

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN LA EDAD ADULTA MEDIA."**

TESIS DE GRADO

DALIA LISETH CASTILLO ALDANA

CARNET 10498-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN LA EDAD ADULTA MEDIA."

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
DALIA LISETH CASTILLO ALDANA

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR:	P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA:	DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN:	ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:	LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL:	LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA:	MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO:	MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA:	MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA:	MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. ADRIANA ROSALIA DOMINGUEZ FUENTES DE PARRILLA

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. GLADYS ZAYDÉE JUAREZ HERNÁNDEZ DE CORADO

Guatemala, 15 de Noviembre de 2015

Señores

Miembros del Consejo

Facultad de Humanidades

Presente


Estimados señores Consejo de Facultad:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para presentar a su consideración el trabajo de tesis de la estudiante Dalia Liseth Castillo Aldana, quien se identifica con Carné No. 1049811. Con el título: "Manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, en la edad adulta media"

He asesorado y revisado el trabajo del estudiante y considero que llena los requerimientos que la Facultad y el Departamento de Psicología establecen en este tipo de investigación. Por lo que solicito se le dé trámite al proceso de revisión.

Sin otro particular

Atentamente,



Dra. Adriana Rosalía Domínguez Fuentes

Código 9450

Dra. Adriana Rosalía Domínguez Fuentes
PSICÓLOGA CLÍNICA
COLEGIADO 8141

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante DALIA LISETH CASTILLO ALDANA, Carnet 10498-11 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05447-2015 de fecha 1 de diciembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN LA EDAD ADULTA MEDIA."**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, al día 1 del mes de diciembre del año 2015.



MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODÓY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar



Universidad
Rafael Landívar
Tradicón Jesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme tener vida, salud y por hacer realidad mis sueños.

A mis papás por su apoyo, dedicación, cuidado, paciencia, comprensión, espero y por darme siempre lo mejor.

A mis hermanos por su apoyo, cuidado, y comprensión, en especial a Mérlin Castillo Aldana.

A mis sobrinos por regalarme momentos únicos e inolvidables.

A la Universidad Rafael Landívar por permitirme estudiar en esta casa de estudio, en especial al departamento DAEF por brindarme apoyo económico.

A la Dr. Adriana Domínguez por asesorarme, ayudarme, atenderme y brindarme su apoyo.

A los docentes por compartir sus conocimientos y apoyo; en especial a la Lcda. Karla Roldán y a la Lcda. Carmen Cacacho.

A las personas que participaron en la elaboración de este proyecto.

A mis amigas por su comprensión, solidaridad, alegrías, locuras y su amistad.

DEDICATORIA

A Dios

Por permitirme cumplir mis metas, cuidarme, protegerme, bendecirme y brindarme las herramientas humanas y materiales para su culminación.

A mis papás

Por brindarme su apoyo incondicional, comprensión, paciencia, confianza, dedicación y principalmente su amor de padres; gracias por todo lo que han hecho por mí los quiero mucho.

A mis hermanos y sobrinos

Por vivir conmigo momentos especiales, llenos de alegrías, tristezas, enojo y de mucho esfuerzo, saben que los quiero mucho.

ÍNDICE

I. Introducción.....	1
1. Manifestaciones de ansiedad.....	10
1.1 Causas que producen la ansiedad.....	12
1.1.2 Conceptualización de la ansiedad.....	13
1.1.3 Evaluación de la ansiedad.....	16
1.1.4 Técnicas de reducción de la ansiedad.....	17
1.1.5 Trastorno de ansiedad.....	20
1.2 Diabetes mellitus (DM).....	23
1.2.1 Clasificación de la diabetes.....	23
1.2.2 Síntomas y signos para la diabetes.....	25
1.2.3 Síntomas psicológicos de la DM2.....	26
1.2.4 Evaluación de signos y síntomas en relación a la DM.....	27
1.2.5 Causas.....	27
1.2.6 Consecuencias.....	30
1.2.7 Complicaciones.....	31
1.2.8 Condiciones para la DM.....	35
1.2.9 Factores de riesgo.....	35
1.2.10 Evaluación clínica inicial de la DM.....	36
1.2.11 Antecedentes de enfermedades asociadas.....	36

1.2.12 Diagnóstico de DM.....	37
1.2.13 Tratamiento.....	37
1.2.14 Prevención.....	38
1.2.15 Efectos emocionales de la DM2.....	40
1.3 Adultez media.....	41
II. Planteamiento del problema.....	43
2.1 Objetivos.....	44
2.1.1 Objetivo general.....	44
2.1.2 Objetivo específicos.....	44
2.2 Elemento de estudio.....	45
2.3 Definición elemento de estudio.....	45
2.3.1 Definición conceptual.....	45
2.3.2 Definición operacional.....	46
2.4 Alcances y límites.....	46
2.5 Aportes.....	47
III. Método.....	48
3.1 Sujetos.....	48
3.2 Instrumento.....	49
3.3 Procedimiento.....	52
3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística.....	52
IV. Análisis de resultados.....	54

V. Discusión de resultados.....71

VI. Conclusiones.....74

VII. Recomendaciones.....76

VIII. Referencias.....77

IX. Anexo.....82

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de describir las principales manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, de adultez media, que asisten a las clínicas del Seguro Social de la jornada matutina, de la ciudad capital de Guatemala, se llevó a cabo con una muestra de 25 personas de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 60 a 65 años, se aplicó la Escala de Manifestaciones de Ansiedad en Adultos AMAS-E.

Para realizar esta investigación se usó el enfoque cuantitativo-descriptivo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) “usa la recolección de datos para probar hipótesis de datos y análisis estadísticos para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p.4), también es descriptivo, dado que busca específicamente propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno que se estudia. La metodología estadística que se utilizó para analizar de estos resultados fueron: la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central entre estas: la moda, la mediana, y la media es el promedio y las medidas de variación, se dividen en: el rango, valores máximos y mínimos, desviación estándar o típica (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Los resultados obtenidos de inquietud/hiperactividad (IHS) fue: 40% de los participantes manifiestan tener ansiedad clínicamente significativa, siendo este valor el más elevado y el 12% reflejan ansiedad baja. De ansiedad fisiológica, el porcentaje más alto fue la elevación leve con un 40%, un 28% de clínicamente significativa, el 20% es baja y el 12% esperada. En la ansiedad por temor al envejecimiento se obtuvo el 88% de elevación leve, 8% de ansiedad esperada y el 4% bajo. El área de ansiedad total, el 44% es de ansiedad clínicamente significativa, 32% de elevación leve, 16% a ansiedad esperada y el 8% a ansiedad baja. En general, los pacientes manifiestan tener niveles elevados en el área de inquietud/hiperactividad y temor al envejecimiento, siendo estas las principales preocupaciones que invaden el bienestar emocional de los sujetos. Los resultados muestran que los sujetos poseen una media de ansiedad total de 59; siendo clasificada como ansiedad de elevación leve, esto significa que los síntomas son pocos, pero están presentes en la vida cotidiana y por lo tanto les afecta; puesto que es necesario que asistan a terapia psicológica, con el objetivo de brindarles herramientas y técnicas que le ayuden a sobrellevar su problema.

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante la percepción de una amenaza personal al bienestar físico o psicológico, que es experimentada universalmente ante diferentes situaciones. El papel que desempeña la ansiedad ante una enfermedad crónica o intervenciones quirúrgicas, es de función adaptativa, ya que ayuda a la persona a afrontar una nueva realidad vista como una amenaza hacia su vida; también ayuda a que el sujeto adopte medidas de prevención. En algunas personas esta situación puede ser devastadora, intensa e interfiere negativamente en el proceso de recuperación o de aceptación (Fernández & Palmero, 1999).

Como Fernández y Palmero mencionan, la ansiedad es un trastorno que puede pasar desapercibido o camuflajearse, detrás de otros padecimientos que el paciente presenta, sin embargo, puede causar estragos catastróficos que perjudiquen su calidad de vida, en especial en la población tan vulnerable a sus síntomas como lo son las personas de edad media, quienes en su mayoría inician a ser víctimas de enfermedades degenerativas como la Diabetes mellitus tipo 2; las cuales, les impiden diferenciar entre los síntomas físicos y psicológicos de una u otra enfermedad, los pacientes muchas veces perciben que los medicamentos no les proporcionan los beneficios ofrecidos por su médico tratante, llegando muchas veces a abandonar el uso de los medicamentos recetados.

Por esta razón, es importante determinar, cuáles son las principales manifestaciones de la ansiedad que atraviesan los pacientes comprendidos en la edad adulta media, que han sido diagnosticados con la enfermedad Diabetes mellitus tipo 2, que son pacientes del Seguro Social de la jornada matutina de la ciudad capital de Guatemala, con la finalidad de hacer un aporte en la investigación de nuevas técnicas para el tratamiento de este trastorno en el ejercicio profesional de los estudiantes de Psicología de la Universidad Rafael Landívar, marcando un precedente para estudios que se efectúen en el futuro y que aporten soluciones innovadoras a la sociedad guatemalteca, en el tratamiento de esta enfermedad, especialmente a los pacientes que la padecen.

En base a los resultados de esta investigación, se ha realizado una guía de ayuda, con las herramientas necesarias para controlar la ansiedad como parte de la aceptación de los pacientes diabéticos de su nuevo estilo de vida.

Como se observa la ansiedad es un factor que está presente en los pacientes en esta edad, por ello es que varios guatemaltecos se han tomado el tiempo para realizar varias investigaciones relacionados con esta enfermedad en pacientes diabéticos, algunos de ellos son:

Calderón (2008) realizó una investigación con la finalidad de determinar cómo influye la logoterapia como técnica psicoterapéutica en la disminución de la ansiedad en personas de la tercera edad. El diseño utilizado fue Expo-factum porque se trabajaron con las variables, y éste se analiza con base en los documentos e instrumentos que se emplearon. Se seleccionó a 45 personas de ambos sexos, pertenecientes a la tercera edad, internados en el Asilo de San José, del municipio de Huehuetenango, que representan el 95 % del total de internos. El programa se dividió de la siguiente forma: primero fue establecer la confianza, administrar las pruebas como primera fase; luego se les impartió la terapia para concluir con la administración de la misma prueba con que inicia el trabajo. Se utilizó el Test Psicométrico Inventario Auto-evaluativo STAI-82. Los resultados obtenidos antes de la terapia fueron: un percentil de 47, lo que significa que en las personas de la tercera edad internas en un asilo manifiestan ansiedad como estado y después de la terapia aplicada, se obtuvo una media con un percentil de 35, lo que significa que la ansiedad se redujo, gracias a la técnica psicoterapéutica de la logoterapia. Se recomendó la utilización de Terapia individual y grupal para poder proporcionarle una atención integral al paciente; se les recomendó tomar en cuenta las circunstancias que se encuentran atravesando estos sujetos al momento de la aplicación de alguna prueba psicológica. Ya que puede resultar información no de la persona sino de su sentir de ese momento y como técnica psicoterapéutica la logoterapia es recomendada para todas aquellas personas que desean desarrollar enormemente sus potencialidades en un clima de aceptación y confianza, para encontrar el sentido de su vida y convertirse en la persona que desea ser.

Asimismo Alemán (2011) realizó una investigación con el objetivo de aplicar la terapia del campo de pensamiento a pacientes diabéticos que asisten a la Asociación de Diabéticos en el municipio de Quetzaltenango. El diseño seleccionado para esta investigación fue cuasi

experimental. Se trabajó con pre y post de la terapia del campo del pensamiento en pacientes diabéticos con problemas de ansiedad. Los sujetos de estudio fueron 52 pacientes diabéticos ansiosos, 12 hombres y 40 mujeres, comprendidos entre las edades de 25 a 90 años, solteros y casados. El programa consistió en la aplicación del tratamiento de la terapia del campo del pensamiento, por un período de tres meses.

Se aplicó la prueba de ansiedad de Hamilton antes y después del tratamiento de la terapia del campo de pensamiento, obteniendo niveles de ansiedad psíquica y somática en los diferentes rangos: normal, leve, grave, muy grave. En el pre-test se obtuvo una suma de la ansiedad psíquica y somática de 28.85 % están en el nivel moderado, otro 28.85 % en nivel grave, y el 42.31 % en ansiedad muy grave; y en el pos-test la suma de ansiedad psíquica y somática fue de 59.62 % están en el nivel normal, el 36.54 % en nivel leve, y el 3.85 % en nivel moderada. En esta investigación se determinaron las variantes en los niveles de ansiedad donde antes del tratamiento de la Terapia del Campo del Pensamiento el promedio de los pacientes diabéticos se encontraban en un nivel de ansiedad muy grave y grave, posterior a la terapia se obtuvo un promedio de niveles normales de ansiedad; los cambios que se operaron en los pacientes diabéticos con problemas de ansiedad fueron óptimos como consecuencia de la Terapia del Campo del Pensamiento representado por un 59,62% en niveles de ansiedad normal, 36,54% en niveles de ansiedad leve y un 3,85% en niveles de ansiedad moderada; por lo que se recomendó utilizar la terapia del campo del pensamiento, ya que redujo los nivel de ansiedad, también se consideró importante la atención de ayuda psicológica en los pacientes del Patronato de Diabéticos de Quetzaltenango e implementar charlas para la familia del paciente diabético del Patronato del Diabético de Quetzaltenango sobre la enfermedad y sus manifestaciones de periodos de ansiedad para la comprensión de los mismos e involucrarlos en la terapia de adaptación y recuperación para una mejor calidad de vida.

García (2012) realizó el estudio con el objetivo de determinar el nivel de adaptación familiar y social del paciente diabético. Se utilizó el enfoque descriptivo. Se trabajó con personas adultas, hombres y mujeres, comprendidos entre las edades de 30 a 80 años, que tengan en común la enfermedad de la diabetes, que sean pacientes del Patronato del Diabético de la cabecera departamental de Quetzaltenango. Se utilizó el cuestionario de adaptación Hugh M. Bell para adultos. Se aplica a los adultos para evaluar el nivel de adaptación en cualquiera de las

categorías incluidas en el test. Los resultados muestran que el 50 % de los sujetos están ubicados en el rango normal, lo que indica que la adaptación familiar es la adecuada y no manifiestan incomodidad en ella. A través del análisis de cada individuo se ha logrado comprobar que al igual que quienes están en el rango satisfactorias, son personas con un nivel cultural elemental, con un mínimo de escolaridad y con edad promedio a 45 años. El 40 % de la muestra se sitúa en el rango no satisfactorio, lo que demuestra que la adaptación familiar de los individuos con diabetes es inadecuada y necesitan ayuda profesional para superar el problema. En la mayoría de los casos son adultos, con una edad promedio de 65 años, sin escolaridad, un nivel cultural elemental y la mayoría desempleados.

