto influye en el apareamiento circunstancial de síntomas, entonces algunos acontecimientos significativos que dan paso al apareamiento de síntomas (Mayorga, 2014). Es decir, que el apareamiento de dicha sintomatología, sería simplemente la respuesta a acontecimientos, que se consideren catastróficos.

Así, también en la ansiedad, afirman Blanco, Aguilera, Cuevas, Mena, Olry de Labry y Vencesalá (2018) “el trastorno de ansiedad generalizada (GAD), que se caracteriza por ansiedad y preocupaciones generalizadas y altamente angustiantes, está asociado con un deterioro severo” (p. 5). Es decir, esta sintomatología subclínica, crea un nivel de deterioro en el sujeto. Sin embargo, en un principio puede no cumplir con los criterios suficientes para darle una etiqueta diagnóstica. La ansiedad suele estar presente en la mayoría de pacientes médicos con enfermedades graves, sin embargo, no todos consideran tener la necesidad de un tratamiento psicológico.

1.6.3. Prevalencia de los síntomas psicológicos en condiciones clínicas

Resulta significativo reconocer que la sintomatología clínica estará presente en la mayoría de sujetos, especialmente en los que presentan enfermedades crónicas, una de ellas es la diabetes. Afirman Jiménez y Dávila (2007) “la diabetes puede representar un estrés psicosocial que predispone a las personas con diabetes a presentar desordenes

psicológicos, como la depresión (p. 129). Debido a que es una de las enfermedades crónicas más comunes en la actualidad, su vivencia, se correlaciona con la presencia de síntomas psicológicos.

Por otro lado, la sintomatología ansiosa, se correlaciona en la mayor parte de pacientes con diabetes. Según Constantino, Milagros, León y Díaz (2014) “los pacientes con ansiedad y depresión cumplen con menor frecuencia las recomendaciones relacionadas a la actividad física y la dieta; ello contribuye a una peor calidad de vida” (p.197). Se entiende que, la sintomatología de trastornos psicológicos aparecerá debido a las condiciones de vida en la, que se desenvuelva el sujeto, sin embargo, la presencia de sintomatología clínica avanza y se convierte en un trastorno que este de la mano de condiciones clínicas y que empeoren la calidad de vida del sujeto.

1.7. Efectos de los síntomas psicológicos

Uno de los factores principales, que se relacionan con la enfermedad es la emoción y los efectos que crea posteriormente son estados emocionales disfuncionales y conductuales desadaptativos. La ira y el miedo fueron las emociones más estudiadas porque, se encontró que estimulan las glándulas suprarrenales, y resultan ser las responsables de activar el metabolismo y privan las funciones de asimilación y digestión (Rodríguez y Frías ,2005). Es decir, que estas emociones desadaptativas que acompañan un cuadro patológico, traerán efectos fisiológicos y hasta enfermedades crónicas.

Los efectos de los síntomas psicológicos surgen de acuerdo a la implicación en la funcionalidad del sujeto. A su vez el tratamiento que lleve es de vital importancia para que disminuyan o aumenten los mismos. Los pacientes no son una reunión de órganos enfermos, sino que interactúan con la enfermedad, en cierta forma esos problemas les generan estrés, y dificultades producidas por la enfermedad (Frank, 1988). Es decir, que los hechos en la vida general del sujeto en compañía de la sintomatología de la enfermedad agravan o disminuyen la adaptación del mismo. También “se debe incluir el miedo y otras emociones destructivas que la enfermedad evoque en el paciente y en la familia, los cambios que produzca en los roles y relaciones familiares” (Frank,1988, p.46). Se entiende que, las emociones negativas provocan cambios en el área en donde, se desarrolla el sujeto.

Por otro lado, en el área hospitalaria los efectos de los síntomas suelen aumentar en gran nivel debido al ambiente de amenaza en el que viven por un tiempo. Algunos de los estados mentales inadecuados que experimentan son la percepción de amenaza para la supervivencia y la tergiversación de la información que manifiestan los médicos y el

exterior debido, a que se creaban rumores alarmistas y el miedo provocaba un aumento de síntomas (Frank, 1988). Se entiende que, el ambiente en el que, se desarrolla el sujeto con síntomas claramente estipulados, suele ser un factor predisponente de los mismos que agrava los efectos en su desarrollo.

De acuerdo a la teoría cognitiva manifiesta que, las emociones positivas están asociadas con cierta inmunidad física y recuperaciones rápidas, sin embargo, las negativas con el desenlace de la enfermedad (Rodríguez y Frías, 2005). Esto supone que, las emociones positivas en su intensidad proporcionan una mayor funcionalidad, sin embargo, las negativas vendrían a proporcionar efectos negativos en la salud y el desenvolvimiento del sujeto. Por otro lado, en las teorías conductuales, desde los estudios de Watson, se destaca que el objeto de estudio es la conducta humana y las llamadas respuestas son la base para estudiar la parte afectiva, los cambios fisiológicos entre otros (Rodríguez y Frías, 2005). Se entiende que, a partir de la expresión conductual, se determina los efectos que el estado patológico que causa.

En la teoría psicoanalítica, el mal funcionamiento del sujeto recae sobre la represión y otros mecanismos que esconden conflictos de la infancia, sucesos dolorosos, entre otros. El efecto que producen algunos síntomas tendrá que ver con sentimientos reprimidos. Por ejemplo, las náuseas y el vómito podrían tener que ver con preocupaciones de la historia de vida, la hipertensión arterial podría significar que el sujeto está constantemente preparado ante la amenaza (Maher, 1970 citado en Rodríguez y Frías, 2005). Es decir, el síntoma que expresa el sujeto, se acompaña de una actitud que proporciona un simbolismo que intenta demostrar. Por último, es importante mencionar, que los efectos psicológicos, se reducen con el manejo clínico adecuado, una buena conexión con el medio que lo rodea y a presencia de una red de apoyo que lo acompañe en el transcurso del cuadro clínico.

1.7.1. A nivel Laboral

En el nivel laboral, la sintomatología depresiva, ansiosa o la presencia de otros cuadros clínicos, son las que influyen significativamente, estudios revelan que la relación estadística entre el empleo y los trastornos del estado de ánimo tiende a prestar una predisposición a la autoeliminación (Campo y Cassiani, 2008). Es decir, que el ambiente general está directamente relacionado a los efectos psicológicos que generan los sujetos. Por un lado, la depresión, “se asocia con altos grados de discapacidad, y repercute de manera negativa tanto en la productividad individual como en la colectiva, con impacto económico alto en las organizaciones empresariales” (Vera, Vélez y Córdova, 2018, p.3). Se entiende que, si bien en si el aspecto laboral no es el generador directo de la

sintomatología clínica, las repercusiones del estado mental de los trabajadores, se relacionan a la productividad.

Ante los efectos que, se producen en el ambiente laboral, se ha concluido que el apoyo corporativo es mucho más eficiente que el apoyo social por medio de los supervisores y compañeros de trabajo, al momento de amenorar los síntomas de la depresión (Park, 2002). Es decir que, se aprovecha la red de apoyo para combatir sintomatología del humor. Por parte de la OMS, se ha llegado a la conclusión de que las enfermedades como la depresión provocan no solo síntomas físicos sino también otro tipo de trastornos psíquicos (Sieglin & Ramos, 2007). Se entiende que, es importante identificar los efectos en el medio laboral para darle soluciones próximas.

1.7.2. A nivel Académico

La sintomatología clínica en el estudiante suele proporcionar un efecto de deterioro, provoca efectos en la conducta, rendimiento y aprovechamiento. Existe una asociación entre el nivel educativo y los trastornos mentales, si, se incrementa el nivel de escolaridad baja la prevalencia de un trastorno depresivo grave (Campo y Cassiani, 2008). Además, el ambiente académico potencializará las características de los estudiantes y permitirles mejorar en sus aptitudes interrumpidas, sin embargo, si este, se torna desfavorable. Mayorga y Moreta (2019) mencionan, “la sintomatología, se agudiza, produciendo efectos que imposibilitan desempeñarse adecuadamente dentro de las actividades académicas, lo cual afecta el rendimiento general del estudiantado” (p. 456). Se entiende que, el ambiente tiene un aporte para incrementar la gravedad o discusión de los efectos psicológicos a nivel académico.

De acuerdo a lo mencionado, han surgido investigaciones al respecto, con la utilización del inventario de Síntomas SCL-90-R, estudios desarrollados en la población de 1277 estudiantes de la Universidad de Girona (España), han obtenido puntuaciones elevadas en obesidad, compulsividad, depresión y sensibilidad interpersonal, las cuales presentan mayor incidencia sintomática (Caparros, Vilar, Jaume y Viñas, 2007, citado en Mayorga y Moreta, 2019). Se entiende que, las puntuaciones en la sintomatología clínica y subclínica de estos estudios, manifiestan la repercusión que tiene el ambiente académico.

1.7.3. A nivel Personal

A nivel personal, el sujeto, se desarrolla en algunos ámbitos, sin embargo, también consigue logros, construye relaciones interpersonales. “En la tradición psicológica, la conducta anormal, se le atribuye a un desarrollo psicológico imperfecto y al contexto social” (Mebarak, Castro, Salamanca y Quintero, 2009). Es decir, un sujeto acumula

experiencias que aportan o repercuten de manera destructiva en su desarrollo. Un sujeto sin síntomas clínicos es capaz de relacionarse con el entorno y adaptarse de manera eficaz. El bienestar físico, psicológico y social, van más allá de un examen físico, también abarca la función subjetiva que da cuenta de sus emociones y conductas pertinentes y no es la ausencia de la enfermedad sino el concepto positivo del, que se conoce el vigor del sujeto (Oblitas, 2004). Es decir, el funcionamiento adaptativo del sujeto no recae en la condición clínica que tenga, sino en la visión de la misma lo que determina su desempeño.

La salud mental a nivel personal, es uno de los aspectos más importantes para predecir el desarrollo del sujeto y su nivel de funcionalidad en diferentes áreas. De acuerdo al Ministerio de Protección Social (2004), se entiende que la salud no solo, se define por la ausencia de síntomas, sino por el desarrollo de habilidades individuales y colectivas, por lo tanto, la labor de la psicología es llegar a descubrir los estados adaptativos en el sujeto. Por lo tanto, el estilo de vida a nivel personal del sujeto determina la probabilidad de recaer en un estado de enfermedad mental y física.

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Metodología de Investigación

A continuación, se va a describir la metodología que, se empleó para el desarrollo de la investigación. El presente proyecto parte de un estudio con un paradigma neopositivista, nivel o modalidad no experimental, de tipo cuantitativo con un alcance descriptivo, correlacional y de corte transversal.

- **Paradigma**

El paradigma en él, que se basa este estudio es neopositivista. Entendiéndose por neopositivismo, la ciencia producto de un acto colectivo, no resta independencia alguna a las ciencias y se pone en relación con las nuevas adquisiciones científicas, se limita a las ampliaciones científicas, propicia intercambios de una ciencia a otra y revisa varios conceptos en diferentes ramas (Atencia, 1991). Es decir, que constituye una ciencia unificada, con el fin de crear conocimientos acertados. Razón por la cual, se sustentará esta investigación bajo el siguiente paradigma con el fin de revisar conocimientos de varias ramas, y darle un mayor aporte teórico; sin la intervención de juicios de valor, y con el fin de comprobar la hipótesis establecida, acompañada de un estudio estadístico. Por ello, se determinará parámetros de las variables, que serán expresados de manera numérica.

- **Nivel**

La investigación corresponde a un nivel no experimental. Entendiéndose, por diseños no experimentales los que no tienen una determinación aleatoria, no existe una manipulación de variables o grupos. El investigador solo observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir (Sousa, Driessnack y Costa, 2007). Es decir, no existe una manipulación del exterior, solo una denominación natural de lo estudiado. Por lo tanto, este nivel o modalidad es el adecuada para esta investigación, debido a que, no se altera el objeto de estudio, y no se construirá ninguna situación nueva, solo, se limitará a observar el funcionamiento de los fenómenos ya existentes en la realidad, que darán un aporte nuevas perspectivas en el estado del arte.

- **Modalidad**

En cuanto a la modalidad de tipo cuantitativa. Para autores como Hernández, Fernández y Baptista (2014) “se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas y se utiliza métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis” (pp. 4-5). Es decir, que a partir del diseño de

la investigación, se estudiará un fenómeno en una realidad determinada. Los estudios cuantitativos tienden a seguir una estructura destinada a estudiar y comprobar hipótesis sobre los fenómenos a estudiar mediante el proceso (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se entiende que, de acuerdo a esta modalidad, el estudio, se lo realiza de la manera más ordenada y precisa. Por lo tanto, esta investigación es de tipo cuantitativo, debido al uso procedimientos estandarizados, a través de la interpretación de los resultados que facilitarán una explicación a los postulados teóricos ya planteados.

- **Alcance**

La presente investigación es de alcance descriptivo y correlacional y de corte transversal. Entendiéndose por descriptivo, afirman Hernández, Fernández y Baptista, (2014) “se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno, que se someta a un análisis” (p.92). Es decir, a partir de la información recolectada, posteriormente en el alcance descriptivo el investigador pretende detallar, especificar, como es y cómo se manifiesta el fenómeno de estudio.

Además, esta investigación posee un alcance correlacional, debido, a que se investigara la influencia de una variable en otra, “Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.93). Se entiende que, este alcance pretende evaluar la reciprocidad, a su vez las diferencias que existen entre fenómenos.

Por consiguiente, esta es una investigación de corte transversal, es decir, que se realizará en un solo momento determinado en el tiempo según las variables y grupos de estudio. Según Rodríguez y Mendivelso (2018) “los diseños transversales suelen incluir individuos con y sin la condición en un momento determinado (medición simultánea) y en este tipo de diseño, el investigador NO realiza ningún tipo de intervención (interferencia)” (p.142). Es decir, este corte determina lo, que se necesita, con una sola medición a las variables determinadas.

- **Método General**

El método general de la investigación corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales, quiere decir que, tributa a la búsqueda y el perfeccionamiento del conocimiento acerca de la realidad y a su vez tiene su forma particular de acercamiento al objeto, lo cual puede dar lugar a diferentes criterios de clasificación (Rodríguez &

Perez, 2017, p.181). Se entiende que este método ayudara a la investigación a indagar postulados teóricos para un aporte a las ciencias.

2.2 Técnicas y Herramientas

Se utilizaron dos técnicas para esta investigación, la observación científica por medio de la ficha sociodemográfica Ad Hoc. Además, de la entrevista psicológica semiestructurada, para la recolección de información de aporte a la investigación.

- **Observación Científica**

La observación es una técnica, que permite examinar de manera atenta lo que ocurre en la realidad, adjunta datos objetivos y subjetivos, que se validaran de manera respectiva. Es un método interactivo de recogida de información que requiere de la implicación del observador en los acontecimientos observados, permite obtener percepciones de la realidad estudiada (Rodríguez, Gil y García, 1996). Es decir, lo que el sujeto capta del fenómeno en la realidad es lo proporcionará un registro de información que aporte a la investigación. Por tanto, esta técnica en la investigación será adecuada para sintetizar los datos de la ficha sociodemográfica y los reactivos utilizados en los pacientes con diabetes.

- **Entrevista Psicológica Semiestructurada**

La entrevista semiestructurada, es muy utilizada, permite abordar algunos temas de importancia desde las dos partes del dialogo, el entrevistador y el entrevistado. Se distingue, por su carácter conversacional, desde una interacción simbólica con el fin de no oprimir a los participantes y facilitar la interacción (Díaz, 2004). Es decir, este tipo de entrevista supone un intercambio de preguntas y respuestas sin limitaciones, existe diversidad de argumentos que puedan salir entre las mismas. Por lo tanto, otorgara un nivel de validez a las pruebas aplicadas en la investigación.

- **Herramientas Psicométricas**

Ficha Ad Hoc sociodemográfica

En relación a la ficha Ad Hoc, se recopilamos los datos principales de los participantes de la investigación. La misma que está dividida en dos áreas, la primera; variables sociales como edad, sexo, estado civil, tipo de familia, lugar en donde vive. En segundo lugar, se ubican variables clínicas sobre como considera su salud, economía, que tipo de enfermedad manifiesta y los controles, que se realiza, incluye si recibe tratamiento psicológico, las preguntas, se realizaron en base a las características de la población. De acuerdo a esta aplicación, se afirmará o descartará la pregunta planteada para esta investigación, y posteriormente permitirá realizar conclusiones y recomendaciones de aporte al estado del arte.

Cuestionario TCI Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI)

Para la recolección de información fue necesario el uso del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI). El mismo que viene a ser una versión adaptada por Calvete y Cardeñoso (1999) de la versión abreviada del Test de Creencias Irracionales de Jones (1968). Se suprimieron 48 ítems del cuestionario de Jones, debido al nivel de contaminación de las respuestas (Calvete & Cardeñoso, 1999). El test era utilizado en la población de Medellín, y se ha validado en la población de Colombia según los estudios más recientes (Calvete y Cardeñoso, 1999). Mediante algunas investigaciones, consideraron que la evaluación de creencias irracionales podía llevarse a cabo en una versión más suprimida, es así, que esta versión queda confirmada de 46 ítems con cuatro opciones de respuesta, que van desde (no estoy de acuerdo, desacuerdo moderado, acuerdo moderado totalmente de acuerdo) (Calvete y Cardeñoso, 1999). Los cuales están determinados para evaluar 8 de las ideas irracionales sustentadas por Ellis en 1962, en las siguientes dimensiones:

- Necesidad de aprobación por parte de los demás: Este factor consta de 7 ítems, los que procurar medir al sujeto y su nivel de consentimiento con los demás.
- Altas Autoexpectativas: Consta de 4 ítems, entre los cuales, se pretende medir la importancia del éxito en la vida del sujeto.
- Culpabilización: Este nivel consta de 7 ítems, evalúa las acciones de los demás, con respecto a las normas sociales.
- Control emocional: Esta dimensión consta de 7 ítems, entre los cuales la persona evalúa la capacidad de sus pensamientos sobre el ámbito emocional.
- Evitación de problemas: Consta de dos ítems, entre los cuales, se evalúa si el sujeto, se incluye en conflictos con los demás.
- Dependencia: Este nivel, consta de 7 ítems, el sujeto responde de acuerdo a su deseo de ser atendido por los demás y su nivel de complacencia con ello.
- Influencia del pasado: Este factor consta de 7 ítems, se evalúa el grado de interferencia del pasado en la vida actual del sujeto.
- Perfeccionismo: Consta de 5 ítems, los cuales valoran si existen soluciones perfectas para realizar las cosas y el ideal que persigue el sujeto para las mismas.

Mientras mayor sea el puntaje en cada una de las dimensiones a evaluar, menor será la eficacia con la que el sujeto reaccione ante las decisiones y dificultades que encuentre, debido a los patrones mentales que controlan sus emociones y actos. El Cuestionario de

Creencias Irracionales (TCI) adaptado por Calvete y Cardeñoso (1991), obtuvo un alfa de Cronbach del 0,77 en la población colombiana.

A continuación, se presentan los datos del TCI obtenidos por medio del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach (α). Lo que va a permitir determinar las respuestas por parte de los sujetos participantes de la investigación y examinar la regularidad de las respuestas, independientemente de cómo, se apliquen.

Tabla 2

Análisis de la consistencia interna del TCI de Calvete y Cardeñoso (1999)

Dimensiones	Ítems	Alfa
Necesidad de Aprobación (NA)	7	0,57
Altas Autoexpectativas (AA)	4	0,07
Culpabilización (C)	7	0,58
Indefensión ante el cambio (IC)	7	0,78
Evitación de Problemas (EP)	2	0,37
Dependencia	7	0,44
Influencia del pasado (IP)	5	0,44

Nota. 60 observaciones. **Fuente:** Elaboración propia.

En base a los datos obtenidos, se determina que el TCI, adquirió una confiabilidad y homogeneidad en la mayoría de las dimensiones que componen el cuestionario, la consistencia en general y por áreas es buena para el empleo de la herramienta. Mediante esta investigación obtuvo un alfa total de Cronbach del 2,8.

Inventario de Síntomas Inventario SCL-90-R de L. Derogatis

El inventario de síntomas SCL-90R, fue diseñado para evaluar una cantidad de síntomas psicopatológicos de acuerdo al malestar que experimenta el sujeto. Derogatis y Cleary (1977), diseñaron esta herramienta en una muestra de pacientes ambulatorios psiquiátricos, y ha sido adaptada por UBA.CONICET (2008), el mismo que, se ha validado en los últimos años en la población Argentina en pacientes que necesitaban de psicoterapia (Sánchez y Ledesma, 2009). El mismo que consta de 90 ítems, con una escala de cinco puntos que van desde 0 – 4 (nada, muy poco, poco, bastante y mucho), entre los cuales, se evalúa las siguientes nueve dimensiones:

Somatización: Esta dimensión consta de 12 ítems, los cuales evalúan el nivel de malestar que, se encuentra en el cuerpo y otras reacciones de ansiedad.

Obsesiones y Compulsiones: Consta de 10 ítems, los cuales intentan dar a conocer los pensamientos y acciones recurrentes con respecto a las actividades de la vida cotidiana.