También Contreras (2013) trabajó en una investigación con el objetivo de determinar los elementos que debe contener una guía sobre las conductas del paciente diabético que contribuya a una mejor calidad de vida. El diseño que se utilizó fue el enfoque descriptivo, y el estudio de caso, ya que en éste se estudia solamente un acontecimiento, proceso, persona, unidad de una organización u objeto. Se trabajó con 10 pacientes diabéticos seleccionados del Patronato del Diabético, comprendidos entre las edades de 20 y 55 años, que fueron diagnosticados hace cinco años y cinco pacientes que tienen diabetes desde su nacimiento, los cuales acuden a chequeos médicos en esta institución. Se realizó la entrevista, se plantearon una serie de 26 preguntas abiertas y cerradas. Como procedimiento se llevó a cabo una entrevista con cada paciente. La entrevista se realizó de manera individual. Dentro de las preguntas abiertas se dio lugar al paciente para proporcionar información específica dentro de su experiencia, y en las preguntas cerradas se logró determinar los patrones más comunes ante ciertas situaciones. Los resultados reflejaron que los pacientes diabéticos ante esta enfermedad se sienten insignificantes, no tienen la fuerza de voluntad para llevar su dieta como le sugieren, no tenían fuerzas para luchar y vivían solamente para sacar adelante a sus hijos; por esto es indispensable para ellos tener siempre el apoyo familiar y que comprendan que es una enfermedad tratable en su calidad de vida, que dependerá de los cuidados que ellos tengan y también de la información que se le dé respecto a su enfermedad.

Por su parte, Figueroa (2013) realizó una investigación cuyo objetivo fue estudiar cómo influye la personalidad en la evolución de la Diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes que son atendidos en la consulta externa del IGSS del departamento de Retalhuleu. Se trabajó con un

total de 20 personas diagnosticadas con Diabetes mellitus tipo 2, de ambos sexos, en las edades que oscilan entre 30 hasta 60 años de edad, con un nivel socioeconómico medio-bajo; residente en el departamento de Retalhuleu y pacientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS- Se utilizó el Cuestionario de 16 PF de R.B. de Cattell, el cual tiene 16 factores con las puntuaciones de 1 a 10 y se sitúa el resultado de cada factor correspondiente, dando como resultados finales de 1 a 10. Con los resultados obtenidos, se concluyó que los factores que inciden de manera favorable en la evolución de la diabetes son los siguientes factores A: Expresividad Emocional, Factor C: Fuerza del Yo, Factor E: Dominancia, Factor F: Impulsividad, Factor H: Aptitud Situacional, Factor L: Credibilidad, Factor N: Sutileza, Factor Q1: Posición Social, y Factor Q2: Certeza Individual. Recomendó crear charlas y talleres para los familiares de las persona de estos pacientes, con el propósito de que adquieran estrategias y conocimientos previos de cómo enfrentar la nueva situación con el fin de contribuir al desarrollo social, físico y emocional de la persona que padece esta enfermedad y desarrollar programas efectivos que fomenten una serie de actividades adaptadas a las fases de la evolución de la Diabetes para que las personas que la padecen manifiesten una conducta adaptable en la relación con sus familiares, amigos, en su trabajo y otros lugares donde se desenvuelva.

En base a las anteriores investigaciones se pueden comprender la eficacia que poseen las distintas terapias o técnicas para favorecer en el tratamiento de la ansiedad, en especial en pacientes diabéticos; por ejemplo Calderón (2008) determinó la eficacia de la logoterapia en la disminución de ansiedad en los pacientes de la tercera edad; Alemán (2011) estudio la efectividad de la terapia de campo de pensamiento en pacientes ansiosos, en la cual concluyó que produce cambios significativos en los niveles de ansiedad y logra mejorara la calidad de vida de los pacientes; en el trabajo de García (2012) se estudió el nivel de adaptación familiar y social de los pacientes diabéticos, en donde se estableció que el 50 % de los pacientes tienen una adecuada adaptación y la otra mitad de la población posee una adaptación familiar inadecuada; por su parte Contreras (2013) señala los elementos que debe llevar una guía para el paciente diabético que contribuyan en una mejor calidad de vida, concluyó que el principal elemento es el apoyo familiar y que comprendan que es una enfermedad tratable, que su calidad de vida dependerá de los cuidados que ellos tengan y también a la psico-educación que se les dé; por último Figueroa (2013) estudió la influencia que ejerce la personalidad en las personas con Diabetes mellitus tipo 2, llegando a la conclusión que existen varios factores que son favorables

en la evolución de la enfermedad, algunos son: la expresividad, emocionalidad, fuerza del yo, creatividad y aptitud; puesto que le ayudan al paciente a tener más disciplina, control y a ser más responsable de la enfermedad y lo que esta conlleva.

La ansiedad es un problema clínico que cada vez está más presente en la población, no excluye a ningún individuo, dado que cada día es más frecuente que manifieste a nivel mundial, es oportuno su estudio, en vista a esto existen varios investigadores que elaboran investigaciones que ayudan a encontrar tratamientos renovadores para el abordaje de esta enfermedad; a continuación se mencionan algunos trabajos que fueron elaborados en países como Chile, Ecuador y Cuba:

Vera (2004) en la Universidad Austral de Chile realizó una investigación con el objetivo de conocer sobre la existencia de un perfil de riesgo común en el desarrollo de estas complicaciones. La investigación es un estudio cuantitativo, que surge ante las alarmantes cifras de morbimortalidad generadas por el desarrollo de complicaciones crónicas por la Diabetes mellitus tipo 2. Además del deterioro de la calidad de vida de quienes la padecen y el aumento en las demandas de servicios y bienes sociales. Se trabajó con una población de 25 pacientes que residen en el sector urbano de la comuna de Los Lagos y acuden a control en el Consultorio de la ciudad, a los cuales se les aplicó un cuestionario semi-estructurado en una entrevista a domicilio, además de extraer datos de las respectivas fichas clínicas. Las tablas y gráficos se construyen con base al programa Excel 97. En tanto, las conclusiones del estudio muestran que: a) En la población predomina el género femenino, viviendo en etapas de adultez mayor y adultez media. La mayoría casada, sin actividad remunerada, que tiene un nivel de alfabetización básico, profesa la religión católica, vive en el seno de una familia nuclear, en etapa "plataforma de lanzamiento", compuesta por tres o más personas, con un nivel de ingreso económico menor a US\$ 101.113, que habita viviendas propias de un piso y que en el 100 % de los casos estima la calidad de sus viviendas como buena, que cuenta con los cuatro servicios de saneamiento básico. b) En su mayoría, presentan entre uno y dos problemas concomitantes de salud, posee antecedentes hereditarios de patologías crónicas, presenta óptima adhesión al tratamiento farmacológico, expresa un buen control metabólico, realiza actividad ligera, utiliza métodos de medicina alternativa, verbaliza no presentar hábitos que puedan causar dependencia, mantiene asistencia óptima a los controles citados. En su mayor parte, el diagnóstico de la enfermedad se realiza, en

la década de los 40, con un promedio en edad de 55 años, coincidiendo con la edad de inicio del tratamiento farmacológico; no así la edad en que se presenta la primera complicación crónica, que es a los 60 años. Estas últimas en su mayor frecuencia corresponden a la neuropatía y retinopatía. c) El 48 % percibe una buena calidad de vida, el 64 % presenta niveles de riesgo de un estado ansioso de moderado a bajo, destacándose para los niveles de riesgo de un estado depresivo de moderado a alto a la alta frecuencia alcanzada por mujeres. Un 60 % presenta niveles de apoyo socio afectivo entre bueno y óptimo. Un 72 % refiere recibir apoyo de miembros del equipo de salud para enfrentar la enfermedad; destacándose a profesionales médicos y de enfermería. Finalmente, la mayoría menciona a la pareja como una de las persona de su red socio afectiva que mayor apoyo le ha brindado, para enfrentar el proceso mórbido.

La investigación de Encina y Navarrete (2007) en la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile tuvo como propósito dar a conocer cómo es el fenómeno de la ansiedad descrito desde el enfoque gestáltico, a partir de las vivencias de un grupo de mujeres diagnosticadas con trastorno de ansiedad, utilizando como herramienta el Ciclo Experiencial. El diseño utilizado fue exploratorio de forma descriptivo, se realizó de esa manera con la finalidad de realizar descripciones fenomenológicas de las vivencias de las mujeres que poseen trastornos ansiosos; para ello se utilizó como herramienta comprensiva el ciclo Experiencial. Junto con ello, se propone un segundo objetivo, relacionado a indagar la dualidad cuerpo-conciencia del mismo grupo señalado, además de la integración de los procesos de los observadores en una relación contacto-diálogo propuesta como tercer objetivo, lo que hacen posible centrarse en el acontecimiento del fenómeno en sí, recogiendo lo particular de cada una de las vivencias de ellas. Los sujetos eran seis mujeres, entre 30 y 38 años, que llevan un proceso terapéutico en Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de la Comuna de Independencia y que su diagnóstico fue trastorno de ansiedad dentro de los criterios de DSM IV y CIE - 10. El análisis de este estudio se ajusta en detallar tres tiempos de la crisis ansiosas; un antes, un durante y un después que son primeramente observados de forma independiente, a través del Ciclo Experiencial; posteriormente, se hace una observación de la manifestación corporal de las mujeres. Finalmente, se toma en consideración la relación vivencial que se establece, a través del contacto dialógico entre la entrevistada y el entrevistador. La investigación entregó como resultado, que durante los tres momentos de las crisis ansiosas, existe la formación de distintos ciclos experienciales, de manera tal que el primero detalla un gran número de interferencias,

provocando la insatisfacción de necesidades personales, dando paso a un segundo momento, donde los bloqueos no logran retener la energía que se desplaza, llegando a la expulsión descontrolada por parte del organismo. En efecto, se logra un tercer momento donde se detalla un ciclo experiencial que presenta una leve reorganización del organismo. Un segundo resultado describe que la relación entre su yo y cuerpo en este grupo de mujeres con interferencia ansiosa resulta inconexa y es vivenciada como difusa y desintegrada. Por último, un tercer resultado manifiesta las características esenciales a tener en cuenta en una relación de contacto terapéutico con personas que vivencian una interferencia ansiosa. Finalmente se elaboró un modelo comprensivo y explicativo, como también se proponen, algunas posibilidades de intervención de los trastornos ansiosos desde la mirada de la Terapia Gestáltica (TG).

Castillo (2011) en la Universidad Nacional la Loja de Ecuador realizó la investigación titulada: la Diabetes mellitus tipos 2 y su relación en la ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al club de diabéticos del Hospital Universitario de Motupe. El estudio fue realizado en el período de abril a octubre del 2011, con el objetivo determinar la relación que existe entre la Diabetes mellitus tipo 2 con la depresión-ansiedad. Se tomó como universo al 100 % que corresponden a 30 pacientes del Club de Diabéticos/as del Hospital Universitario Motupe. Para este estudio aplicaron de reactivos psicológicos “Escala Hamilton para la Ansiedad e Inventario de Depresión de Beck” e Historia Clínica Psicológica. Fue de tipo transversal, ya que el estudio se circunscribe en un momento específico. Mediante la aplicación de la “Escala Hamilton para la Ansiedad, se obtuvo el siguiente resultado: el 57 % de ansiedad leve, 23 % de casos de ansiedad moderada, 33 % casos de depresión leve, 20 % de depresión media y un 10 % en comorbilidad entre depresión y ansiedad. Ante la identificación de esta casuística se procede a elaborar un plan terapéutico destinado a mejorar los estados de ansiedad y depresión, a través de técnicas cognitivas conductuales que permiten saber la estructura y modificación del pensamiento de cada paciente y del grupo en general, de este modo se les ayuda a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas.

Cassaretto (2013) en Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) en La Habana, Cuba, trabajó con el objetivo de conocer la relación entre ambas variables psicológicas en un grupo de pacientes con el diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2. La muestra se encuentra conformada por 65 participantes entre 40 y

80 años provenientes de un hospital de Lima Metropolitana a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) y el Inventario de Recursos de Afrontamiento en la versión adaptada de Valdez (1999). Los resultados mostraron correlaciones inversas y significativas entre la ansiedad rasgo y los recursos cognitivos ($r=0.33$, $p<.05$), recursos sociales ($r=.30$, $p<.05$) recursos físicos ($r=.26$, $p<.05$), y el puntaje global de los recursos de afrontamiento ($r=.29$, $p<.05$). Los resultados demuestran una importante relación entre ambas variables, lo cual contribuye en el conocimiento acerca del funcionamiento de estos pacientes.

Pérez (2013) realizó un estudio en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) de La Habana, Cuba; con el objetivo de evaluar las dimensiones como rasgo y estado, identificar si existen relaciones entre: variables socio demográficas y las dimensiones estado, así como, describir la afectividad estado desde las vivencias de los pacientes. Se utilizó un estudio triangulado, cualitativo, cuantitativo, descriptivo, transversal, correlacional en muestra no probabilística e intencional. Se contó con la participación de 20 ancianos diagnosticados en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, voluntarios y con trastornos adaptativos mixtos, cuya etiología única era la percepción del déficit cognitivo. Se les aplicaron los test Idere, Idare y una entrevista semi-estructurada, cumpliéndose con los principios éticos. Se empleó la estadística descriptiva, prueba de correlación de Pearson ($p\leq 0,05$) y análisis de las categorías de contenido del estado para sus vivencias.

Encontraron niveles de ansiedad y depresión estado altos y como rasgos, medios; relaciones significativas entre la escolaridad y la ansiedad estado. Desde las vivencias los ancianos reportaron preocupación por el futuro, pensamientos catastróficos, pérdida de autoconfianza y autoestima, trastornos del sueño, inseguridad y disminución en la funcionalidad y contrariedad con síntomas físicos; sentimientos de inutilidad, pensamientos evasivos, pérdida de capacidades cognitivas, fatiga (deprimidos), ansiedad y tristeza (ansiosos). En conclusión se pudo caracterizar a los ancianos con deterioro cognitivo leve desde las vivencias, lo cual posibilitó la realización de formas de intervención desde la subjetividad en los mismos.

Entre los datos más importantes de las anteriores investigaciones, se pueden mencionar, en primer punto, la eficacia que tiene las técnicas cognitivas conductuales en el tratamiento de la ansiedad y depresión, ya que ayuda al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas. En segundo punto, se puede determinar que existen momentos donde los bloqueos no logran retener la energía, por ello producen descontrol en el organismo, otro dato relevante es la descripción que la relación entre su yo y cuerpo en este grupo de mujeres con interferencia ansiosa; por último, se concluye el beneficio de la Terapia Gestáltica (TG). Como tercer punto, se mostró que el apoyo de profesionales médicos y de enfermería es sumamente valioso para que el paciente comprenda, controle y se informe en qué consiste la enfermedad. También menciona a la pareja como una de las personas de su red socio afectiva que brinda mayor apoyo. En el cuarto punto, se concluyó que los ancianos se caracterizan por tener un deterioro cognitivo leve, lo cual permitió la realización de formas de intervención para su abordaje. Por último, se muestra la importante de relación entre ambas variables (cognitivo, físico y social), ya que contribuye en el conocimiento acerca del funcionamiento de estos pacientes.

A continuación se procederá a explicar detalladamente basado a la información teórica propuesta por varios autores, todos los aspectos involucrados en esta investigación. Se explica cada uno de estos conceptos, así como las distintas implicaciones físicas y psicológicas que conlleva dicha enfermedad.

1.1 MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD

Palmero y Fernández (1999) mencionan que la ansiedad es una reacción emocional que surge ante la percepción de una amenaza personal al bienestar físico o psicológico y que es experimentada universalmente ante diferentes situaciones. Palmero y Fernández mencionan que según Echeburúa (1993) que la ansiedad es un mecanismo del organismo que tiene como función alertar al cuerpo de posibles peligros; por eso se considera que juega un papel importante en la preservación del individuo y de la especie.

Lo que resulta amenazante es muy variable, como lo es el repertorio de recursos de los que una persona dispone para hacer frente a las amenazas. Las respuestas de ansiedad se manifiestan en el nivel motor, cognitivo y fisiológico, es decir, en el plano de las conductas, de los pensamientos y de las emociones:

- En el nivel motor: conductas de evasión y escape, inquietud motora, conductas compulsivas, inhibición motriz, etc.
- En el nivel cognitivo: preocupaciones, desmoralización, aprensión, pensamientos intrusivos, dificultades de atención y concentración, etc.
- En el nivel fisiológico: alta activación del sistema nervioso autónomo, éste trae consigo una serie de cambios fisiológicos: taquicardia, mareos, sudoración, rubor, tensión en el estómago, dificultades respiratorias, etc.

La aparición de unos u otros síntomas dependen fundamentalmente de las pautas de respuesta familiar; hay una familia cuyos componentes tienen una tendencia a padecer síntomas digestivos, cardiovasculares o respiratorios y del perfil reactivo psicossomático individual. Este perfil tiende a ser constante a lo largo de la vida y depende, a su vez, de la viabilidad orgánica de cada persona y del tipo de respuestas específicas (colitis, erupción de la piel, úlceras, etc.) que el sujeto ha experimentado en los primeros años de la vida ante impactos emocionales fuertes (Echeburúa, 1993).

La ansiedad puede manifestarse de diversas maneras. Si se presenta de una forma más física e inmovilizadora, se habla de angustia Ayuso (1988) (citados por Palmero & Fernández, 1999). Si surge ante un estímulo determinado (interno o externo), recibe el nombre de miedo. Este miedo puede transformarse en fobia cuando adopta una forma desproporcionada o surge ante estímulos que no son objetivamente peligrosos. Por último, si la fobia induce a conductas de evitación significativas e interfiere en un alto grado en la vida cotidiana de la persona, se habla de fobia clínica Rojas (1990) (citados por Palmero & Fernández, 1999).

Los autores antes mencionados proponen que la ansiedad se puede presentar de diversas formas por ejemplo, el pánico surge de manera brusca e inesperada, con presencia de miedo profundo y con manifestaciones somáticas intensas (disnea, palpitaciones, temblor, mareo, etc.) y

de anticipaciones cognitivas catastróficas (miedo a morir o perder el control) Sandín y Chorot (citados por Palmero & Fernández, 1999).

Cuando se manifiesta la ansiedad como estrés, se presenta excesiva tensión y con apariencia o creencia de ser crónica, además refleja la percepción de indefensión del sujeto ante situaciones que se ve obligado a afrontar Valdés y Flores (citados por Palmero & Fernández, 1999).

Las personalidades ansiosas se caracterizan por poseer un temperamento temeroso, indecisión y tendencia a postergar o evitar situaciones Echeburúa y Tobeña (citados por Palmero & Fernández, 1999). También se caracterizan por mostrar impaciencia, dependencia emocional, inseguridad personal etc., pero no necesariamente desarrollan conductas patológicas de ansiedad.

También mencionan que la ansiedad es necesaria para la supervivencia humana, sin embargo, pierde su función cuando se convierte en patológica, en especial ante estímulos insignificantes o cuando las respuestas son exageradas o duran más de lo necesario indicó Echeburúa (citados por Palmero & Fernández, 1999).

Distinguir la ansiedad normal de la patológica no es fácil, según Biondi, (citados por Palmero & Fernández, 1999), ya que propone cuatro criterios que ayudarán a distinguir una de otra. Estos son:

- a. Intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad.
- b. Proporción entre la gravedad objetiva de la situación y la intensidad de la respuesta de ansiedad.
- c. Grado de sufrimiento subjetivo determinado por la ansiedad.
- d. Grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto (funcionamiento laboral, relaciones sociales, actividades de ocio, etc.).

La ansiedad moderada que surge cuando una persona se enfrenta a una enfermedad crónica o intervenciones quirúrgicas, desempeña una función adaptativa, ya que ayuda a la persona a afrontar una nueva realidad vista como una amenaza hacia su vida; también ayuda a que el sujeto adopte medidas de prevención. En algunas personas esta situación puede ser demasiado intensa e interfiere negativamente en el proceso de recuperación o de aceptación (asimilación).

1.1.1 Causas que produce la ansiedad

Rojas (1994) menciona que la ansiedad puede aparecer en cualquier circunstancia que el paciente considere que es amenazadora, ya que es un estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad. Se dice que la amenaza se sitúa en dos planos inmediatos, el físico y psíquico.

Para comprender cómo se produce la ansiedad, es necesario dividirlo en tres áreas:

- Ansiedad exógena
- Ansiedad endógena
- Ansiedad existencial

Ansiedad existencial: Esta no es patológica; la tiene todo ser humano simplemente por ser humano; proviene de la inquietud de la vida y pone al ser humano frente a frente con el destino, con la muerte y con el más allá.

Ansiedad exógena: Se considera que todavía no es propia de la ansiedad; es un estado de amenaza inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados; situaciones encronizadas de tensión emocional; crisis de identidad personal; problemas provenientes del miedo ambiente. Estos pueden llegar a generar problemas afectivos, dificultades laborales, fracasos sentimentales, problemas financieros, pérdida de seres queridos, etc.

Ansiedad endógena: Esta es propiamente la ansiedad; la produce propiamente el cuerpo; proviene de sentimientos vitales que influyen en los somático y lo psíquico.

La ansiedad según la biología se desencadena en dos formas:

La ansiedad aparece como un síntoma más de esa enfermedad, como: el cáncer de cualquier tipo, enfermedades vasculares serias, drogadicción, SIDA, entre otros.

Ansiedad como crisis añadida, que aflora de modo súbito, inesperado, sin previo aviso. Se dice que es la elaboración psicológica que se da por el padecimiento.

1.1.2 Conceptualización de la ansiedad

- **Enfoque psicodinámico y humanista**

Según Fernández y Palmero (1998) Freud elaboró a lo largo de su vida teorías de la ansiedad. En su última formulación, Freud (1926) diferencia tres tipos de ansiedad:

- **Ansiedad real:** es la ansiedad que aparece en las relaciones del yo con el mundo exterior. Es una señal de advertencia de un peligro real situado fuera del sujeto que experimenta la ansiedad.
- **Ansiedad neurótica:** ocurre cuando el yo intenta satisfacer los instintos del ello, pero las exigencias de los mismos le hacen sentirse amenazado, temiendo que el ello se escape del control del yo.
- **Ansiedad moral:** ocurre cuando el súper-yo presiona al sujeto ante la amenaza de que el yo pierda el control sobre los impulsos, apareciendo una ansiedad en forma de vergüenza.

Se dicen que las teorías de Freud tuvieron una gran repercusión en su momento, siendo seguidas por autores que aunque compartían la mayoría de las ideas básicas, difieren en el papel asignado al lívido, al inconsciente y a los mecanismos de defensa.

Las escuelas humanistas y existenciales también otorgarán un papel central al constructo de ansiedad, cuyo elemento común es la consideración de la misma en tanto que resultado de la percepción de peligro por parte del organismo.

- **El conductismo clásico y el enfoque experimental motivacional**

Frente al discurso psicoanalítico y humanista aparecen nuevos modelos que intentarán un acercamiento más experimental y operacional. El estudio de la ansiedad se enriquece con las nuevas teorías aparecidas en el campo del aprendizaje. Desde esta línea, la ansiedad será conceptualizada básicamente de dos formas: como una respuesta clásicamente condicionada y como un impulso que motiva a la conducta de un organismo. La conceptualización ambientalista y la utilización de los términos de miedo y temor de Watson y el conductismo en general conceptualizan la ansiedad como una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o

situación externa al sujeto. La ansiedad es definida como un subtipo de miedo, un impulso o drive aprendido. Hull (1921, 1943 y 1952) considera la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación.

- **Enfoque de la personalidad**

Tomando en cuenta a la ansiedad como una característica de la personalidad surgen las primeras teorías de rasgo-estado, es en éstas donde se ven palpables las formulaciones de Catell y Scheier (1949) (citados por Fernández & Palmero, 1999). Dividen la ansiedad como un rasgo o características de la personalidad, que es la tendencia individual a reaccionar de forma ansiosa o como un estado, definido como un estado emocional transitorio que fluctúa en el tiempo.

- **Ansiedad y patología**

Las relaciones emocionales como la ansiedad, están conectadas con el sistema nervioso, son resultados de complejos mecanismos que afectan a las secreciones glandulares, a los órganos y tejidos a los músculos y a la sangre. Existen cada vez más estudios que muestran la relación que hay entre ansiedad y otros trastornos, como los cardiovasculares, los digestivos y un mal funcionamiento del sistema inmunológico, debido a lo anterior se considera que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas y contribuir en forma negativa sobre la salud.

Las emociones como la ansiedad, el estrés y la ira son considerados como desencadenantes de una enfermedad, por lo antes mencionado hay autores que buscan que las emociones no sean vistas como algo simple sino como un causante de enfermedades crónicas, como el asma, la hipertensión, el cáncer, cardiovasculares, que influyen en la recuperación posquirúrgica e incluso en el desarrollo de enfermedades inmunológicas.

La ansiedad es aún más importante cuando se define como un factor de riesgo crónico, ya que conlleva tomar o inclinarse por hábitos conductuales poco saludables, tales como el consumo de alcohol, consumo de tabaco, dieta rápida, poco variada y con exceso de grasa, falta de ejercicio, etc., (Fernández & Palmero, 1998).

1.1.3 Evaluación de la ansiedad

Fernández y Palmero (1998) aportan que los métodos para la evaluación de la ansiedad se clasifican en tres categorías: cognitivas, fisiológicas y motoras y las técnicas con el autoinforme, registro fisiológico y de observación, cabe mencionar que la más utilizada es el autoinforme, ya que facilita la forma directa de la respuesta cognitiva y la forma indirecta de las respuestas motoras y fisiológicas.

- **Registro psicofisiológico**

Es un proceso de observación que permite obtener información sobre los procesos psicofisiológicos y psicológicos encubiertos, que son difíciles de evaluar, es decir, es un conjunto de técnicas que registran la actividad fisiológica que se reconoce como la información más relevante.

El registro de estas respuestas se da en cinco fases: detención de señal que proviene del organismo, transformación de la señal en señales eléctricas, amplificación de las mismas, registro y conversión de la señal registrada en formas que facilitan su análisis e interpretación.

- **Técnicas de observación**

Se clasifican en directas e indirectas; las primeras es cuando se da una observación y del registro directo de las conductas manifiestas de ansiedad en el ambiente o contexto natural en el que éstas se presentan y las segundas se centran principalmente en el comportamiento de evitación y escape característico del comportamiento.

- **Autoinforme**

Se refiere a la información verbal que un individuo proporciona sobre sí mismo o sobre su comportamiento. Por medio de este se puede evaluar los tres sistemas de respuesta: directa, única cognitiva, indirecta, fisiológica y motora.

1.1.4 Técnicas de reducción de ansiedad

Según Fernández y Palmero (1998) existen muchas técnicas para reducir la ansiedad, estas se clasifican en tres:

- Técnicas dirigidas a la reducción del nivel de activación: Entre ellas están la relajación entrenamiento en control de la respiración y las técnicas de biofeedback.
- Técnicas basadas en la exposición: Entre estas están la desensibilización sistemática las distintas formas de exposición, la implosión e inundación y el modelado.
- Técnicas cognitivas: Se incluye la técnica cognitiva de Beck y la inoculación de estrés.
- Técnicas dirigidas a la reducción de la activación: Tienen como objetivo común enseñar al paciente a conseguir estados de relajación que le sirvan para combatir la activación psicofisiológica o excitación excesiva características de los estados de ansiedad. Entre estas están las siguientes:

- **Técnicas de relajación**

Se considera que es cualquier procedimiento que tiene como objetivo enseñar a la persona a controlar su propio nivel de ansiedad sin ayuda de recursos externos. Consiste en dar una respuesta incompatible a los efectos fisiológicos producidos por la ansiedad y la activación mantenida y así lograr cambios en la vasodilatación arterial, disminución de los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina, disminución del metabolismo basal, disminución de los índices de colesterol y ácidos grasos en el plasma, incremento del nivel de leucocitos, mejora en el funcionamiento del sistema inmunitario, incremento en los ritmos alfa y theta cerebrales (Fernández & Palmero, 1998).