Sensitividad Interpersonal: Consta de 9 ítems, entre los cuales, se abordará la presencia de síntomas de inferioridad con respecto a los demás, y comparaciones con sus semejantes.

Depresión: Consta de 13 ítems, los cuales integran, sintomatología que corresponde al trastorno depresivo como tal, evalúa estado de ánimo, nivel de soledad, sentimientos de desesperanza, y a su vez ideación suicida.

Ansiedad: Consta de 10 ítems, en esta dimensión, se evalúa las reacciones ansiosas en general, miedos, ataques de pánico existentes, tensión.

Hostilidad: La siguiente dimensión consta de 6 ítems, en esta dimensión, se hace una afirmación sobre la reacción del sujeto ante los conflictos, Además, de sentimientos negativos y de enojo.

Ansiedad fóbica: Este nivel incluye 7 ítems, se pretende evaluar la reacción de miedo específico ante personas, lugares, la misma que es irracional.

Ideación Paranoide: Incluye 6 ítems, de los cuales evalúa el desorden de pensamiento, suspicacia y pérdida de autonomía.

Psicoticismo: En esta dimensión, se evalúan 10 ítems, que representan pensamientos que el sujeto no controla, alucinaciones, y soledad.

Ítems adicionales: Son conformados por 7 ítems, y los mismos no conforman una dimensión en sí, pero son útiles para evaluar el estado del sueño, apetito y otras funciones fisiológicas necesarias para evaluar el índice de severidad global.

Índice de Severidad global: Este valor va a corresponder a la sumatoria de todas las respuestas de cada una de las dimensiones mencionadas.

Total, de síntomas positivos: Representa la cantidad de las respuestas dadas que puntúen un nivel de malestar que no corresponda a inexistente.

Índice de malestar sintomático positivo: Este valor, va a corresponder al total de respuestas, evalúa los síntomas significativos que no correspondan a supuestos.

Mientras mayor sea el puntaje en cada una de las dimensiones a evaluar, mayor será el nivel de gravedad de síntomas que experimente y permitirá ampliar la visión de las áreas en las que más tenga dificultad y conocer la relación de su estado mental y corporal en general. El Inventario SCL 90-R, Adaptado por UBA CONICET (Casullo, 2008), obtuvo un alfa de Cronbach en todos los casos cercanos al 0,80 en la población Argentina, lo que indica altos niveles de consistencia interna (Sánchez y Ledesma, 2009).

A continuación, se presentan los datos de fiabilidad del SCL90-R obtenidos por medio del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach (α). Lo cual permite detectar la

homogeneidad de las respuestas emitidas por los participantes de la investigación independientemente de su aplicación.

Tabla 3

Análisis de la consistencia interna del SCL90-R de L. Derogatis

Dimensiones	Ítems	Alfa
Somatización (S)	12	0,88
Obsesiones y Compulsiones (OC)	10	0,79
Sensitividad Interpersonal (SI)	9	0,82
Depresión (D)	13	0,84
Ansiedad (A)	10	0,79
Hostilidad (H)	6	0,79
Ansiedad Fóbica (AF)	7	0,81
Ideación Paranoide (IP)	6	0,74
Psicoticismo (P)	10	0,79
Items Adicionales (IA)	7	0,62

Nota. 60 observaciones.

Fuente: Elaboración propia

En base a los datos obtenidos, se determina que el SCL90-R de L. Derogatis, es confiable y adquiere una homogeneidad y direccionalidad de los ítems que conforman el cuestionario, se dice, que tiene una buena consistencia general y por dimensiones para la aplicación de la herramienta.

2.3. Participantes

La investigación fue realizada con los pacientes diabéticos del Hospital General Docente Ambato, se trabajó con toda la población de acuerdo a algunos criterios de exclusión considerados, como el que tengan una edad menor a 65 años por las características de aplicación del test de síntomas SCL90-R, otro de los criterios es que tengan el diagnóstico de diabetes tipo I o tipo II

Población

La población, se comprende de pacientes con diabetes mellitus, los cuales poseen las mismas características y acuden a consulta externa del Hospital General Docente Ambato y algunos de ellos, se encontraban hospitalizados. El tamaño de la población, se delimita de acuerdo a los criterios de exclusión considerados oportunos para la investigación.

Muestra

La muestra, se comprende de 60 pacientes con diabetes mellitus, el tamaño de la muestra, se consideró de acuerdo a la población y a las variables hospitalarias. Por lo tanto, afirma Otzen y Manterola (2017), “una muestra será representativa o no; sólo si fue seleccionada

al azar, es decir, que todos los sujetos de la población blanco y accesible, tuvieron la misma posibilidad de ser seleccionados” (p. 227). Es decir, los sujetos que participarán en la investigación, se convertirán en una representativa de la población que permitirá definir características que comparten entre sí y generalizar las mismas.

Muestreo

Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia con criterios de exclusión. Se entiende por muestreo, al método para seleccionar a los participantes de una investigación, de la muestra total de la población (López, 2004). Es decir, en la investigación, se establecen los criterios para que los participantes formen parte de la misma. La técnica del muestreo será por conveniencia, afirma Otzen y Manterola (2017), “permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (p.230). Por lo tanto, los participantes de la investigación serán seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión correspondientes.

De acuerdo a los mismos, que en este caso son: que tengan un diagnóstico de diabetes mellitus, que acudan a la casa de salud del presente estudio, que tengan una edad máxima de 65 años por las características de las herramientas seleccionadas y que acepten participar en la misma y llenarán un consentimiento informado. Por otro lado, los criterios de exclusión, corresponden a los pacientes con diabetes de 65 años en adelante, que presente otro tipo de enfermedades orgánicas o mentales y pacientes que no hayan aceptado participar.

Características de la muestra

A continuación, se realizará un análisis de las variables sociodemográficas, incluidas algunas variables clínicas debido a la naturaleza de los participantes.

La investigación está constituida por 60 participantes que presentan diabetes mellitus del Hospital General Docente Ambato. La muestra estuvo compuesta por los pacientes que presentaban la enfermedad, tanto entre diabetes tipo I como diabetes II, que cumplen con los criterios para pertenecer al estudio, entre ellos tener una edad no mayor a 65 años para poder responder a uno de los reactivos, ser diagnosticados con diabetes y ser atendidos en la casa de salud en donde, se realiza la investigación.

3.1.1. Análisis Sociodemográfico de la muestra

La primera tabla corresponde a las características sociodemográficas de la muestra de pacientes con diabetes, las mismas que están conformadas por: Edad, sexo, estado civil, autodefinición, procedencia, origen de los recursos, tipo de familia, organización familiar,

nivel educativo, situación económica, apreciación de la salud, tratamiento psicológico y antecedentes psicológicos. Los resultados, se distribuyen según las variables sociodemográficas y las variables cuantitativas, se presentan con la frecuencia (f) y el porcentaje (%), mientras que las variables cuantitativas, se representan con la media (\bar{X}) y desviación estándar (σ).

Tabla 4.***Análisis Sociodemográfico de la muestra***

Edad	X	σ
	50,8	12,8
	F	%
Sexo		
Masculino	22	36,7%
Femenino	38	63,3%
Estado Civil		
Soltero/a	15	25,0%
Casado/a	24	40,0%
Divorciado/a	7	11,7%
Viudo	10	16,7%
Unión Libre	4	6,7%
Identificación Étnica		
Mestizo	59	98,3%
Indígena	1	1,7%
Procedencia		
Zona Urbana	44	73,3%
Zona Rural	16	26,7%
Origen de recursos		
Personales	13	21,7%
Estatales	43	93,3%
Cobertura Médica	4	6,7%
Tipo de Familia		
Nuclear	38	10,0%
Monoparental	13	21,7%
Reconstruida	5	8,3%
Extendida	4	6,7%
Organización familiar		
Padres	6	10,0%
Pareja	21	35,0%
Solo/a	10	16,7%
Hijo	18	30,0%
Otros	5	8,3%
Nivel Educativo		
Bajo	19	31,7%
Medio	34	56,7%
Alto	7	11,7%
Situación Económica Familiar		
Muy buena	3	5,0%
Buena	33	55,0%
Regular	21	25,0%
Mala	3	5,0%
Apreciación de la salud		
Buena	18	30,0%
Regular	37	61,7%
Mala	5	8,3%

Nota. 60 observaciones.

Fuente: Elaboración propia

La edad de los participantes de la investigación, se ubica en una media de 50,8 años con una desviación de 12,8. Lo que revela que la mayoría de pacientes, se encuentran en la adultez media.

En la variable sexo, se encontró que el 36,7% de la muestra de pacientes corresponde al sexo hombre y el 63,3% pertenece a mujeres, estos estudios coinciden con las características diferenciales entre diabetes tipo I y II, la diabetes II prevalente más en mujeres que en hombres debido a la hiperglucemia que, se da en la etapa gestacional, en caso de enfermedades pancreáticas (Ayala, Calvo, Herrada, López y Tezanos, 2002). Es decir, que el sexo femenino acude con mayor frecuencia a controles en relación a la enfermedad. Con respecto al estado civil, se encontró que el 25% son soltero/a, el 40% casado/a, el 11,7% divorciado, el 12,7 % viudo, y el 6,7 pertenece a unión libre, lo que evidencia que la mayoría de la muestra, se encuentra comprometida. Con respecto a la variable de autoidentificación, se encontró que el 98,3% de la muestra corresponde a mestizo/a y el 1,7% pertenece a indígena, lo que significa que no existen diferencias estadísticas significativas, la mayoría de la muestra corresponde a una de las denominaciones.

En relación a la variable procedencia, se encontró que el 73,3% pertenece a la zona urbana, mientras que el 26,7% a la zona rural. En relación a este dato, se considera que el costo del tratamiento para pacientes con diabetes resulta elevado, por lo que, se ve afectada la economía personal y nacional desde el punto de vista de la Salud Pública (Zavala, Fernández, 2018, p. 8). Por lo que, se considera que algunos pacientes de la zona rural desconocen del tipo de tratamiento y el costo que tiene los cuidados de la enfermedad y su inasistencia es alta. En la variable origen de recursos, se estableció que un 21,7% corresponde a personales, el 93,3% a estatales y un 6,7% que posee cobertura médica. Con respecto al tipo de familia, el 10% perteneciente a familias nucleares, el 21,7% pertenece a monoparental, 8,3% perteneciente a familias reconstruidas, el 6,7% a extendida. Con respecto a la variable organización familiar, se encontró que el 10,0% vive con sus padres, el 35,0 vive con la pareja, el 16,7% vive solo/a, el 30,0% vive con su hijo/a, y el 8,3% vive con otros. En relación al nivel educativo, el 31,7% tiene un nivel bajo, el 56,7% un nivel medio y el 11,7% un nivel alto.