- **Técnicas de control de la respiración**

La respiración es la función involuntaria, automática e inconsciente. Por medio de ella se lleva oxígeno, debido a eso se dice que la respiración lenta y profunda favorece la relajación

y puede contrarrestar los efectos nocivos de la hiperventilación y sus consecuencias (Fernández & Palmero, 1998).

- **Biofeedback**

Es una técnica de intervención dirigida a identificar ciertos procesos y/o respuesta fisiológica con el objetivo de conseguir el control voluntario, inicialmente con la ayuda de instrumentación pertinente y posteriormente sin el uso de dicha instrumentación, y así lograr que el paciente logre ejercer un mayor control y autodominio sobre sus respuestas fisiológicas(Ruiz, Díaz & Villalobos 2013).

- **Técnicas de exposición**

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2013) las técnicas de exposición se dividen de la siguiente manera:

- **Exposición en vivo:** Consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, bien de forma gradual, bien entrenada en contacto desde el principio con situaciones productoras de un alto nivel de ansiedad. Mantener el contacto con el estímulo temido hasta que la ansiedad se reduzca a la mitad, o bien hasta alcanzar un nivel de 2 en una escala subjetiva de ansiedad de 0 a 8, tiene una duración de una hora por sesión.
- **Exposición simbólica:** Hace referencia a la toma de contacto con el estímulo o situación temida no de forma real sino a través de representaciones mentales (imaginación), visuales (dibujos, fotografías, películas), estímulos físicos auditivos (grabaciones de sonidos) o mediante programas informáticos de generación de realidad virtual.
- **Exposición a través de la realidad virtual:** Trabaja con representaciones de la realidad y no con la realidad misma. Un programa de computación genera un entorno virtual que simula la situación temida e integra gráficos en tiempo real, imágenes, dispositivos que captan las señales psicofisiológicas del sujeto expuesto etc.

- **Exposición en imaginación:** Implica la exposición al estímulo temido a través de la imaginación, es decir, la visualización del estímulo fóbico. Las situaciones productoras de un alto nivel de ansiedad, en este caso la exposición se denomina inundación. Procedimiento que consiste en que el paciente se visualice y conecte emocionalmente con el trauma mientras que cuenta esa experiencia en voz alta y el tiempo presente.
- **Exposición en grupo:** La planificación y evaluación de las sesiones de exposición en un contexto grupal, manteniendo la ejecución de la propia exposición de forma individual. Esta técnica permite optimizar el tiempo de la intervención al poder manejar conjuntamente a aquellos pacientes con problemas similares y que se puede beneficiar de la experiencia y retroalimentación de otros participantes.

- **Desensibilización sistemática**

Esta técnica está dirigida a reducir la ansiedad y las conductas de evitación suscitadas ante determinados estímulos esencialmente en inducir en el sujeto una respuesta de relajación mientras se le expone en imaginación a una jerarquía de estímulos que incrementan gradualmente su intensidad (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2013).

- **Técnicas de modelado**

La mayoría de programas de habilidades sociales incluyen el modelado como un componente fundamental del entrenamiento, este modelado está especialmente recomendado para las personas a las que les resultan difícil hacer o decir algo y se sienten más cómodos viéndolo hacer a otra persona. Los factores que pueden incrementar la efectividad del modelado son:

- Repetición de la ejecución por diferentes personas
- La similitud del modelado y el observador

- La competencia del modelo es cuando la conducta se realiza sin ningún fallo (modelado mastery o perfecto) puede ser menos efectivo que si el modelo comete errores y va poco a poco corrigiéndolos (modela doping o de afrontamiento).
- Reforzamiento del modelado.
- Complejidad de la conducta a modelar (división de conductas complejas en componentes) (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2013).

- **Entrenamiento en habilidades sociales**

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2013) antes de entrenar en habilidades sociales hay que interiorizar creencias racionales relacionadas con la pérdida del miedo a hacer ridículo, no descalificarse ante los errores o fracasos, tratando de asumir que no puede ser perfecto aunque si puede intentar hacer las cosas lo mejor posible, etc.

Se utiliza especialmente en los casos de fobia social y en aquellos otros en los que el paciente muestra un pobre repertorio de habilidades en las situaciones de tipo social (Fernández & Palmero, 1998).

- **Implosión e inundación**

Según Fernández y Palmero (1998) la implosión se refiere a enfrentar al paciente de forma imaginaria y sin relajación, con la situación generadora de ansiedad, hasta que la ansiedad se extingue; la situación debe ser altamente provocadora de ansiedad, no siendo necesario debe ser prolongada (como mínimo una hora). La inundación consiste en exponer al paciente de forma prolongada a un estímulo o a una situación real.

1.1.5 Trastorno de ansiedad

Los posibles trastornos de ansiedad que se pueden dar en los pacientes diabéticos son los siguientes:

- **F93.0 Trastorno de ansiedad por separación**

Criterios diagnósticos

- A. “Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que se siente apegado, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:
1. Malestar excesivo y recurrente cuando se revé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) a causa de la separación de una figura de gran apego.
 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por medio a la separación.
 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo a sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
 6. Resistencia o rechazo persistentes a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce la separación de las figuras de mayor apego.
- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en los niños y adolescentes y típicamente seis meses o más en los adultos.
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de la casa por resistencia excesiva cambio en un trastorno del espectro autista delirio o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupaciones por una salud enfermiza u otro

daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupaciones por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad (American Psychiatric Association (APA), 2014, P. 190-191)”.

- **F94.0 Mutismo selectivo**

Según la APA (2015) el mutismo selectivo cuenta con los siguientes criterios:

- A. “Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativas por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunidad social
- C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. El fracaso para hablar necesario en la situación social.
- E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de comunicación (p. ej., trastorno de fluidez de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico (p.195).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

- A. “Los ataques de pánico o la ansiedad predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2).
 - 1. Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una situación o después de la exposición a una medicamento.
 - 2. La sustancias/medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancias/medicamentos; los síntomas persisten durante un periodo importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por

sustancias/medicamentos (p. ej. Antecedentes episódicos recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de delirium.

E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (APA, 2014).

1.2 DIABETES MELLITUS (DM)

Según Salazar (2001) es una de las enfermedades crónico-degenerativas, presentes en la mayoría de la población mundial; por esta razón, es considerada como una pandemia con tendencia ascendente. Las manifestaciones principalmente se presentan con hiperglucemia, aunque puede coexistir con hipercolesterolemia e hipertigliceridemia.

1.2.1 Clasificación de la diabetes

- **Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)**

Salazar (2001) menciona que la Diabetes mellitus tipo 1(DM1) se caracteriza por la destrucción de las células β del páncreas, que suele llevar a una deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden presentar comienzo repentino de signos y síntomas con insulinopenia antes de los 30 años de edad. Con frecuencia tiene cetonuria asociada a la hiperglucemia y estos pacientes con dependientes del tratamiento con insulina para prevenir cetoacidosis y así preservar o mantener la vida.

- **Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)**

Salazar (2001) afirma que los individuos con DM2 presentan resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, pueden ser absolutas o relativas. Aquí se incluye a poco más de 90 % de todos los pacientes con DM. Los pacientes regularmente

suelen ser mayores de 30 años; inclusive son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos. No tienen tendencia a la cetoacidosis, excepto durante períodos de estrés.

- **Diabetes gestacional (DMG)**

El mismo autor define la DMG como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que comienza o se detecta por primera vez durante el embarazo. Además, comenta que suele desaparecer después del parto, sin embargo, existe la probabilidad de desarrollar DM entre cinco y diez años después del parto.

- **Diabetes insípida**

Es causada por un déficit de vasopresina; se caracteriza por ser las hormonas de la hipófisis posterior que controla el volumen de orina secretado por los riñones. Los síntomas son: sed intensa y emisión de grandes cantidades de orina, entre 4 y 10 litros por día, esa orina es baja en glucosa. En muchos casos la inyección o inhalación nasal de vasopresina controla los síntomas de la enfermedad (Galicia, 2005).

- **Diabetes tipo Latente Autoinmune Diabetes in Adults (LADA)**

Las personas con LADA, suelen ser más jóvenes que las personas con DM2, ya que se ha registrado casos de pacientes desde los 25 a los 30 años y al momento del diagnóstico; se caracterizan por ser pacientes delgados que no muestran signos del síndrome metabólico como: niveles altos de triglicéridos, o cifras bajas de colesterol bueno (HDL), hipertensión arterial, o antecedentes familiares de diabetes, entre otros.

El diagnóstico de la diabetes tipo LADA se hace buscando la presencia de anticuerpos típicos de estas diabetes, ya que son los responsables de atacar a las células del páncreas, que es el encargado de fabricar insulina, y de una prueba llamada “péptidos C”, la cual ayuda a saber si

el cuerpo aún está producido insulina es muy poco por lo que el “péptidos C” será bajo (Bartolo, 2015).

1.2.2 Síntomas y signos para la diabetes

Desde el punto de vista de Galicia (2005) en la diabetes se pueden presentar los siguientes síntomas y signos:

Hiperglicemia (glucosa o azúcar baja): es un trastorno caracterizado por un descenso por debajo de lo normal del nivel de glucosa en la sangre. En esta etapa se muestran cambios de personalidad y parecer intoxicados. La hipoglicemia es el resultado del hiperinsulinismo o exceso de insulina, debido a una sobredosis de insulina o a un exceso de su producción por parte del su organismo.

La hipoglicemia reactiva o funcional es el tipo más frecuente. Se da con más frecuencia en personas que se encuentra bajo fuertes tensiones emocionales o cuando se produce un exceso de producción de insulina, por lo general 3-5 horas después de haber comido. Los síntomas son:

- Dolor de cabeza
- Sudoración
- Irritabilidad
- Temblor de cuerpo
- Debilidad
- Vértigo
- Alteraciones de la visión
- Ansiedad
- Palpitaciones
- Diplopía (visión doble)
- Visión borrosa
- Confusión y mal humor
- Conducta anormal
- Amnesia

- Pérdida del conocimiento
- Convulsiones
- Ritmo cardiaco acelerado (taquicardias)
- Hormigueo (disestesia)
- Entumecimiento alrededor de la boca o dedos
- Presión baja
- Disturbios del reposo nocturno
- Sudoresis (hiperhidrosis)
- Desmayos
- Sensación de frío
- Mala coordinación
- Dificultad de mantener el equilibrio
- Enojo
- Palidez
- Excesiva hambre repentina

1.2.3 Síntomas psicológicos

Los síntomas psicológicos más frecuentes, según Velasco y Sinibaldi (2001) son los siguientes:

- Depresión
- Desesperanza
- Minusvalía
- Ansiedad
- Pasividad
- Dependencia
- Humor disfórico
- Apatía
- Baja autoestima

1.2.4 Evaluación de signos y síntomas en relación a DM

Según Salazar (2001) ocurren evaluando las siguientes áreas del paciente:

- Estado general
 - Energía: se evaluará preguntando al paciente sobre los siguientes síntomas:
 - Fatiga
 - Sueño
 - Pesadez
 - Debilidad
 - Apetito
 - Sed
- Poliuria: evaluar, a través del nictómetro, el número de micciones que el paciente experimenta durante el día y la noche.
- Últimos tres días: diuria/nicturia
- Pérdida o ganancia de peso.

1.2.5 Causas

Mesa (1992) propone que las causas pueden ser varias, por ejemplo: la genética, virus, embarazos, autoinmunidad, obesidad, actividad física o dieta; las cuales serán descritas a continuación.

- **Genética**

A principios del presente siglo se ha postulado que el factor genético es un factor importante en la diabetes. Sin embargo, se observó que existe una gran heterogeneidad, ya que la prevalencia es distinta entre países; inclusive se ve que ésta aumenta con la edad y no todos los individuos genéticamente susceptibles padecen la enfermedad. El descubrimiento del sistema mayor de histocompatibilidad fue un paso para la comprensión de esta diferencia en la susceptibilidad.

Los llamados antígenos de histocompatibilidad se encuentran codificados en el brazo corto del cromosoma 6. Existen tres locus: A, B y C, que codifican los antígenos de clase 1 y un locus D para los antígenos de clase 2. Ciertos alelos se asocian entre sí, según el fenómeno de desequilibrio de unión, por tanto una combinación de alelos se encuentra representado con una frecuencia mayor de lo que le correspondería, según las leyes del azar. Ciertos haplotipos se asocian a la existencia de diabetes tipo I, como B8, B15, Cw3, DR3 y DR4, mientras que el DR2 y B7 son raros en la población diabética. Recientemente se ha visto que existe una fuerte relación entre la ausencia de ácido aspártico en la posición 57 de la caverna beta del DQ y la diabetes mellitus I. Estos estudios son muy importantes para identificar poblaciones de riesgo, ya que la actualización terapéutica en la etapa preclínica podría ser crucial para el futuro del diabético.

La alta incidencia familiar de la diabetes tipo II, sugeriría que pueda estar ligada a un gen único dominante, no obstante este supuesto gen no ha sido localizado. También es posible que existan otros genes polimórficos que fueron heredados junto con el gen mayor para que el individuo sea genéticamente susceptible. A diferencia de la diabetes tipo I, no existe asociaciones a haplotipos, aunque hay una gran concordancia en gemelos.

- **Autoinmunidad**

Existen datos sobre la relación de los factores inmunológicos de la diabetes tipo I. El más clásico es la infiltración por células mononucleares de los páncreas de individuos recientemente diagnosticados como fenómeno llamado insulinitis. La mayoría de dichas células son linfocitos T-CD8+ y la mayoría expresan en su superficie moléculas de HLA de clase II e intercucina-2. También existe una respuesta de linfocitos B.

- **Virus**

La hipótesis de una infección vírica como desencadenante de la diabetes tipo I se ha involucrado desde hace años y resulta muy atractiva, ya que permiten explicar claramente la patogenia de la enfermedad. Como antecedentes se han observado infecciones víricas meses antes del inicio clínico de la enfermedad, sobre todo el virus Coxsackie B8 y el de la paratiditis.

La determinación de los ICA permite poner en duda afirmación, ya que en algunos casos se pueden detectar con anterioridad, antes que aparezcan los primeros síntomas y por lo tanto, se rompe la relación virasis-diabetes. No obstante, la hipótesis sigue siendo válida en este momento.