Con respecto a la situación económica familiar, se halló que el 5,0% posee una situación muy buena, el 55% buena, el 22,0% posee una situación regular, lo que podría estar relacionado con su nivel educativo. Con respecto a la apreciación de la salud, se halló, que el 30% tiene una salud buena, el 61,7% regular, y el 8,3% mala.

3.1.2. Variables Clínicas de la muestra de pacientes

La segunda tabla está conformada por el análisis de las características de las variables clínicas en los pacientes con diabetes. Las variables a considerar son: diagnóstico

endocrinológico, número de controles al año, numero de internaciones, tratamiento administrado. Las variables, se presentan con la frecuencia (*f*) y el porcentaje (%).

Tabla 5

Análisis Descriptivo de Variables Clínicas

Estadísticos descriptivos		
Variables Clínicas	Pacientes	
	F	%
Diagnostico Endocrinológico		
Diabetes I	12	20,0%
Diabetes II	48	80,0%
Número de controles al año		
4 a 6 veces	37	61,7%
2 a 4 veces	14	23,3%
Numero de internaciones		
Ninguna	20	33,3%
1-5	32	53,3%
6-10	6	10,0%
11-15	1	1,7%
Más	1	1,7%
Tratamiento Administrado		
Hipoglicemiantes	32	53,3%
Insulina	21	35,0%
Mixto	7	11,7%
Si	7	11,7%
Tratamiento Administrado		
Si	7	11,7%
No	53	58,3%
Antecedentes Psicológicos		
Si	3	5,0%
No	57	95,0%

Nota. 60 observaciones.

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la variable diagnóstico endocrinológico, se encontró que el 20% corresponde a pacientes con diagnóstico de diabetes tipo I, y el 80% con diabetes tipo II, como puede apreciarse la mayoría de pacientes examinados tiene diabetes tipo II, cifras que coinciden con los datos del Centro de Biomedicina de la Universidad Central del Ecuador, en donde manifiesta que el Ecuador tiene 10% de prevalencia de diabetes mellitus II, la incidencia es muy alta y se acerca a la de otros países, Además, se correlaciona con enfermedades como la obesidad y la tendencia en el Ecuador es alarmante (Baldeón, 2016). Es importante destacar que la falta de hábitos alimenticios y

poca actividad física, se relacionan a la mayoría de pacientes. Con respecto al número de controles al año, se encontró que, el 67,1% acuden de 4 a 6 veces durante el año, datos que coinciden con estándares mundiales en una investigación realizada en Malaga, con una población de 72 pacientes con diabetes mellitus hospitalizados, en el que el 80,6% de pacientes no refería problemas para el autocuidado y preocupación por la enfermedad (Cruzado, Sánchez, Bombín, del Mar, Guerrero, 2014). Por lo que, se ejercía controles regulares que ayudan a un mejor control y calidad de vida con respecto a la enfermedad, y el 23,3% de pacientes que acuden a controles de 2 a 4 veces al año.

En la variable número de internaciones, se halló que el 33,3% no ha tenido internaciones durante el periodo de la enfermedad, el 53,3% ha tenido de 1 a 5 veces, cifras que difieren con los estándares mundiales en pacientes hospitalizados en el Hospital Pasteur de Montevideo, en donde el índice de internaciones hospitalarias en pacientes con esta enfermedad es de 21,5%, el 26,9% de diabetes en camas quirúrgicas y el 49% por motivos de consulta médica (Ibarra, 2015), y el 10,0% de 6 a 10 veces, el 11,7% de 11 a 15 veces, y el 1,7% veces más de las mencionadas. Es importante destacar que, los pacientes que han sufrido una mayor cantidad de internaciones son los que menos acuden a consultas y por lo tanto recaen en el control de la glucemia, y por otra parte algunos de la muestra de la investigación, se encontraban ya hospitalizados y en situaciones extremas como la amputación de un miembro del cuerpo. Con respecto al tratamiento administrado, se encontró que, el 53,3% se administra hipoglucemiantes, este tratamiento, se justifica debido a que la mayoría de pacientes inician un tratamiento oral ajustado hasta conseguir el nivel de glucemia adecuado, sin embargo, cuando no, se consigue, se pasa a la administración de insulina combinado o un tratamiento insulínico completo (Ayala, et al, 2002). Lo que podría significar que la mayoría de pacientes de esta investigación logran tener un control adecuado con un solo medicamento, por otro lado, el 35% insulina y el 11,7% un tratamiento mixto, esto de acuerdo a las necesidades de cada uno de los pacientes. Con respecto al tratamiento psicológico, se encontró que el 11,7% si recibe o ha recibido en algún momento terapia, y el 88,3% no ha recibido tratamiento psicológico hasta el momento, y se desconoce la repercusión de la falta de tratamiento psicológico en esta enfermedad. Por otro lado, con respecto a antecedentes psicológicos, se encontró que el 5% presenta antecedentes psicológicos dentro de la genealogía de sus parentescos, y el 95,5% no tiene antecedentes psicológicos en su familia.

2.4. Procedimiento Metodológico

Para la ejecución de la investigación, se procedió a recoger información a nivel bibliográfico con respecto al tema de la investigación, para posteriormente realizar un análisis de la información. Posteriormente, se seleccionó las herramientas psicométricas para explorar las variables de estudio, identifican la validez y confiabilidad de los mismos que ayuden a obtener resultados fiables. La investigación contó con la participación de 60 pacientes diabéticos del Hospital General Docente Ambato que acuden a consulta externa de medicina interna, endocrinología, psicología y algunos pacientes que son ingresados a hospitalización de las diferentes áreas.

En primer lugar, los participantes de la investigación llenaron una carta de consentimiento informado que permitió dar inicio, con la respectiva autorización de participar en la misma. La recolección de los datos, se realizó de manera individual, con un acompañamiento adecuado en cada uno y un tiempo aproximado de 20 minutos por cada participante, en el caso de los pacientes que acuden a consulta externa, se realizaba una entrevista antes de su turno asignado, se tiene en cuenta el sistema del establecimiento de salud pública en la, que se realiza el estudio. Los pacientes que acuden a consulta de psicología, se realizó la aplicación de reactivos en la misma y en el caso de los pacientes de hospitalización, se procedió a aplicar las herramientas de acuerdo a las condiciones de los mismos. Los pacientes fueron asistidos para responder a todas las herramientas seleccionadas: la carta de consentimiento informado; la ficha sociodemográfica y los cuestionarios en el siguiente orden: Cuestionario de creencias irracionales (TCI) de Calvete y Cardeñoso (1999) y el Inventario de Síntomas SCL90-R de L. Derogatis.

Posteriormente a la recolección de información, se inició la tabulación e interpretación de los resultados a través del Sistema de Análisis Estadístico SPSS versión 20, el cual es un software estadístico útil para analizar datos y a partir de eso realizar ilustraciones gráficas para la posterior interpretación estadística. Después de contar con la información de la ficha sociodemográfica y las herramientas de aplicación en el SPSS, se procedió a realizar un análisis descriptivo.

A partir de esta investigación, se ha llegado al conocimiento con respecto a la relación de las creencias irracionales y síntomas psicológicos en pacientes con diagnóstico de diabetes, con el fin de que en futuras investigaciones sirva de aporte para planificar métodos de intervención en una de las enfermedades crónicas y causa de mortalidad en la actualidad en la muestra del Hospital General Docente Ambato.

CAPITULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Análisis Descriptivo de las variables

A continuación, se realizará un análisis descriptivo de los resultados por medio de los reactivos: Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) de Calvete y Cardeñoso y el Inventario de Síntomas Psicológicos SCL90-R de L. Derogatis.

3.1.1. Cuestionario de Creencias Irracionales

Los resultados de la variable Creencias Irracionales esta distribuidos en la población de pacientes con diabetes. Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de mínimo (min), máximo (max), media (\bar{X}), desviación típica (σ).

Tabla 6

Análisis Descriptivo del Cuestionario de Creencias Irracionales

Dimensión	Min	Máx	\bar{X}	σ
Necesidad de aprobación	12	27	21,13	3,68
Altas autoexpectativas	4	16	11,16	3,22
Culpabilización	7	25	18,40	4,21
Indefensión ante el cambio	15	28	24,20	3,96
Evitación de problemas	2	8	5,30	1,84
Dependencia	13	28	20,86	3,38
Influencia del pasado	7	26	16,13	4,42
Perfeccionismo	9	19	15,11	2,59

Nota. N= 60 participantes, Min= Mínimo, Max= Máximo, \bar{X} =Media, σ =Desviación Típica.

Fuente: Elaboración propia

La tabla corresponde a las Creencias irracionales, valorada tras la aplicación del Cuestionario de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (TCI), que se conforma por ocho dimensiones, las cuales, se destinada a valorar algunas de las creencias irracionales más comunes en la población, entre las cuales: necesidad de aprobación, altas autoexpectativas, culpabilización, indefensión ante el cambio, evitación de problemas, dependencia, influencia del pasado, perfeccionismo, sobre una población (pacientes diabéticos).

Las puntuaciones presentadas a continuación corresponden el puntaje mínimo (mín.), el puntaje máximo (máx.), la media aritmética (\bar{X}) y la Desviación Estándar (σ)

En la dimensión Necesidad de aprobación, se encontró un mínimo de (12), y un máximo de (27), datos que coinciden con una investigación realizada en 30 pacientes entre 40 y 50 años en Guatemala en donde, se encontró que las mujeres puntuaron un máximo de 24.4, lo que implica que los sujetos demandan más de sí mismos y de los demás (Calderón, 2015). La media de la población de pacientes es de (21,13); y una desviación estándar de (3,68). En cuanto a la segunda dimensión Altas autoexpectativas, un mínimo de (4), y un máximo de (16), la media de la población de pacientes es de (11,16), una desviación estándar de (3,22); cabe señalar que en los estudios de Calvete y Cardeñoso con respecto al análisis factorial, se determinó que las dimensiones de Necesidad de aprobación y Altas autoexpectativas adquirieron la correlación más alta debido al factor de irracionalidad con respecto al éxito y aprobación (tomado de Lega, Caballo & Ellis, 1997 citado en Chaves & Quinceno, 2010). En cuanto a la tercera dimensión Culpabilización, se encontró un mínimo de (7,0), y un máximo de (25,0), cifras que coinciden con una investigación realizada en Venezuela a pacientes entre 30 y 65 años, en donde, se muestra el sentimiento de culpa tiene una intensidad leve del 13% en hombres y un 17, 7% en mujeres (Pineda, et al, 2004). La media de la población de pacientes es de (18,40), una desviación estándar de (4,21); valores que puntúan alto en esta dimensión, se cree que tienen poco control sobre sus emociones y piensan que está causado por otras personas o sucesos, esta dimensión mide el control emocional (Chaves & Quinceno, 2010). Es decir, este pensamiento irracional ocasiona pensamientos de autocastigo que desemboquen en conductas irracionales con respecto a la enfermedad. En la cuarta dimensión que corresponde a Indefensión ante el cambio, se encontró un mínimo de (15,0), y un máximo de (28,0), la media de la población de pacientes es de (24,20), y una desviación estándar de (3,96).

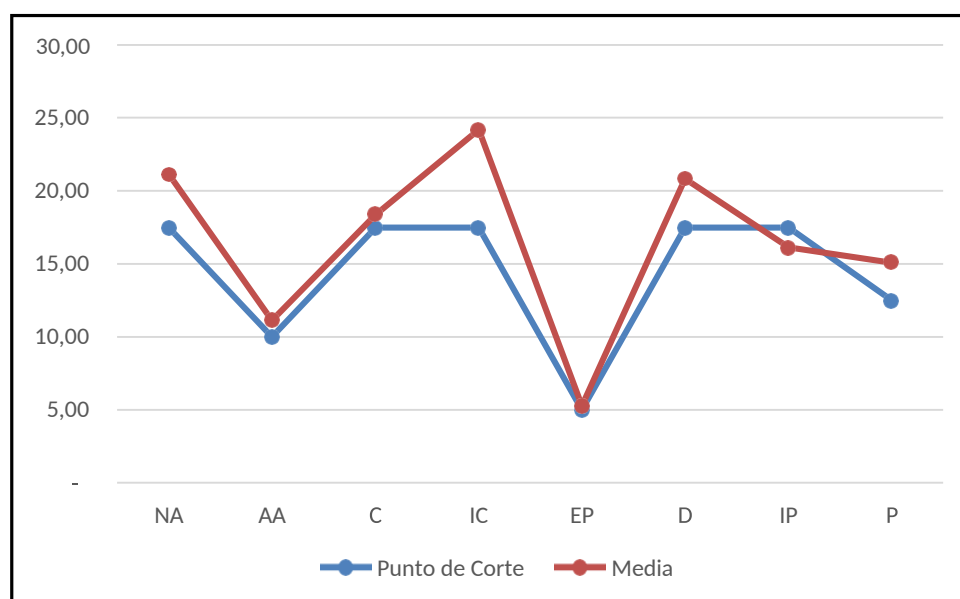
En la quinta dimensión que corresponde a Evitación de problemas, se halló, un mínimo de (2,0), y un máximo de (8,0), un rango correspondiente a (6,0), la media de la población de pacientes es de (5,30), una desviación estándar de (1,84). En la sexta dimensión que corresponde a Dependencia, se halló, un mínimo de (13,0), un máximo de (28,0), de acuerdo a varias investigaciones, se encuentra que la dependencia está vinculada al bienestar de las personas (Moya, 2007); la media de la población de pacientes es de (20,86), una desviación estándar de (3,96). En la séptima dimensión que corresponde a Influencia del pasado, se encontró, un mínimo de (7,0), y un máximo de (26,0), la media de la población de pacientes es de (16,13), una desviación estándar de (4,42); estudios muestran que la puntuación alta en esta dimensión, tiende a creer que su historia pasada

es la determinante actual y que no supera problemas anteriores (Chaves & Quinceno, 2010). Es decir, que este tipo de pensamiento ocasiona malestar y estar relacionado con el factor culpabilización. En la octava dimensión que corresponde a Perfeccionismo, un mínimo de (9,0), y un máximo de (19,0), la media de la población de pacientes es de (15,11), una desviación estándar de (2,59).

A continuación, se van a comparar las medias y los puntos de corte de los resultados encontrados en el Cuestionario de Creencias Irracionales.

Gráfico 3

Medias y Puntos de Corte Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI)



Fuente: Elaboración propia

La figura muestra la información obtenida de las ocho dimensiones que conforman el Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI), En las dimensiones de Necesidad de Aprobación, Altas autoexpectativas, Culpabilización, Indefensión ante el cambio, Evitación de problemas, Dependencia, Influencia del pasado, Perfeccionismo, la muestra de pacientes está por encima del punto de corte. Los datos obtenidos en investigaciones previas, indican puntuaciones similares y que las subescalas parecen estar relacionadas entre sí, mientras que Culpabilización y Perfeccionismo parecen variables independientes y las puntuaciones más altas son las obtenidas en Necesidad de Aprobación y Altas autoexpectativas (Chaves & Quinceno, 2010).

Es importante mencionar que los resultados obtenidos por encima del punto de corte, podrían estar relacionados con lo que Ellis mencionaba, que es posible que los sujetos

persigan metas de modo irracional, de manera exigente e intangible, produce consecuencias psicológicas de carácter negativo e incluso trastornos psicológicos, debido al valor desadaptativo que les proporcionan a las situaciones (Chaves & Quinceno, 2010). Es decir, los pacientes otorgan un valor extremista a las situaciones y contaminan sus pensamientos, emociones y a nivel conductual proporcionar respuestas desadaptativas. Sin embargo, existen escasas investigaciones en pacientes con diabetes para corroborar esta hipótesis.

3.1.2. Inventario SCL90-R

Los resultados de la variable Síntomas Psicológicos están distribuidos en la población de pacientes con diabetes. Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de mínimo (min), máximo (máx), media (\bar{X}), desviación típica (σ).

Tabla 7

Análisis descriptivo del Inventario de Síntomas Psicológicos

Dimensión	Min	Máx	\bar{X}	Σ
Somatizaciones	,00	44,33	24,13	10,53
Obsesiones y Compulsiones	2,00	34,40	20,59	7,82
Sensitividad Interpersonal	,00	31,33	12,59	7,59
Depresión	4,00	46,31	24,56	10,28
Ansiedad	3,00	32,40	15,25	7,59
Hostilidad	,00	18,67	7,39	4,95
Ansiedad Fóbica	,00	24,43	7,73	6,38
Ideación Paranoide	,00	20,67	9,03	5,07
Psicoticismo	,00	32,40	14,65	7,53

Nota. N= 60 participantes, Min= Mínimo, Max= Máximo, \bar{X} =Media, σ =Desviación Típica.

Fuente: Elaboración propia

La tabla corresponde a la variable Síntomas Psicológicos de la población de (pacientes diabéticos). El cuestionario utilizado es el Inventario de Síntomas psicológicos SCL90-R de L. Derogatis, herramienta conformada por nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico, estos tres reflejan aspectos diferenciales de los trastornos evaluados sobre una población (pacientes diabéticos).

Con respecto a la dimensión Somatizaciones, se encontró, un puntaje mínimo de (,0), el máximo fue de (44,33), la media de la población es de (24,11), y con una desviación típica

de (10,53); estos estudios, se diferencian a los realizados en una población clínica Colombiana en donde el valor de la media en somatizaciones correspondió a 15, lo que representa una marcada diferencia en relación al género (Londoño et al, 2018). En la segunda dimensión Obsesiones y Compulsiones, se encontró un puntaje mínimo de (2,0), el máximo fue de (34,40), la media de la población es de (20,59), con una desviación típica de (61,30); al parecer la incidencia de los trastornos de angustia y obsesivos compulsivos entre otros suele ser igual a la de un sujeto que no padece diabetes (Balhara, 2000). Con respecto a la tercera dimensión que corresponde a Sensitividad Interpersonal, un puntaje mínimo de (,0), el máximo fue de (31,33), la media de la población es de (12,59), y con una desviación típica de (7,59). En la cuarta dimensión Depresión, se halló como puntaje mínimo (4,0), y un máximo de (46,31), la *media* que corresponde a (24,56), y una desviación estándar de (10,28); en una investigación realizada en Tabasco a pacientes con diabetes mellitus II entre 30 y 80 años, se encontró que, los pacientes presentaban actitudes negativas, irritabilidad, sentimientos de enojo culpa, resentimiento, miedo y tristeza que influyen en las actividades de autocuidado (Rivas, et al, 2011). Es decir que la depresión será común en estos pacientes e influye en la enfermedad, la depresión en los pacientes diabéticos aumenta el riesgo a nivel fisiológico y mental, se estima que el riesgo es 50 % a 100% más altos en los mismos y complica el riesgo de mortalidad (Balhara, 2000). Es decir, los trastornos del estado de ánimo están directamente relacionados con la diabetes.

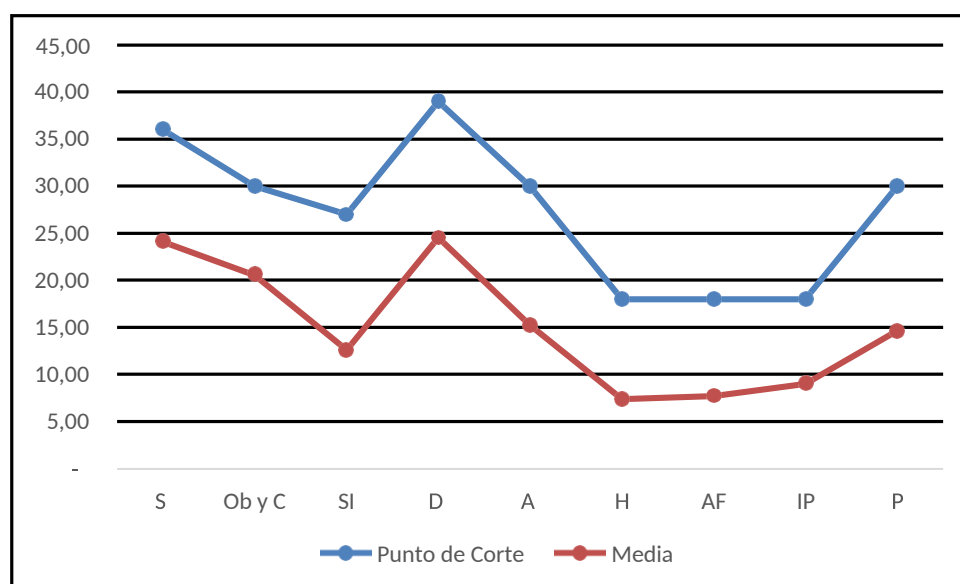
En el cuestionario original, se reportó en la quinta dimensión que corresponde a Ansiedad, se encontró como puntaje mínimo (3,0), y un máximo de (32,40), la media que corresponde a (15,25), una desviación estándar de (7,59). En un estudio, realizado en 100 pacientes con diabetes mellitus II en Tabasco, se encontró un estado de ansiedad alto que corresponde al 51% y con respecto a la ansiedad de rasgo, se obtuvo un nivel elevado del 51% (Rivas, et al, 2011). Es decir, el nivel de ansiedad es elevado en estos pacientes.