- **Patogenia**

En la diabetes tipo 1, se da el período de latencia prolongada. En primer lugar, una serie de sujetos son genéticamente susceptibles debido a su haplotipo. Las células beta transmiten auto-antígenos y una destrucción gradual de las mismas. Entre este período no existen síntomas clínicos; sin embargo, los pacientes pueden ser identificados, ya que en suero puede detectarse ICA y anticuerpos anti-insulina. La duración de esta fase fue estimada en unos dos o tres años y posteriormente aparece la sintomatología de la diabetes, completándose poco después la destrucción de las células beta y se negativizan los ICA y anticuerpos anti-insulina.

- **Obesidad**

Es una característica clínica de la diabetes tipo II y se da en el 80 % de los casos. Se considera que la obesidad es un factor desencadenante de la diabetes, ya que es difícil precisar si el individuo tenía algún tipo de intolerancia hidratarbada antes de presentar obesidad y, por otro lado, no es frecuente diagnosticar una Diabetes mellitus tipo 2, a raíz de la pérdida de peso. Algunos estudios realizados sobre incidencia indican que la obesidad aumenta el riesgo de diabetes mellitus, y se considera que la obesidad agrava la resistencia insulínica que presentan los pacientes.

- **Actividad física y dieta**

Los estudios aseguran que la diabetes mellitus es menos frecuente en individuos que mantiene mayor actividad física. También se ha relacionado la diabetes con la sobrealimentación, sobre todo con la ingesta de grasas y azúcares y la ausencia de fibra. No obstante, es difícil relacionar el factor dietético-calórico con la incidencia de diabetes aunque si

es importante en la mortalidad asociada a diabetes. La restricción calórica moderada se asocia a una menor incidencia de diabetes y una menor mortalidad de los individuos ya diabéticos.

- **Embarazo**

Se han estudiado algunos casos relacionados con la multiparidad en pacientes con diabetes; en los cuales también se ven asociados a la obesidad. Al momento de separar ambas situaciones no ha podido establecerse que un mayor número de embarazos condicione una mayor prevalencia de diabetes. Sin embargo, el antecedente de diabetes gestacional sí se relaciona con la posterior aparición de diabetes 1, por lo que las gestantes con diabetes gestacional deben ser consideradas como grupo de alto riesgo de presentar diabetes mellitus tipo 2.

1.2.6 Consecuencias

Nuevamente, Salazar (2001) menciona que la diabetes trae consigo una variedad de consecuencias, como las siguientes:

Disminución en la visión

Neuropatías

Calambres

Disminución de la fuerza muscular

Úlceras en los pies y piernas por la falta de circulación sanguínea

Aumento del peso corporal

Facilidad para adquirir infecciones

Cicatrización lenta

1.2.7 Complicaciones de la DM

Galicia (2005) clasifica las complicaciones de la siguiente forma:

Complicaciones microvasculares: Retinopatía

Nefropatía

Neuropatía diabética

Complicaciones macrovasculares: Enfermedad coronaria

Vasculopatía periférica

Complicaciones varias:

Disfunción eréctil

Eyaculación

Amputaciones

Cicatrización lenta

Úlcera del pie diabético

Las retinopatías comprenden:

Retinopatía no proliferativa: Microaneurismas

Infartos retinianos

Retinopatía proliferativa.

Complicaciones cutáneas: Tendosinovitis flexora

Dermopatía diabética

Necrobiosis lipoidea

Bullosis diabeticorum

Xantomosis eruptiva

Escleroderma diabetorum

Enfermedad de Dupuytren

Síndrome del túnel carpiano

- **Cetoacidosis diabética**

García (2005) expone que se debe a la acumulación de la sangre en los cuerpos cetónicos. Los cuerpos cetónicos son productos intermedios del metabolismo oxidativo de los ácidos grasos libres, que se forman en el organismo cuando se desencadenan una serie de procesos, como la movilización de ácidos grasos desde el tejido adiposo o la proteólisis en el tejido muscular. El diagnóstico puede sospecharse por el olor característico a acetona que desprende el aliento del paciente y se confirma mediante la demostración de cuerpos cetónicos en la sangre y orina.

Las causas más frecuentes de cetoacidosis en la clínica son: la diabetes, la intoxicación, alcohólica aguda, en pacientes desnutridos, por abuso prolongado del alcohol y la inanición.

- **Neuropatía diabética**

Es una de las complicaciones más frecuentes de la DM, presentándose síntomas neurológicos en casi 60 % de los pacientes en algún momento. Sin embargo, alteraciones electrofisiológicas pueden demostrarse casi en el 100 % de los pacientes aun sin síntomas.

La lesión de las fibras nerviosas provocada por los altos valores de glucosa, pueden manifestarse por síntomas sensitivos, motores y autonómicos. La presentación del cuadro puede ser súbita o insidiosa. La lesión a los nervios puede manifestarse de diversas formas: la polineuropatía bilateral simétrica, mixta y la neuropatía autonómica.

La neuropatía dolorosa de extremidades tiene una presentación insidiosa, que comenzará sin que el paciente perciba síntomas, evidenciará disminución o pérdida de la percepción de

estímulos vibratorios, por medio de un diapasón, de la presión por medio de un monofilamento de 10 gramos y de los reflejos tendinosos aquilianos.

Cuando el cuadro se encuentra bien establecido se caracteriza por la pérdida de la sensibilidad a los estímulos de la presión y dolorosos. Sin embargo, el síntoma más molesto para el paciente y que constituye la primera causa de consulta por neuropatía a nivel mundial, es el dolor característico que se presenta durante las noches. Al recostarse, los pacientes experimentan características, por lo que se llama “neuropatía en calcetín”, simétrico, tipo urente o quemante, al punto que no se tolera siquiera el roce de las sábanas y no se alivia con analgésicos convencionales (Fernández, 2015).

- **Acidosis láctica**

Es una alteración metabólica clínicamente poco frecuente y de pronóstico ominoso, que puede aparecer en el paciente con diabetes. El ácido láctico producido preferentemente en el músculo es empleado posteriormente en el hígado con sustrato neoglucogenético. La acidosis láctica a hiperlactacidemia (mayor a 7mmol/l) con cociente ácido láctico/ácido pirúvico aumentado. Durante la práctica clínica diaria es difícil confirmar este proceso, ya que los síntomas son inespecíficos y la determinación analítica de ácido láctico no forma parte de los protocolos diagnósticos sistemáticos. Es un proceso con alta mortalidad y el trastorno tisular, elimina el agente lactacidogénico, emplear sustancia alcalinizante o administrar fármacos estimuladores de la piruvato-deshidrogenasa.

- **Glomerulosclerosis diabética**

Se aplica a la coexistencia de lesiones histológicas del tipo de la Glomerulosclerosis difusa o nodular y de las denominadas lesiones hialinas. La prevención de la nefropatía diabética consiste principalmente en la optimización del control glucémico, mediante la dieta y el empleo precoz e intensivo de insulina o de hipoglucemiantes orales; además, se aconseja el incremento del ejercicio físico, la supresión del tabaco y el control de otros factores de riesgo (Galicia, 2005).

- **Nefropatía diabética**

Galicia (2005) afirma que la diabetes es la causa principal de lo que se conoce como “enfermedad renal”. La nefropatía diabética abarca todas las manifestaciones secundarias a la diabetes, otras afecciones renales son: ateromatosis de las arterias renales y sus graves vasos, la necrosis papilar, la pielonefritis, la uropatía obstructiva neurógena y el síndrome de hipoaldosteronismo hiporreninémico. La nefropatía es una de las complicaciones más graves de la diabetes. Actualmente, la hemodiálisis y el trasplante renal han desplazado a la insuficiencia renal al tercer puesto como causa de muerte en el paciente diabético.

- **Complicaciones oculares**

La diabetes es la primera causa de la ceguera entre los 20 y 74 años en los Estados Unidos. La importancia de este problema viene refrendada porque los diabéticos tienen 25 veces más de probabilidad de convertirse en sujeto legalmente ciegos que quienes no padecen de diabetes. La ceguera es fundamentalmente el resultado de la retinopatía diabética progresiva y de edema macular clínicamente importante. La retinopatía diabética no proliferativa suele aparecer hacia el final del primer decenio de enfermedad o al principio del segundo, éste se caracteriza por: micro aneurismas vasculares retinianos, manchas hemorrágicas y exudados algodonosos (Galicia, 2005).

- **Enfermedad dental**

Galicia (2005) afirma que la enfermedad periodontal (un tipo de enfermedad de las encías que pueden llevar a la pérdida de dientes) ocurre con mayor frecuencia en las personas con diabetes.

- **Retinopatía**

Es una de las complicaciones más graves, como son cataratas por afectación del cristalino y el glaucoma diabético por aumento de la presión intraocular. Se manifiesta hasta estadios muy evolucionados, por ello es la principal causa de ceguera irreversible (Tuduri, 1993).

- **Macroangiopatía**

Según el Grupo de Estudio de la Diabetes en la Atención Primaria de Salud (GedapS) (2000) es una afectación arteriosclerótica de los vasos mediano y gran calibre. El inicio es más precoz, tiene una evolución agresiva y afecta a ambos sexos por igual. Es la causa más del 65 % de muertes.

1.2.8 Condiciones para la DM

Salazar (2001) clasifica las condiciones de la DM en DM1 y en DM2.

- **Condiciones DM1**

- Síntomas clásicos de diabetes y una prueba aleatoria de glucosa en plasma mayor a 200 mg/dl.
- Glucemia plasmática en ayuno igual o mayor de 126 mg/dl.
- Glucosa en plasma a las dos horas pos-carga mayor a 200 mg/dl (utilizando un máximo de 75 g como carga oral disuelta en agua).

- **Condiciones para la DM2**

- Glucemia plasmática en ayuno igual o mayor de 126 mg/dl.
- Glucemia plasmática ocasional mayor a 200 mg/dl.
- Glucosa en plasma a las dos horas pos-carga mayor a 200 mg/dl (75 g glucosa para la carga oral disuelta en agua).

1.2.9 Factores de riesgo

El mismo autor clasifica los factores de riesgo de la siguiente forma:

No modificables	Modificables
<p>Ascendencia hispánica</p> <p>Edad igual o mayor a 45 años</p> <p>Antecedentes de DM en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos).</p> <p>Antecedentes de haber tenido un hijo con un peso al nacer mayor que 4 kg.</p>	<p>Obesidad</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Sedentarismo</p> <p>Tabaquismo</p> <p>Manejo inadecuado del estrés</p> <p>Hábitos inadecuados de alimentación</p> <p>Estilo de vida contrario a su salud</p> <p>Índice de la cintura-cadera</p> <p>Presión arterial</p> <p>Triglicéridos</p> <p>HDL de colesterol</p>

1.2.10 Evaluación clínica inicial de la DM

El mismo autor menciona que para una evaluación clínica es importante tomar en cuenta los antecedentes importantes:

- Familia de primer grado con DM.
- Antecedentes de producto macrosómico con peso igual o mayor de 4 kg.
- Tabaquismo
- Alcoholismo

1.2.11 Antecedentes de enfermedades asociadas

Salazar menciona que la diabetes puede tener varios antecedentes, como los siguientes:

- Obesidad
- Hipertensión arterial
- Alteración en el nivel de colesterol
- Alteración en el nivel de triglicéridos

1.2.12 Diagnóstico de DM

Salazar propone que en el paciente con DM ya diagnosticado, se debe evaluar los siguientes aspectos:

- Tiempo de evolución
- Fecha de diagnóstico: mes y año
- Si tiene o no tratamiento actual
- Dosis del medicamento
- Tiempo de tratamiento
- Si se han aplicado estrategias nutricionales o de actividades física (dieta y/o ejercicio)
- Si es diabetes de reciente diagnóstico
- Otros medicamentos que se administran actualmente diferente al tratamiento para DM que pueden causar hiperglucemia.
 - Tipo
 - Dosis
 - Motivo

1.2.13 Tratamiento

- **Tratamiento para la diabetes LADA**

El tratamiento médico para las personas LADA se realiza haciendo cambios en el estilo de vida, principalmente en su alimentación y en el ejercicio. El control adecuado del correcto manejo de los pacientes inicia con el uso de pastillas, para controlar los niveles de glucosa en sangre, y en un corto tiempo se debe iniciar la aplicación de insulina oportunamente, con el fin de evitar y prevenir las complicaciones crónicas de la diabetes (Fernández, 2015).

- **Autocontrol**

Es un aspecto básico en el desarrollo de un programa terapéutico de la diabetes mellitus. Hasta hace años el control de la diabetes se efectúa por medio de la detención de glucosa y cetona en orina de forma domiciliaría, y algunas glucemias esporádicas realizadas en el laboratorio. Desde que el diabético puede determinar la glucemia en la sangre capilar de forma rutinaria, se ha producido un importante cambio en el control de la diabetes, pues es el propio paciente quien modifica la dosis de insulina.

El método de autocontrol y su frecuencia está en relación con los objetivos terapéuticos, el tipo de tratamiento y el grado de educación diabetológica (Mesa, 1992).

1.2.14 Prevención

Según Salazar (2001), la prevención de la DM implica el conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión. Estas son las siguientes:

El control y tratamiento adecuado, así como la prevención, son los pilares para evitar el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas. Para lograrlo es necesario contar con un equipo de salud multidisciplinario y estrechamente vinculado que permita obtener impactos en la salud del paciente con factores de riesgo asociados a la DM o quienes la padecen.

- **Prevención primaria**

El objetivo es evitar el inicio de la enfermedad; tiene lugar antes de la manifestación de la enfermedad con el pronóstico específico de prevenir su aparición. Hay dos tipos:

- **En la población general**

Las medidas que se toman son para modificar el estilo de vida y las características socio-ambientales que, unidas a factores genéticos, constituyen causa desencadenante de la diabetes.

Los factores de riesgo para los pacientes con DM2 que son potencialmente modificables: obesidad, sedentarismo, dislipidemia, hipertensión, tabaquismo y nutrición inapropiada.

Las acciones de prevención primaria deben realizarse, no solamente en el ámbito medicinal, sino también con la participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias utilizando los medios de comunicación para informar.