En la sexta dimensión que corresponde a Hostilidad, se halló como puntaje mínimo (,0), y un máximo de (18,67), cifras que difieren de una investigación a pacientes con diabetes mellitus en el área de Medicina de Venezuela, se encontró una intensidad en este síntoma, en los hombres un 52,2% y en las mujeres un 88,2%; la media que corresponde a (7,39), una desviación estándar de (4,95). Con respecto a la séptima dimensión que corresponde a Ansiedad Fóbica, se halló como puntaje mínimo (,0), y un máximo de (24,43), la media que corresponde a (7,73), una desviación estándar de (6,38). En la octava dimensión que corresponde a Psicoticismo, se encontró como puntaje mínimo (,0), y un máximo de

(32,40), la media que corresponde a (14,65), una desviación estándar de (7,53); con respecto a los trastornos paranoides, se muestra mayor resistencia al cambio, debido a que son considerados mayores y están asociados a un malestar psicológico, el sujeto tendrá un compromiso grande con sus creencias a pesar de las pruebas que existan en la realidad (Londoño et al, 2018). Es decir, planteamientos, que se tienen en cuenta en el manejo terapéutico de la enfermedad y a nivel de la salud mental.

A continuación, se van a comparar las medias y los puntos de corte de los resultados encontrados en el Inventario de Síntomas Psicológicos.

Gráfico 4
Puntos de Corte Inventario SCL90-R.



Fuente: Elaboración propia

La figura muestra la información obtenida de las nueve dimensiones que conforman el Inventario SCL90-R. En las dimensiones de Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo, se encuentran por debajo del punto de corte. Investigaciones en poblaciones clínicas muestran sensibilidad en casi todas las dimensiones excepto en las de Ansiedad Fóbica e ideación paranoide que podría deberse a la cantidad baja de items, sin embargo, los datos varían según el género (Londoño, 2018).

Es importante mencionar que los resultados obtenidos por debajo del punto de corte, podrían ser algunas limitaciones como el tamaño de la muestra para comprobar la validez del diagnóstico y el nivel de severidad de síntomas que experimentan. Sin embargo,

algunas investigaciones manifiestan que existe una relación entre eventos estresantes de la vida y el control de la glicemia en la etapa adulta, es así que los eventos positivos podrían aportar a un mejor control de la glicemia (Pineda, et al, 2004). Es decir, los acontecimientos y la interpretación de los mismos podrían tener un impacto en el control de la diabetes. Además, debido a que algunos pacientes estaban en el área de hospitalización resultó más difícil la discriminación de síntomas mediante la aplicación del inventario.

Tabla 8

Análisis descriptivo de Puntuaciones Globales

Dimensión	Min	Máx	\bar{X}	Σ
GSI	,34	3,62	1,80	,73
PST	22,00	89,00	59,86	17,68
PSDI	1,34	3,94	2,65	,593

Nota. N= 60 participantes, Min= Mínimo, Max= Máximo, \bar{X} =Media, σ =Desviación Típica.

Fuente: Elaboración propia

Los valores encontrados para los tres índices globales, se representan en primer lugar, con respecto al índice de Severidad Global de síntomas como puntaje mínimo (*,34*), y un máximo de (*3,62*), la media que corresponde a (*1,80*), una desviación estándar de (*,73*); las puntuaciones de este factor son un buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar y la intensidad que manifiesta (Casullo, 1999). Es decir, este factor permite conocer de manera global el malestar presente. Con respecto al índice de Síntomas Positivos para valorar el nivel de minimización o exageración de síntomas, se encontró como puntaje mínimo (*22,0*), y un máximo de (*89,0*), la media que corresponde a (*59,86*), y una desviación estándar de (*17,68*); de acuerdo al análisis del cuestionario puntuaciones superiores a 50 en varones y 60 en mujeres, indican que existió una alta tendencia a exagerar síntomas (Casullo, 1999). Además, según Belloch y López (2002) “muy diferente será entender un síntoma determinado como la manifestación o llamada de atención sobre un conflicto subyacente, o entenderlo como fruto de una hipersensibilidad” (p. 74). Es importante destacar que, aunque no, se hizo una diferencia por sexo, la puntuación del PST llega a 60 puntos lo que podría indicar que la población tiene una tenencia a exagerar las patologías. Es decir, pueda que los pacientes no experimenten la intensidad mencionada. Con respecto al índice de malestar sintomático positivo, se halló como puntaje mínimo (*1,34*), y un máximo de (*3,94*), la media que corresponde a (*2,65*),

y una desviación estándar de (,59); puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento (Casullo, 1999, p.2).

3.2 CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES QUE MIDE EL TEST

A continuación, se realizará la comparación de datos obtenidos de ambas variables independientes de estudio (creencias irracionales y síntomas psicológicos), con el fin de establecer la relación existente entre cada una de las dimensiones expresadas en el contenido de las herramientas aplicadas. Se ha procedido a utilizar el análisis de correlación de Pearson, tiene como objetivo medir la fuerza o grado de asociación entre dos variables aleatorias cuantitativas que poseen una distribución normal bivariada conjunta (Restrepo & González, 2007, p. 185). Es decir, es útil para poder identificar el nivel de significancia entre las variables.

Tabla 9

Análisis Correlacional Creencias Irracionales y Síntomas Psicológicos

TCI	SCL90-R												
	S	O y C	SI	D	A	H	AF	IP	P	IA	GSI	PS T	PSD I
NA	-,10	,05	-0,3	-,05	-,12	-,23	-,14	-,02	-,02	-	-,09	-	,01
AA	,04	-,12	-,02	-,01	,07	,04	-,04	,14	-,01	,06	-,00	,01	-,04
C	,01	,03	-,03	-,01	,08	-,23	,07	,03	,03	,02	,00	-	,02
IC	-,03	,19	,05	-0,35	-,07	-,19	-,14	,07	,11	,01	,00	-,06	,15
EP	-,21	,04	,1	,01	-,13	-,04	-,02	,02	,08	,12	-,02	-,14	,05
D	,26*	,03	,33**	,20	,34**	,01	,33*	,16	,33*	,20	,28	,25	,12
IP	,12	,05	,20	,08	,18	-,04	,15	,16	,21	,04	,15	,11	,05
P	,01	-0,9	-,02	-,07	,15	,09	-,03	-,06	,05	,09	,01	,01	-,05

Nota. **. La correlación es significativa al nivel 0,01. *. La correlación es significativa a nivel 0,05

Fuente: Elaboración propia

Los datos señalan que, se ha obtenido una relación significativa entre la dimensión de Dependencia en relación a los síntomas psicológicos estudiados, debido a que la dependencia representa creer en que, se dispone de otras personas más fuertes para apoyarse en las mismas y sentirse capaz de adoptar decisiones que tomará (Chaves & Quinceno, 2010). Es decir, el sujeto cree firmemente en que contará con una red de apoyo que le otorgue seguridad para tomar decisiones significativas. En un estudio sobre pacientes ambulatorios en el área de psicología, con problemas de dependencia, se utiliza

el test de Dependencia sentimentales y el SCL90-R, se logró identificar que existe una alta correlación entre el perfil psicopatológico y la dependencia, la mayoría de pacientes son buscadores de sensaciones, no tienen conciencia del problema, la mayoría de estos pacientes en la escala de síntomas tienen puntuaciones elevadas en casi todas las escalas (Santamaría et al, 2015). Con respecto a la variable Dependencia y Somatizaciones existe una correlación baja positiva ($,264$), la correlación encontrada resulta estadísticamente significativa ($p < ,05$). Se ha encontrado una correlación positiva entre Dependencia y Sensitividad Interpersonal ($,338$), la correlación encontrada resulta estadísticamente significativa del ($p < ,01$). La variable Dependencia adquirió una correlación de Pearson positiva con la variable de síntomas Ansiedad del ($,340$) la correlación encontrada resulta estadísticamente significativa ($p < ,01$). Entre las dimensiones Dependencia y Ansiedad Fóbica adquirió una correlación positiva ($,334$) estadísticamente significativa ($p < ,01$). De igual manera, la dimensión Dependencia, se ve relaciona con la dimensión de síntomas Psicoticismo del ($,339$), que corresponde a un nivel de significancia ($p < ,01$); investigaciones coinciden con estos datos, las elevadas puntuaciones en las dimensiones de obsesión, psicoticismo, y hostilidad, representan un manifiesto pensamiento relacionado con la búsqueda o pérdida de relación sentimental deseada (Santamaría et al, 2015). La variable Dependencia adquirió una correlación positiva ($,280$) con la variable de índice de severidad global, con un nivel de significancia ($p < ,05$).

A partir de los resultados obtenidos, se rechaza la hipótesis nula y se confirma la hipótesis alternativa, que señala que existe correlación entre las ideas irracionales y los síntomas psicológicos de los pacientes diabéticos del Hospital General Docente Ambato, específicamente en las áreas de *Dependencia* que, se relaciona con algunos de los síntomas psicológicos entre ellos: *Somatizaciones*, *Sensitividad Interpersonal*, *Ansiedad*, *Ansiedad Fóbica*, *Psicoticismo*, *Severidad Global*.

CONCLUSIONES

A partir de la investigación realizada por medio de la obtención de datos y el análisis de resultados, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- La fundamentación de las creencias irracionales, se caracterizan por ser patrones fijados que tienden a manifestarse en uno o varios hechos de la vida e influyen en la adaptación del mismo por su carácter destructivo. De igual manera, se entiende por, síntomas psicológicos a los que aparecerán en compañía de la sintomatología física, sin embargo, es importante analizar las funciones superiores del sujeto, para evidenciar la predisposición a un trastorno clínico o a la representación de algunos criterios, la presencia de síntomas psicológicos da cuenta del nivel de funcionalidad del sujeto y el desajuste en las diferentes áreas de la cotidianidad.
- Mediante la aplicación del TCI, se evidencia en el análisis descriptivo de resultados, que el grupo de pacientes con diabetes mellitus, se encuentra por encima del punto de corte en las dimensiones: *Necesidad de Aprobación, Altas autoexpectativas, Culpabilización, Indefensión ante el cambio, Evitación de problemas, Dependencia, Influencia del pasado, Perfeccionismo*. Es decir, las creencias mencionadas, serán las más utilizadas en este grupo de pacientes y adjudicarse a lo que Ellis mencionaba, que podrían apegarse a metas irracionales y exigentes, ocasiona interpretaciones inadecuadas acerca de su realidad, su tratamiento y los que los rodean, origina emociones y conductas desadaptativas a partir de las mismas.
- Mediante la aplicación del SCL90-R, se evidencia en el análisis descriptivo de resultados, que el grupo de pacientes con diabetes mellitus, se encuentra por debajo del punto de corte en todas las dimensiones medidas que corresponden a: *Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo*. Es decir, que las puntuaciones alcanzadas no fueron altas, esto pudo deberse a las circunstancias de la medición de la población, fueron pacientes de consulta externa y hospitalizados. Además, un dato significativo es el alto puntaje en la dimensión de síntomas positivos que llega a 60 puntos lo que podría indicar que la población tiene una tenencia a exagerar las patologías y presentar actitudes de fingimiento.
- Mediante la elaboración comparativa de tipo correlacional, se encontró que la creencia irracional *Dependencia*, se relaciona con algunos de los síntomas psicológicos entre ellos: *Somatizaciones, Sensitividad Interpersonal, Ansiedad*,

Ansiedad Fóbica, Psicoticismo, Severidad Global. Lo que indica que el grupo de pacientes con diabetes mellitus consideran que, depender de los demás y tener alguien más fuerte en quien confiar es de vital importancia y la falta de una red cercana implicaría ocasionar mayor cantidad de síntomas.