○ **En la población en riesgo**

La intervención inicial y a lo largo del padecimiento, se realiza con tratamiento no farmacológico, por ejemplo:

- Educación para la salud (folletos, revistas, boletines, etc.)
- Promoción de la salud; corrección de factores dentro del estilo de vida
- Prevención y corrección de la obesidad (dietas con bajo contenido graso y azúcares refinados y alta proporción de fibra alimentaria)
- Uso racional y precavido de medicamentos diabeto génicos (por ejemplo: diuréticos, corticosteroides, betabloqueadores)
- Promoción del ejercicio físico rutinario y programado
- Integración de Grupos de Autoayuda, encaminados a que el paciente se responsabilice de su autocuidado y permanentemente sea el autogestor en pro de su control metabólico.

• **Prevención secundaria**

○ **Individuos de alto riesgo**

- Edad mayor a 45 años
- Con obesidad
- Con antecedentes de DM en familiares de primer grado.
- Mujeres con antecedentes de hijos macrosómico (de 4 kg o más), antecedentes obstétricos patológicos.
- Con dislipidemia

- Miembros de grupos étnicos con elevada prevalencia de DM2 (ascendencia hispánica).
- Con hipertensión arterial.

Con los pacientes ya confirmados con DM2, el objetivo es:

- Retrasar la progresión de la enfermedad.
- Remitir cualquier alteración en su estado metabólico.
- Prever la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

- **Prevención terciaria**

Se trabaja con los pacientes que manifiestan complicaciones crónicas; con el objetivo de:

- Evitar la discapacidad del paciente (por insuficiencia renal, ceguera, pie diabético, etc.).
- Evitar la mortalidad temprana.

1.2.15 Efectos emocionales de la Diabetes mellitus en el individuo

Velasco y Sinibaldi (2001) mencionan que la diabetes mellitus es una enfermedad controlable, sin embargo, es el paciente el que decide hacerlo, ya que es él quien toma la decisión de apegarse al tratamiento.

La forma como el paciente se percibe depende de diversos aspectos, algunos de ellos pueden ser: el significado que él posee sobre su familia, situaciones personales y familiares pueden ayudar o repercutir, a sentir miedo ante las posibles complicaciones de esta enfermedad.

Pueden llegar a sentir pérdida de independencia, invalidez, ceguera, etc., consideran que las consecuencias del problema en el sistema nervioso autónomo son: pierde la percepción del dolor, lo cual provoca complicaciones indeseables para el paciente, por ejemplo: temor al progreso de la enfermedad, deterioro cognitivo, pérdida de aptitudes y destrezas, sensación de falta de control en su vida, su futuro y su cuerpo.

A los individuos que les preocupan excesivamente su enfermedad, pueden llegar a tener rasgos obsesivo-compulsivo; mientras otros actúan de forma sumisa, obediente y muy

dependiente de su red de apoyo e inclusive pueden llegar inmovilizarse, infantilizarse e inclusive, pueden sentir miedo a perder su independencia, se tornan rebeldes, desafiando el tratamiento; es en estos casos donde la orientación terapéutica o consejo médico es la forma más adecuada de ayudar al paciente a aceptar el diagnóstico.

1.3 EDAD ADULTA MEDIA

El término mitad de la vida, apareció en el diccionario en 1895 (Lachman, 2004) cuando la esperanza de vida comenzó a ampliarse. En la actualidad, en las sociedades industriales, la adultez media se considera una etapa distinta de la vida, con sus normas y papeles, sociales, oportunidades y dificultades. En cambio, sociedades tradicionales, como la casta superior de los hindúes en las zonas rurales de India y los juis de Kenia, no reconocen etapa intermedia en la adultez.

Según Papalia, Olds y Feldman (1992) las edades comprendidas desde los 40 a 65 años fueron definidas como edad adulta intermedia, sin embargo, los mismos autores en 2010 definen la adultez media entre los 40 a 65 años, pero se considera arbitraria, ya que no hay un consenso. Unos tienen una memoria más aguda; otros sienten que su memoria comienza a flaquear y muchos tienen un estable sentimiento de control sobre su vida. Algunos están en la cúspide de su creatividad o su carrera; otros empezaron tarde o desembocaron en callejones sin salida. Otros más sacuden los sueños estancados o persiguen metas nuevas y más estimulantes.

Papalia et al., (2005) mencionan que a esta edad las personas les preocupan su salud a pesar de que suele ser buena, sin embargo, presentan disminución de energía, experimentan dolores y fatigas eventuales o crónicas. Se le dificulta trabajar hasta altas horas de la noche, tienen más posibilidades de contraer enfermedades y cuando sucede necesitan más tiempo para recuperarse.

La hipertensión (presión sanguínea crónicamente alta) es una preocupación más frecuente en esta etapa de la vida; puede llegar a causar daños irreversibles como sería un ataque cardíaco o apoplejía o una deterioro cognitivo en la adultez tardía.

Entre las causas de muerte en la etapa intermedia está en primer lugar, el cáncer; la segunda, la enfermedad cardíaca, y tercero el SIDA, puesto que se contraen por medio de transfusiones de

sangre contaminada y la séptima causa de muerte, según la cita de Anderson (2001^a) es la diabetes tipo 2, que por lo general tiene comienzo en la madurez, es decir, a los 30 años y es más común con la edad, según la cita de American Diabetes Association (1992).

Las personas de esta edad tienen influencias indirectas a la salud como la posición socioeconómica, ya que es importante porque ayudan al paciente cubrir sus necesidades como por ejemplo, la compra de medicamentos; otras influencias son el origen y la raza.

Después de la menopausia, las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir alguna complicación en su salud, entre las dos más comunes están: la enfermedad cardíaca y osteoporosis, cáncer de mama, histerectomía, entre otros.

Otras influencias que afectan a las personas de la edad adulta media son: el estrés que puede ser causado por muchas causas como la muerte de un cónyuge, divorcio, separación matrimonial, despido laboral, jubilación, cambio de trabajo, cambio en el estado financiero, dificultades sexuales, cambio de la salud, lesión o enfermedad personal, deterioro laboral, entre otras.

Los autores de la ansiedad mencionan que es una reacción emocional, que surge cuando la persona percibe una situación como amenazadora para su integridad física o mental, es un factor que surge a nivel universal, es decir, ayuda a la persona a reconocer los posibles peligros a los que puede estar expuesta su vida. Con la base a la información teórica proporcionada se fundamenta que la ansiedad es un factor que afecta a distintas etapas de la vida, sin embargo, en este caso únicamente se abordó en personas de la adultez media, en especial las diagnosticadas con Diabetes mellitus tipo 2, ya que es necesario buscar soluciones personalizadas para cada paciente, con el objetivo de que posea una mejor calidad de vida. El origen de este problema pueden ser varias causas, en especial están relacionados con factores personales, laborales, familiares y otros factores psicológicos relevantes. Por eso de suma importancia que los psicólogos se encuentren actualizados e informados de dicho factor e informar a otros profesionales, ya que el paciente será atendido por un equipo multidisciplinario de profesionales a la salud.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como ya se mencionó la ansiedad puede pasar desapercibida, pues la sintomatología es parecida a la de otros padecimientos tanto médicos como psicológicos, por ello es sumamente importante que los profesionales de la salud mental, estudien este problema, ya que cada vez existen más factores que influyen en el desarrollo de este padecimiento clínico, que afecta a sociedades enteras de manera silenciosa, destruyendo vidas y relaciones, dejando a las víctimas de sus manifestaciones con una visión sombría y pesimista no sólo de su propia vida, sino también del mundo que le rodea; si bien es cierto, aunque la ansiedad es un mecanismo de defensa que ayuda a la supervivencia de la raza humana, deja de ser útil cuando se convierte en un trastorno patológico, debido a que sus respuestas son exageradas o duran más de lo necesario.

En la sociedad guatemalteca la ansiedad crónica, ha estado presente sin que ninguna entidad médica, ya sea gubernamental o privada haya hecho esfuerzos por educar a la población en la detección de sus principales manifestaciones, por esta razón se considera de suma importancia generar un estudio que estandarice y actualice sus síntomas de forma sencilla y comprensible para que el paciente logre identificarlas y separarlas de otras enfermedades que coexistan en él, brindándole una guía fácil y rápida para que inicie su rehabilitación

Por tal motivo, se ha elegido como sujetos de estudio para la presente investigación a pacientes comprendidos en la edad adulta media, con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2; que viven en la ciudad capital de Guatemala y que están suscritos a los servicios del Seguro Social de la jornada matutina; con el objetivo de obtener información verídica sobre los niveles de ansiedad que los pacientes manifiestan en las tres categorías que mide la escala de ansiedad AMAS-E, es decir, en inquietud/hiperactividad, física y temor al envejecimiento; considerando que esta enfermedad es desencadenada especialmente en esta etapa de la vida, a causa del desequilibrio emocional derivado de los cambios bruscos y la poca capacidad de adaptación del ser humano al envejecimiento y a la pérdida de la salud.

Por lo anteriormente expuesto, surge el cuestionamiento fundamental de esta investigación: ¿Cuáles son las principales manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con

diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 en la adultez media, que asisten a las clínicas del Seguro Social de la jornada matutina, de la ciudad capital de Guatemala?

2.1 Objetivos

2.1.1 General

Describir las principales manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 en la adultez media que están suscritos al Seguro Social de la jornada matutina, de la ciudad capital de Guatemala.

2.1.2 Específicos

- Medir el nivel de ansiedad que padecen los pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 en la adultez media, que están suscritos al Seguro Social de la jornada matutina, de la ciudad capital de Guatemala.
- Indagar los niveles de ansiedad que presentan los pacientes en el área de Inquietud/hipersensibilidad.
- Determinar cuáles son los niveles de Ansiedad Fisiológica que presentan los sujetos del estudio.
- Especificar los niveles de Temor al Envejecimiento de estos individuos.
- Realizar una guía de ayuda para la población vulnerable a este trastorno.

2.2 Variable

- Principales manifestaciones de ansiedad.

2.3 Definiciones de la variable

2.3.1 Definición conceptual

Según Palmero y Fernández (1999): “la ansiedad es una reacción emocional que surge ante la percepción de una amenaza personal al bienestar físico o psicológico y que es experimentada universalmente ante diferentes situaciones. Es un mecanismo de vigilia del organismo que sirve para alterar de posibles peligros y desempeña un papel protector en la preservación del individuo y de la especie” (p.99).

Las manifestaciones de ansiedad se pueden dar con inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica y preocupaciones sociales o de concentración, es decir, en el plano de las conductas, de los pensamientos y de las emociones:

- Inquietud/hipersensibilidad: Conductas de evitación y escape, inquietud motora, conductas compulsivas, inhibición motriz, etc.
- Ansiedad fisiológica: Alta activación del sistema nervioso, autónomo, que trae consigo una serie de cambios fisiológicos: Taquicardia, mareos, sudoración, rubor, tensión en el estómago, dificultades respiratorias, etc.
- Preocupaciones sociales o de concentración: Preocupaciones, desmoralización, aprensión, pensamientos intrusivos, dificultades de atención y concentración (Palmero & Fernández, 1999).

2.3.2 Definición operacional

Las manifestaciones de ansiedad será establecidas por medio de esta investigación, con base a la aplicación del instrumento: Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-E). Este instrumento constata de tres sub-escalas:

- Inquietud/hiperactividad
- Ansiedad Fisiológica
- Temor al Envejecimiento

Por medio de estas tres áreas se han podido clasificar los niveles de ansiedad que padecen los pacientes e interpretar las puntuaciones de cada una de ellas dividiéndolas en:

- Baja
- Esperada
- Elevación leve
- Clínicamente significativa
- Extrema

Esta división se ha realizado de acuerdo a la estructura establecida en esta escala (Reynolds, Richmond & Lowe, 2007)

2.4 Alcances y límites

El estudio se realizó con pacientes que fueron diagnosticadas con Diabetes mellitus tipo 2; con el objetivo de conocer las manifestaciones de ansiedad a las que pueden estar expuestos; tomando como muestra a 25 pacientes del Seguro Social que asisten al CAMIP de la jornada matutina, con un rango de 60 a 65 años, que son considerados dentro de la etapa edad media.

Esta investigación se limitó a medir los niveles y clasificación de las tres áreas que mide esta escala, no se está considerando la frecuencia debido a que la escala no tiene los parámetros para determinarla.

2.5 Aportes

Se contribuyó con la Universidad Rafael Landívar, en la actualización teórica de las manifestaciones de ansiedad que reflejan los pacientes de edad media; este estudio podrá servir de base para futuras investigaciones y estará de referencia para la población en general.

Se brindó una guía del manejo de ansiedad para el paciente diabético, que será de apoyo para el paciente pueda auto-manejar dicho problema clínico; también es una guía que contiene recomendaciones prácticas para cualquier usuario que manifieste esta sintomatología.

Se conocieron las principales manifestaciones de ansiedad a las que los pacientes se encuentran frecuentes expuestos, en base a los resultados obtenidos se determinó que es necesario que las diferentes identidades de la salud, en especial en las clínicas del Seguro Social de la ciudad capital de Guatemala, tomen en cuenta el apoyo psicológico en las personas con problemas de ansiedad, es aún más necesario cuando las personas son informadas de algún padecimiento médico, que cambiará su estilo de vida.

Asimismo, es beneficioso para los psicólogos y estudiantes de esta área, les proporcionan datos actualizados sobre los niveles de ansiedad en pacientes de edad media con Diabetes mellitus tipo 2, también es de útil para tomar conciencia de lo esencial que es trabajar en este trastorno, porque como ya se mencionó cada vez se da con más frecuencia.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

En este estudio se trabajó con 25 pacientes del Seguro Social de CAMIP de la jornada matutina, guatemaltecos, de ambos sexos, con diferentes niveles socioeconómicos y escolares. Las edades oscilan entre 60 y 65 años; según Papalia, Olds y Feldman (1992) 40 a 65 años esta etapa de vida, está comprendida en la etapa de adultez intermedia, sin embargo, los mismos autores en el 2010 definieron la adultez media como la etapa entre 40 a 65 años de edad, ellos exponen que esta definición es arbitraria, ya que no existe ningún consenso sobre cuándo comienza o termina esta etapa, ni sobre los hechos biológicos o sociales que determinan sus límites.

Éste es un tipo de muestreo no probabilístico; es decir, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características y objetivos de la investigación. El procedimiento fue por medio de la muestra de casos típicos; el objetivo principal de éste es profundizar sobre los puntos de vista que tiene cada uno de las participantes desde su propia experiencia y de la interacción con el diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Tabla 3.1

Sujetos de estudio

	Mujeres	Hombres	Total
Sujetos	13	12	25
Porcentaje	52%	48%	100%

Fuente: Trabajo de campo.

Descripción de la muestra de acuerdo al sexo de los 25 pacientes, se evidencia que la mayoría de los sujetos de estudio son del sexo femenino.

Tabla 3.2

Edades de los participantes

Edades	Cantidades de sujetos
60	3
61	3
62	4
63	2
64	5
65	8
Promedio de edad	62

Fuente: Trabajo de campo.

En esta tabla se puede observar que el promedio de edad de los pacientes es de 62 años, con un rango diferencial de 5 años en las edades estudiadas, con una moda de 65 años.

3.2 Instrumento

Con el objetivo de describir las principales manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, en la adultez media que asisten a las clínicas del Seguro Social de la ciudad capital de Guatemala, comprendidos en las edades de 60-65 años; se utilizó el instrumento de Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS-E; estandarizado en México y realizado por Reynolds, Richmond y Lowe (2007).

AMAS-E está compuesta por 44 reactivos, que están divididos en cuatro sub-escalas:

- **Inquietud/hipersensibilidad:** Las puntuaciones elevadas corresponden a personas que internalizan la ansiedad y poseen un alto nivel de consumo de energía emocional al enfrascarse en ideas improductivas. Los reactivos de esta área son veintitrés ítems: 5, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 34, 35, 36, 38, 39, 42 y 44.

- **Ansiedad fisiológica:** Refleja las respuestas físicas a la internalización de ansiedades de una persona, lo que brindaría un indicador de las manifestaciones físicas de la ansiedad y denota la propensión general a la sintomatología somática. Los siete ítems correspondientes a esta sub-escala son: 1, 3, 4, 18, 20, 23 y 37.
- **Temor al envejecimiento:** Valora la ansiedad y el estrés asociados con las preocupaciones acerca del envejecimiento y lo que conlleva dicha situación. Consta con siete ítems estos son: 9, 25, 28, 31, 33, 40 y 41.
- **Mentira:** Sirve para ver si el paciente utilizó algún mecanismo de defensa. Los siete ítems que miden esta área son: 2, 7, 12, 14, 16, 32 y 43. Cada ítem mencionado con anterioridad fue medido de acuerdo a la siguiente escala: sí o no.

Aplicación: El tiempo estimado para la realización de la prueba es de 15 minutos, ésta puede ser aplicada de forma individual o colectiva. En este caso se realizó de manera individual.

Calificación: En el manual hay hojas de calificación donde se anotan al lado de cada criterio se realiza una marca de verificación, en cada una de las casillas que sean afirmativa. Se procede a las marcas de cada columna para obtener las puntuaciones naturales de la escala; luego las puntuaciones naturales se pasan a puntuaciones T y el resultado de estas se ubican en la escala de interpretación.

Norma: Las puntuaciones naturales para cada escala en puntuaciones T normalizadas y percentiles, éstas tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10. Las puntuaciones T se normalizaron debido a que la distribución en algunas de las puntuaciones naturales de las escalas presentaba un sesgo suficientemente como para dificultar posiblemente la interpretación de las puntuaciones T lineales.

Confiabilidad: Se usan los estimados de consistencia interna y estabilidad temporal para establecer la confiabilidad de AMAS. Un coeficiente de confiabilidad de 70 se considera suficiente para la mayoría de las mediciones de variables psicológicas en especial para constructos afectivos como la ansiedad. Los estimados de consistencia interna para las tres escalas que componen esta prueba, tienen un rango entre 71 y 91.

Validez: El instrumento fue validado por Reynolds, Richmond y Lowe (2003) quienes examinaron la estructura de la AMAS, con una muestra de desarrollo de la prueba con 2800 personas. La validez de la Escala de Ansiedad manifiesta en Adultos (AMAS-E) fue determinada por tres formas: validez de contenido, validez de constructo y validez predictiva.

La validez de contenido hace referencia a los reactivos de la prueba que representan el dominio de la conducta que en dicha prueba está diseñada para medir. Los reactivos del AMAS fueron redactados y seleccionados con la intención de que caracterizaran de forma adecuada los rasgos de ansiedad de la manera en que esta manifiesta en los sujetos, dentro del rango de edad que mide cada instrumento de AMAS.

La validez de constructo se refiere al grado en que el instrumento mide las características para la cual se diseñó. Un indicador de la validez de constructo en AMAS es su consistencia interna, dado que el valor de Coeficiente Alfa solamente es elevado cuando los reactivos de la escala refleja una dimensión unitaria, por lo cual las valuaciones de alta consistencia interna de las escalas AMAS indican que estas representan constructos coherentes.

En cuanto a la validez predictiva se pueden mencionar que AMAS fue aplicado a 43 sujetos residentes de California con un rango de edad de 60 y 88 años. De manera general, los hallazgos se ajustaron a la predicción de que al grado en que la depresión y la ansiedad son relacionados (Endler y Summerfedt, 1995; Kamphaus, Cox y Powell, 1995; Reynolds, 2001), debería existir una elevación en las puntuaciones de un individuo en las sub-escalas de ambos instrumentos.

3.3 Procedimiento

- Se seleccionó el tema de investigación.
- Se buscaron las fuentes de referencias nacionales e internacionales relacionadas a esta investigación.
- Se recopilaron las fuentes bibliográficas (libros, revistas, reportes, noticias, etc.).
- Se elaboró el planteamiento del problema; incluyendo resumen del problema, pregunta de investigación, objetivos, variables o elementos de estudio, definición conceptual y operacional de variables, alcances y límites.
- Se realizó el marco teórico.
- Se preparó el método que incluye: sujetos y tipo de muestreo, instrumentos, procedimiento, tipo de investigación o diseño.
- Se aprobó el tema de tesis de parte de la Facultad de Humanidades.
- Se seleccionó y aplicó la escala adecuada.
- Se analizaron los resultados estadísticos.
- Se realizaron las discusiones, conclusiones y recomendaciones.

3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística

En esta investigación se usó el enfoque cuantitativo-descriptivo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) este “usa la recolección de datos para probar hipótesis de datos, análisis estadísticos, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p.4) con el método descriptivo, se ha realizado la búsqueda de propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

Para el análisis estadístico de esta investigación se utilizaron Las Medidas de Tendencia Central de Hernández, Fernández y Baptista (2010), según ellos esta medición se realiza por medio de los puntos de la distribución obtenida, los valores medios o centrales ayudan a ubicar el valor dentro de una escala de medición.

- La moda, es una categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia.
- La mediana se refiere a la puntuación que divide la distribución por la mitad.

- La media es el promedio aritmético de una distribución, esta es la medida de tendencia central más utilizada.

Las medidas de variación son intervalos que señalan la dispersión de los datos en la escala de medición; entre las más utilizadas están las siguientes:

- El rango también es llamado recorrido, es la diferencia entre la puntuación mayor.
- La puntuación menor e indica el número en la escala de la medición que se necesita mayor para incluir los valores máximos y mínimos.
- La desviación estándar o típica es el promedio de la desviación de las puntuaciones con respecto a la media.
- La varianza se utiliza en análisis inferenciales (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

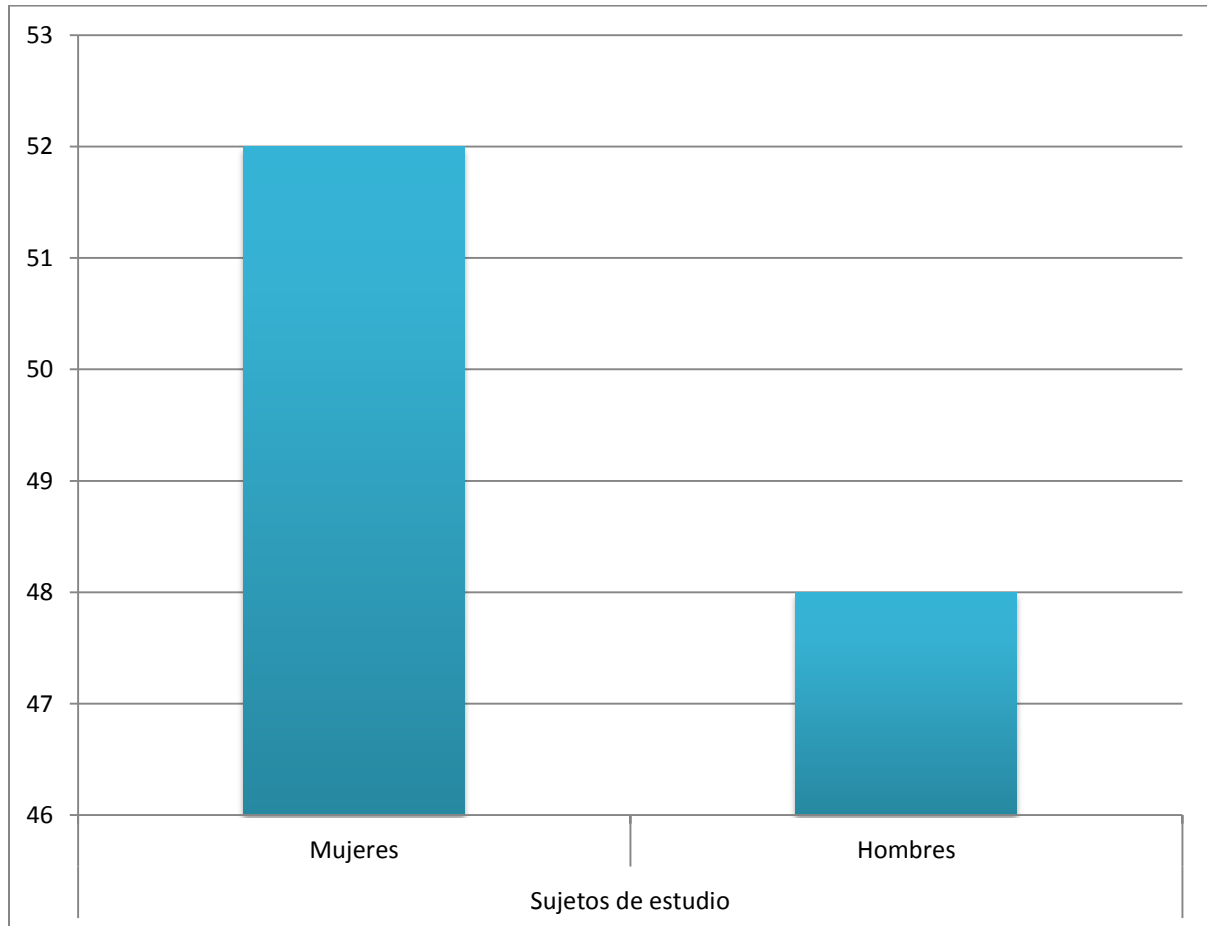
La presente investigación se llevó a cabo con el objetivo de describir las principales manifestaciones de ansiedad que manejan los pacientes del Seguro Social de la jornada matutina, con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, en la adultez media. Al grupo de estudio se le aplicó la Escala de Manifestaciones de Ansiedad, la cual fue diseñada por Reynolds, Richmond y Lowe (2007), está compuesta por 44 reactivos divididos en tres sub-escalas: la primera mide Inquietud/hipersensibilidad mide la internalización de la ansiedad y el consumo excesivo de energía emocional al enfrascarse en ideas improductivas; la segunda es Ansiedad Fisiológica, esta área presenta nueve ítems; que reflejan respuestas físicas a la internalización de ansiedades de una persona, lo que brindaría un indicador de las manifestaciones físicas de la ansiedad y denota la propensión general a la sintomatología somática; tercera área es Temor al Envejecimiento, cuenta con siete reactivos, valora la ansiedad y el estrés asociados con las preocupaciones acerca de envejecer y lo que conlleva dicha situación y el área de mentira.

En este estudio se trabajó con 25 pacientes de ambos sexos, guatemaltecos, con diferentes niveles socioeconómicos y escolares. Las edades oscilan entre 60 y 65 años. Éste es un tipo de muestreo no probabilístico; es decir, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características y objetivos de la investigación. El procedimiento se realizó por medio de la muestra de casos típicos; el objetivo principal de este es profundizar sobre los puntos de vista que tiene cada uno de los participantes desde su propia experiencia y de la interacción con el diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Para la presentación de los resultados se elaboraron tablas y algunas gráficas, donde se detallan las frecuencias medias expresadas para conocer el nivel de ansiedad en estos pacientes.

Gráfica 4.1

Muestra de sujetos



Fuente: trabajo de campo.

De acuerdo a la muestra utilizada, los sujetos de estudio, están divididos en hombres y mujeres reflejando el siguiente porcentaje: El 48% son de sexo masculino y el 52% corresponden al sexo femenino; el equilibrio de los porcentajes nos permite tener una muestra homogénea para tener resultados confiables.

Tabla 4.1.1

Estadística descriptiva: Edades de los sujetos

Estadística descriptivas: Edades de los sujetos	
Media	62.5
Error típico	0.76
Mediana	62.5
Moda	65
Desviación estándar	1.87
Varianza de la muestra	3.5
Curtosis	-1.2
Coefficiente de asimetría	0
Rango	5
Mínimo	60
Máximo	65
Suma	375
Cuenta	6

Fuente: trabajo de campo.

Edades	Cantidades de sujetos
60	3
61	3
62	4
63	2
64	5
65	8
Promedio de edad	62

Fuente: trabajo de campo.

En esta tabla se puede apreciar que las edades de los sujetos de estudio promedian 62 años, con un rango diferencial de 5 años, se encuentran entre un máximo de 65 años y un mínimo de 60.

Tabla 4.1 Puntuaciones naturales y edades de los participantes.