RECOMENDACIONES

Con el fin de contribuir a próximas investigaciones, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda informar sobre los resultados al Hospital General Docente Ambato. En base a los datos obtenidos, se recomienda una mayor promoción de la salud mental en esta población, la mayoría de pacientes no han tenido tratamiento psicológico. Además, se podría enfocar un plan de intervención en base al estudio de variables de la esfera afectiva (depresión, ansiedad, impulsividad, voluntad) y considerar el estudio del sistema familiar para evaluar el nivel de autonomía de esta población, debido a la correlación positiva de la variable Dependencia con el apareamiento de síntomas psicológicos.
- Debido a que, el Cuestionario de creencias irracionales, tuvo una baja confiabilidad en algunas de las dimensiones evaluadas, se recomienda ampliar el número de participantes o realizar una validación de constructo al respecto de la herramienta. Con respecto al SCL90-R, se recomienda realizar adaptación del instrumento para población ecuatoriana.
- Finalmente, al realizar investigaciones futuras, se recomienda hacerlo sobre una muestra más grande de sujetos, o elegir poblaciones que tengan variabilidad sociodemográfica como otro tipo de enfermedades crónicas (hipertensión, patologías tiroideas, epilepsia), también conocer la historia clínica de la enfermedad de los pacientes, para lograr enriquecer los resultados de la investigación. Además, se podría realizar estudios futuros enfocados en variables como el locus de control interno y externo para poder verificar el nivel de esfuerzo del individuo y como adjudica las circunstancias externas para considerar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- ABC Salud. (2014). La ayuda psicológica, clave para el tratamiento integral de la diabetes
- II. Mensaje publicado en <https://www.abc.es/salud/noticias/20141220/abci-impacto-psicologico-diabetes-201412191407.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Acosta, G. (2014). Relación de locus de control y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II mayores de 50 años internados en el área de medicina interna del HEG. (Tesis de Grado). Universidad Central del Ecuador, Ecuador.
- Álvarez, L. (2018). *Creencias irracionales y su influencia en la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. (Tesis de Grado). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Ambato: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato.
- Atencia, J. (1991). Anales del seminario de metafísica. Universidad Complutense, s.d(25). pp. 143-154. Recuperado de <file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/18631-Texto%20del%20art%C3%ADculo-18707-1-10-20110602.PDF>
- Ayala, P., Calvo, C., Herrada, M., López, M., & Tezanos, R. (2002). Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus. *OFFARM*, 21(10). pp. 120–124. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13039717>
- Balhara, S. (2000). Diabetes, trastornos psiquiátricos e interacciones entre ambas entidades. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 15(4). pp. 274-283. Recuperado de <https://www.siicsalud.com/dato/resiiccompleto.php/130807>
- Beck, Judith S. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos basicos y profundizacion*. 1e. España: Barcelona
- Belloch, A., & López, J. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome

- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=axWQAwwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=sintomatologia+clinica++en+trastornos+mentales+pdf&ots=IE0rSkdVQq&sig=44F_eE66mDWeogY0v1ExFQggMjw#v=onepage&q&f=false
- Blanco, M., Aguilera, C., Cuevas, C., Mena, A., Olry de Labry, A., Venceslá, J. (2018). Tratamientos basados en la evidencia para la Ansiedad. *Boletín Psicoevidencias*, (51). Recuperado de <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/resumenes-de-evidencia/24-tratamientos-basados-en-la-evidencia-para-la-ansiedad/file>
- Calderón, J. (2015). Creencias Irracionales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre 40 Y 50 años. (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos. Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de psicología*, 15, 179 – 190. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/05v98_15calvete.PDF
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos. Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de psicología*, 15, 179 – 190. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/05v98_15calvete.PDF
- Calvete, E., & Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Universidad de Murcia*, 15(2), 179-190. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/05v98_15calvete.PDF

- Campo, A. y Cassiani, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 559-600. Recuperado de file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/Trastornos_mentales_mas_frecuentes_prevalencia_y_a.pdf
- Carbonero, M., Martín, L., & Feijó, M. (2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 287-298. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1293/129315468011>
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapia cognitiva*. España: Editorial: Desclée de Brouwer, S.A.
- Casullo, M. (1999). El inventario de síntomas SCL – 90R de L. Derogatis. UBA CONICET. Recuperado de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf
- Casullo, M. (2004). El Inventario de Síntomas SCL - 90 de L. Derogatis. Buenos Aires: UBA
- Catillo, D. (2015). *Manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en la edad adulta media*. (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Chaves, L., & Quiceno, N. (2010). Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población Colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 41-56. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100004

- Constantino, A., Bocanegra, M., León, F., & Díaz, C. (2014). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Revista Médica Herediana*, 25(4), 196-203. Recuperado en 25 de marzo de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000400003&lng=es&tlng=pt.
- Cruzado, C., Sánchez, Y., Bombín, R., del Mar, M., & Guerrero, A. (2014). Control de la Diabetes, Algo más que una cifra de hemoglobina glicosilada. *Enfermería en Cardiología*, s.d(62). pp. 43-48. Recuperado de https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62_05.pdf desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Universidad del Norte*, s.d(23). pp. 83-112. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
- Desviat, M. (2010). Síntoma, signo e imaginario social. *Rev. Asoc. Esp. Nueropsiq*, XXX(105). pp. 125-133. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n1/07.pdf>
- Díaz, C. (2004). Teoría y metodología de los estudios de la mujer y el género. Policipiado. Neuquen. Octubre 2004.
- Díaz, J., Gallego, B., & León, A. (2006). El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Revista Cubana Gen Integr*, 22(1). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n1/mgi07106.pdf>
- Domínguez, M., & Viamonte, Y. (2014). Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. *Gaceta Médica Espirituana*, 16(3), 01-09. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000300009&lng=es&tlng=es.

Edición Medica. (2016). Ecuador tiene 10% de prevalencia de diabetes mellitus.II.

Mensaje publicado en <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-tiene-10-de-prevalencia-de-diabetes-mellitus-89013>

Ellis, A. (1973). *Humanistic Psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

Ellis, A. (2014). *Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Ellis, A. y Lega, L.I. (1993). Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Revista de Psicología Conductual*, 1 (1), 101-110.

Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional – Emotiva*, 2. Bilbao: Desclée de Brouwer.

estudiantado que presenta índice promedial condicionado: caso PUCESA.

Frank, J. (1988). Aspectos psicológicos y comportamentales de la enfermedad y del tratamiento. *Revista de psicología* 20(001). Pp.45-54. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80520104.pdf>

Guairacaja, V., Jara, F. (2018). *Trastornos psicológicos frecuentes en pacientes diabéticos de la fundación donum*. (Tesis de Grado). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*: (6a. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.

Ibarra, A. (2015). Prevalencia y características clínicas de pacientes diabéticos ingresados en un hospital general. *Arch Med Interna*,37(2). pp. 57-60. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v37n2/v37n2a02.pdf>

International Journal of clinical and Health psychology, 7(3), 847-862. ISSN 1697-2600. Recuperado de http://www.psiencia.org/docs/GNEIP07_es.pdf

- Jiménez, Á. (2012). La eficacia de la palabra. Sobre la interpretación y los procesos de cambio subjetivo en psicoterapia. Santiago: Universidad de Chile
- Londoño, N., Agudelo, D., Martínez, E., Anguila, D., Aguirre, D., & Arias., J. (2018). Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. *Med UNAB*, 21(2). pp. 45-59. Recuperado de: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995873/2807-otro-11191-1-10-20190322-validez-cuestionario.pdf>
- López, Pedro Luis. (2004). POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO. Punto Cero, 09(08), 69-74. Recuperado en 05 de junio de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tlng=es
- Mayorga, M. (2014). Sintomatología sub – clínica y el rendimiento académico del
- Mayorga, M. (2018). *Escuelas de psicología: un breve recorrido por las teorías de la personalidad*. 1e. Quito: Centro de Publicaciones PUCE.
- Mayorga, M. (2018). *Escuelas de psicología: un breve recorrido por las teorías de la personalidad*. [Gráfico 1]. 1e. Quito: Centro de Publicaciones PUCE.
- Mayorga, M. (2018). *Escuelas de psicología: un breve recorrido por las teorías de la personalidad*. [Tabla 1]. 1e. Quito: Centro de Publicaciones PUCE.
- Mayorga, M. (2018). *Escuelas de psicología: un breve recorrido por las teorías de la personalidad*. [Gráfico 2]. 1e. Quito: Centro de Publicaciones PUCE.
- Mayorga, M., & Moreta, Rodrigo. (2019). Síntomas clínicos, clínicos y necesidades de atención psicológica en estudiantes universitarios con bajo rendimiento. *Revista Educación*, 43(2), 452-467. <https://dx.doi.org/10.15517/revedu.v43i2.32239>
- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M., Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje mental. Bogotá.

- Ministerio de la Protección Social. (2004). Lineamientos de la política de salud. Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de orientación. World Health Organization, 16.3(7). Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=29B9ACC8C527CDFE72E69FBB6C659B67?sequence=1
- Otzen, T., Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población. *Int.J.Morphol* 35(1). pp. 227-232. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Park, K. O. (2002). The effects of social support at work on job demands, job control, depression, job performance and absenteeism. Recuperado de: https://getd.libs.uga.edu/pdfs/park_kyoun_g_o_200208_phd.pdf
- Paula, I. (2007). *¡No puedo más! Intervención cognitivo-conductual ante sintomatología depresiva en docentes*. Madrid: WK Educación.
- Philip, T. (2009). La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). *Royal College of Psychiatrists.*, 1-7.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., Leal, E., Martínez, Y & Cano, R (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 23(1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=559/55923103>
- Restrepo, B., & Gonzáles, L. (2007). De Pearson a Spearman. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20(2), 183-192. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2950/295023034010.pdf>
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Ie. Colombia: S.A.

- Rivas, V., Garcia, H., Cruz, A., Morales, Fabiola., Enriquez, R., & Roman, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1-2),30-35. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=487/48721182005>
- Rodrigues,M., Mendivelso,F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas*,21 (3). pp. 141 – 146. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/329051321_Disenos_de_investigacion_de_Corte_Transversal
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, M., & Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: Una revisión. *Psicología y Salud*,15(002). pp.169-185. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29115202.pdf>
- Sagarduy, L., Sanchez, J., & Piña, J. (2011). *Trastornos y enfermedades crónicas. Una aproximación psicológica*. Mexico: Editorial: El manual moderno S.A de C.V.
- Sánchez, R., & Ledesma, R. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8(3) ,265-274. [fecha de Consulta 12 de Marzo de 2020]. ISSN: 0327-6716. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281921775007>
- Santamaría, J., Merino, L., Montero, E., Cano, M., Fernández, T., Cubero, P., Lopez, O., & Gonzalez, V. (2015). Perfil psicopatológico de pacientes con dependencia emocional. *Revista Iberamericana de Psicomática*. s.d(116). pp.26-46. Recuperado de [file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/Dialnet-PerfilPsicopatologicoDePacientesConDependenciaEmoc-5288486%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/Dialnet-PerfilPsicopatologicoDePacientesConDependenciaEmoc-5288486%20(1).pdf)

- Sieglin, V. & Ramos, M. (2007). Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. *Revista Mexicana de Sociología*, 69, 517-551.
- Sousa, V., Driessnack, M., Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-am Enfrmagem*, 15(3). s.d. Recuperador de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf una revisión del trastorno de somatización. Valencia: Universidad de Valencia
- Vera, M., Vélez, C., & Córdova, M. (2018). Efectos de la Depresión en el Bienestar Laboral: El Rol Modulador del Apoyo Social en el Trabajo. *Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Escuela de Psicología s.d(10)*. pp. 1-9. Recuperado de <file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/142-Texto%20del%20art%C3%ADculo-614-1-10-20180329.pdf>
- Zavala, A., Fernandez, E. (2018). Diabetes mellitus tipo 2 en el Ecuador: revisión epidemiológica. *Mediciencias UTA*, 2 (4). pp. 3-9. DOI <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v2i4.132.2018>

ANEXO 2: Ficha Sociodemográfica

1. VARIABLES SOCIALES

Edad	Sexo Masculino () Femenino ()	Estado Civil Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Viudo/a () Unión Libre ()	Identificación étnica Mestizo () Indígena () Afro () Blanco ()
Procedencia Zona Urbana () Zona Rural ()	Origen de recursos para el tratamiento Personales () Estatal () Cobertura médica ()	Tipo de Familia Nuclear () Monoparental () Reconstruida () Extendida ()	

1.2 Organización Familiar

Vive con:	Padres ()	Pareja ()	Solo/a ()	Hijo ()	Otros ()
------------------	------------	------------	------------	----------	-----------

1.3 Nivel Educativo

Bajo ()	Medio ()	Alto ()
----------	-----------	----------

1.4 Economía y Trabajo

Situación económica familiar:	Muy Buena ()	Buena ()	Regular ()	Mala ()
--------------------------------------	---------------	-----------	-------------	----------

2. VARIABLES CLÍNICAS

2.1 Apreciación actual de la salud

Muy Buena ()	Buena ()	Regular ()	Mala ()
---------------	-----------	-------------	----------

2.2 Diagnóstico Endocrinológico

Diabetes Tipo I ()	Diabetes tipo II ()
---------------------	----------------------

2.3 Número de Cotroles al año

4 a 6 veces ()	2 a 4 veces ()	Menor a 2 ()
-----------------	-----------------	---------------

2.4 Numero de Internaciones

Ninguna ()	1 – 5 ()	6 – 10 ()	11 – 15 ()	15 – 20 ()	Más.....
-------------	-----------	------------	-------------	-------------	----------

2.5 Tratamientos Administrados

Hipoglucemiantes ()	Insulina ()	Mixto ()
----------------------	--------------	-----------

2.6 ¿Recibe tratamiento psicológico?

Si () Diagnóstico.....	No ()
----------------------------	--------

2.7 Tiene antecedentes psicológicos personales?

Si () Diagnóstico.....	No ()
----------------------------	--------

ANEXO 3: Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI)

Cuestionario (TCI)

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar las ideas irracionales que emplean las personas ante una enfermedad o problema. Las ideas aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores.

Naturalmente ciertas personas desarrollan pensamientos, dependiendo de la situación. Trate de recordar las diferentes circunstancias que ha vivido en los últimos años.

A continuación, encontrará una serie de frases que una persona podría emplear para describirse a sí misma. Por favor lea cada frase y decida que tan bien lo describe a usted, luego evalúe que grado de acuerdo o desacuerdo tiene usted sobre las frases y señale la opción adecuada según la siguiente escala.

1	2	3	4
No estoy de acuerdo	Desacuerdo moderado	Acuerdo moderado	Estoy totalmente de acuerdo

Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI)					
(Adaptación por Calvete y Cardeñoso, 1999)					
N		1	2	3	4
1	Es importante para mí que los otros me acepten.				
2	Me gusta el respeto de los otros, pero no necesito tenerlo.				
3	Quiero agradecerle a todo el mundo.				
4	Me siento bien conmigo mismo, aunque no les caiga bien a otras personas.				
5	Si no le agrada a otras personas es su problema, no el mío.				
6	Aunque me gusta la aprobación, no es una real necesidad para mí.				
7	Es molesto, pero no insoportable que me critiquen.				
8	Odio fallar en cualquier cosa.				
9	Me gusta tener éxito en cualquier cosa, pero no siento que lo tenga que lograr.				
10	Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.				
11	No me importa realizar cosas que sé que no puedo hacer bien.				
12	Las personas que actúan mal merecen que les vaya bien.				
13	Muchas personas malas escapan al castigo que merecen.				
14	Aquellos que actúan mal deben ser castigados.				
15	La inmortalidad debería castigarse drásticamente.				
16	Todo el mundo es esencialmente bueno.				
17	Es injusto que, se trate por igual a buenos y malos.				
18	Nadie es malo, incluso cuando sus actos lo sean.				

19	Si una persona quiere, puede ser feliz bajo cualquier circunstancia.				
20	Las personas no, se ven afectadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.				
21	Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo.				
22	Las personas que son infelices, se han hecho a sí mismas de esa manera.				
23	Una persona permanecerá mucho tiempo enojada o triste si, se mantiene a si misma de esa manera.				
24	Las cosas son insoportables dependiendo de cómo las interprete.				
25	La persona hace su propio infierno dentro de sí misma.				
26	La gente es más feliz cuando tiene problemas que superar.				
27	Una vida fácil rara vez es recompensable.				
28	Todo el mundo necesita alguien de quien depender para que los ayuden o aconsejen.				
29	Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie.				
30	Finalmente soy yo quien realmente puede afrontar mis problemas.				
31	Me disgusta que otros tomen decisiones por mí.				
32	Necesito que otras personas me aconsejen.				
33	Me disgusta tener que depender de otros.				
34	Necesito que otros, se preocupen por mi bienestar.				
35	Siempre nos acompañarán los mismos problemas.				
36	Es casi imposible superar las influencias del pasado.				
37	Si algo me afectó en el pasado, no significa que vaya a afectarme nuevamente.				
38	Piensa que experiencias del pasado me afectan ahora.				
39	Somos el resultado de nuestras experiencias pasadas.				
40	Una vez que algo afecta mi vida, siempre lo hará.				
41	La gente nunca cambia.				
42	Existe una forma correcta de hacer cada cosa.				
43	No hay una solución perfecta para las cosas.				
44	Es difícil encontrar la solución ideal a las dificultades				
45	Todo problema tiene una solución correcta.				
46	Rara vez hay una solución ideal para las cosas.				

ANEXO 4: Inventario de Síntomas Psicológicos

Inventario SCL-90-R

El presente cuestionario tiene como objetivo evaluar patrones de síntomas que, se presentan ante una enfermedad.

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo, se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
-------------	-----------------	-------------	-----------------	--------------

Inventario SCL-90-R (L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999).						
N		Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1	Dolores de cabeza.					
2	Nerviosismo.					
3	Pensamientos desagradables que no, se iban de mi cabeza.					
4	Sensación de mareo o desmayo.					
5	Falta de interés en relaciones sexuales.					
6	Criticar a los demás.					
7	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9	Tener dificultad para memorizar cosas.					
10	Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo.					
11	Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12	Dolores en el pecho.					
13	Miedo a los espacios abiertos o las calles.					

14	Sentirme con muy pocas energías.					
15	Pensar en quitarme la vida.					
16	Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17	Temblores en mi cuerpo.					
18	Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19	No tener ganas de comer.					
20	Llorar por cualquier cosa.					
21	Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22	Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23	Asustarme de repente sin razón alguna.					
24	Explotar y no poder controlarme.					
25	Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26	Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27	Dolores en la espalda.					
28	No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29	Sentirme solo/a.					
30	Sentirme triste.					
31	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32	No tener interés por nada.					
33	Tener miedos.					
34	Sentirme herido en mis sentimientos.					
35	Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36	Sentir que no me comprenden.					
37	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40	Náuseas o dolor de estómago.					

41	Sentirme inferior a los demás.					
42	Calambres en manos, brazos o piernas.					
43	Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44	Tener problemas para dormirme.					
45	Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46	Tener dificultades para tomar decisiones.					
47	Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48	Tener dificultades para respirar bien.					
49	Ataques de frío o de calor.					
50	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51	Sentir que mi mente queda en blanco.					
52	Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53	Tener un nudo en la garganta.					
54	Perder las esperanzas en el futuro.					
55	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56	Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57	Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58	Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59	Pensar que me estoy por morir.					
60	Comer demasiado.					
61	Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62	Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					

63	Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64	Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65	Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66	Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67	Necesitar romper o destrozarse cosas.					
68	Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69	Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70	Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo					
72	Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73	Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74	Meterme muy seguido en discusiones.					
75	Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76	Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77	Sentirme solo/a aun estando con gente.					
78	Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79	Sentirme un/a inútil.					
80	Sentir que algo malo me va a pasar.					
81	Gritar o tirar cosas.					
82	Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83	Sentir que, se aprovechan de mí si los dejo.					
84	Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					

85	Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86	Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87	Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88	Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89	Sentirme culpable.					
90	Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					