Sujetos	Edad	Inquietud/ Hipersensibilidad	Ansiedad Fisiológica	Temor al Envejecimiento	Mentira	Ansiedad Total
1	61	37	23	87	93	41
2	62	61	56	87	74	66
3	63	72	87	87	93	78
4	65	99	97	87	93	100
5	65	96	87	87	93	97
6	64	96	87	64	56	95
7	65	99	97	87	74	100
8	65	99	97	87	74	100
9	60	93	97	87	74	97
10	65	27	23	87	56	34
11	64	86	87	87	74	69
12	61	86	73	87	43	87
13	62	67	56	87	56	70
14	62	37	11	87	43	38
15	60	57	38	29	43	49
16	65	2	3	11	74	2
17	60	93	87	87	93	95
18	62	93	87	87	74	95
19	64	86	73	64	74	84
20	65	99	97	87	74	100
21	64	93	97	87	43	97
22	63	96	97	87	74	98
23	65	82	87	87	56	87
24	64	12	11	29	74	13
25	61	48	73	87	21	84

Fuente: trabajo de campo. En esta tabla se encuentran las puntuaciones naturales obtenidas en las distintas áreas y con cada uno de los sujetos, incluyendo sus edades.

Tabla 4.1.1 Resultados obtenidos en la sub-escala de Inquietud/hipersensibilidad (IHS).

Sujetos	Edad	Inquietud/hipersensibilidad (IHS)	Categoría descriptiva
1	61	46	Esperada
2	62	54	Esperada
3	63	56	Elevación leve
4	65	69	Clínicamente significativa
5	65	67	Clínicamente significativa
6	64	67	Clínicamente significativa
7	65	69	Clínicamente significativa
8	65	69	Clínicamente significativa
9	60	65	Clínicamente significativa
10	65	42	Baja
11	64	61	Elevación leve
12	61	62	Elevación leve
13	62	56	Elevación leve
14	62	46	Esperada
15	60	52	Esperada
16	65	32	Baja
17	60	65	Clínicamente significativa
18	62	65	Clínicamente significativa
19	64	62	Elevación leve
20	65	69	Clínicamente significativa
21	64	65	Clínicamente significativa
22	63	67	Clínicamente significativa
23	65	60	Elevación leve
24	64	37	Baja
25	61	49	Esperada

Fuente: trabajo de campo. En esta tabla se visualizan los puntajes e interpretación descriptiva de la sub-escala de Inquietud/hipersensibilidad (IHS); detallando el nivel de ansiedad que manifiesta cada paciente en forma individual.

Tabla 4.1.1

Estadística descriptiva en la sub-escala de Inquietud/hipersensibilidad (IHS).

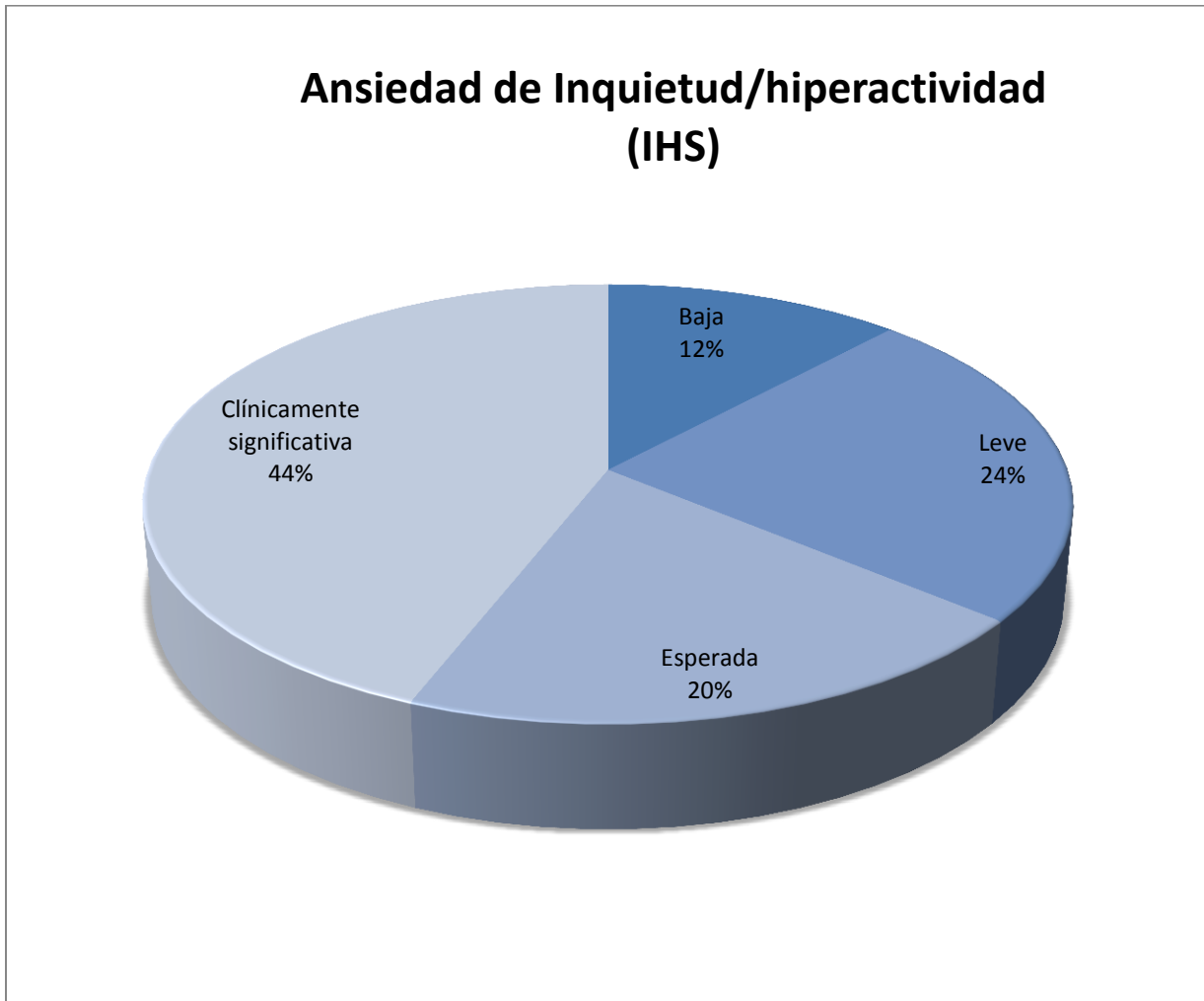
Sub-escala de Inquietud/hipersensibilidad (IHS)	
Media	58.08
Error típico	2.14
Mediana	62
Moda	69
Desviación estándar	10.74
Varianza de la muestra	115.41
Curtosis	0.05
Coefficiente de asimetría	-1.00
Rango	37
Mínimo	32
Máximo	69
Suma	1452
Cuenta	25

Fuente: trabajo de campo.

En esta tabla se observan las medidas de tendencia central y dispersión de la sub-escala de Inquietud/hipersensibilidad (IHS). En promedio, los pacientes obtuvieron 58 puntos en esta escala de ansiedad, indicando que la mayoría de los pacientes se encuentran en un nivel de Ansiedad de Elevación Leve, en la mediana se obtuvo un resultado de 62, una moda de 69, en la desviación estándar fue de 10.7, un mínimo de 32 y máximo de 69.

Gráfica 4.2

Resultados de ansiedad de Inquietud/hiperactividad



Fuente: trabajo de campo.

Se muestra gráficamente la distribución de las manifestaciones de ansiedad en las 4 clasificaciones de interpretación de la escala AMAS-E. Como se puede observar el porcentaje más alto lo representa la categoría Clínicamente Significativa con un 44%; porcentaje que refleja una marcada tendencia de los sujetos de estudio a presentar síntomas relacionados con esta sub-escala.

Tabla 4.2 Tabla de resultados de Ansiedad Fisiológica (FIS)

SUJETOS	Ansiedad Fisiológica (FIS)	Categoría descriptiva
1	42	Baja
2	52	Esperada
3	62	Elevación leve
4	68	Clínicamente significativa
5	62	Elevación leve
6	62	Elevación leve
7	68	Clínicamente significativa
8	68	Clínicamente significativa
9	68	Clínicamente significativa
10	42	Baja
11	62	Elevación leve
12	57	Elevación leve
13	52	Esperada
14	36	Baja
15	47	Esperada
16	31	baja
17	62	Elevación leve
18	62	Elevación leve
19	57	Elevación leve
20	68	Clínicamente significativa
21	68	Clínicamente significativa
22	68	Clínicamente significativa
23	62	Elevación leve
24	36	Baja
25	57	Elevación leve

Fuente: trabajo de campo. En esta tabla se observan los datos e interpretación descriptiva de Ansiedad Fisiológica (FIS) que fueron obtenidos por los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 4.2.1

Descripción estadística de la muestra sobre los resultados de Ansiedad Fisiológica

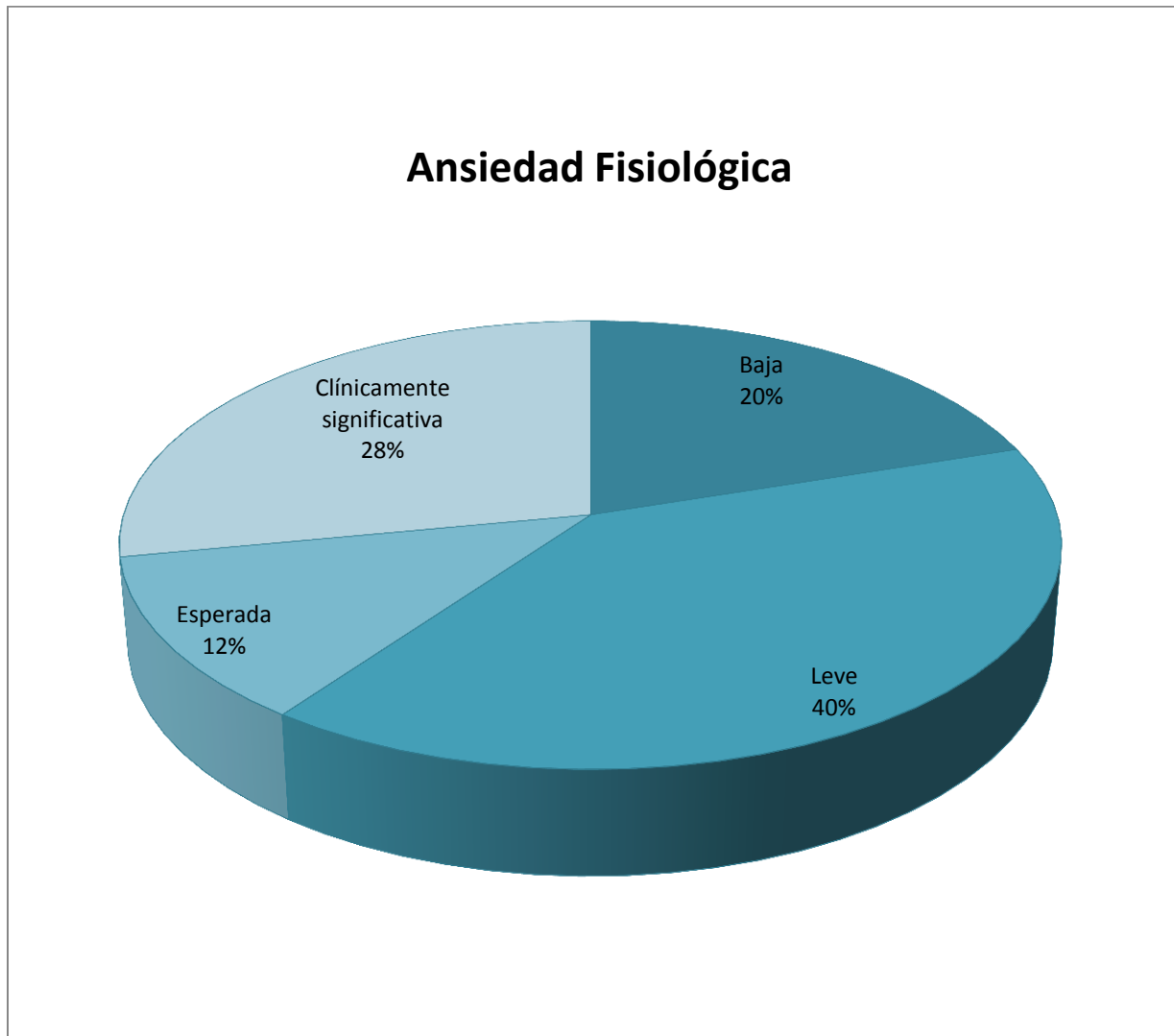
Ansiedad Fisiológica	
Media	56.76
Error típico	2.30
Mediana	62
Moda	62
Desviación estándar	11.50
Varianza de la muestra	132.44
Curtosis	-0.26
Coefficiente de asimetría	-0.939
Rango	37
Mínimo	31
Máximo	68
Suma	1419
Cuenta	25

Fuente: trabajo de campo.

En la tabla se observan los resultados obtenidos de Ansiedad Fisiológica (FIS), se obtuvo una media de 57, la cual refleja que la mayoría de los pacientes se encuentran con Ansiedad de Elevación Leve; la mediana fue de 62 e igual que la moda, la desviación estándar fue de 11.5, una puntuación mínima de 21 y el máximo de 68.

Grafica 4.3

Resultados gráficos de Ansiedad Fisiológica.



Fuente: trabajo de campo. Representación gráfica de los resultados obtenidos de la sub-escala de Ansiedad Fisiológica de los 25 sujetos de estudio, se puede observar que el porcentaje más alto corresponde a la categoría Elevación Leve con el 40%; por su parte, la ansiedad clínicamente significativa representa el 28%; el 20% pertenece a la categoría Baja y el 12% se clasifica en el rango de Ansiedad Esperada. Se determinó que un alto porcentaje de la muestra manifiesta padecimientos fisiológicos derivados de la ansiedad, aunque en un nivel manejable.

Tabla 4.3 Resultados e interpretación descriptiva del Temor al Envejecimiento (Edad)

SUJETOS	Temor al Envejecimiento (Edad)	Categoría descriptiva
1	61	Elevación leve
2	61	Elevación leve
3	61	Elevación leve
4	61	Elevación leve
5	61	Elevación leve
6	56	Elevación leve
7	61	Elevación leve
8	61	Elevación leve
9	61	Elevación leve
10	61	Elevación leve
11	61	Elevación leve
12	61	Elevación leve
13	61	Elevación leve
14	61	Elevación leve
15	45	Esperada
16	35	Baja
17	61	Elevación leve
18	61	Elevación leve
19	56	Elevación leve
20	61	Elevación leve
21	61	Elevación leve
22	61	Elevación leve
23	61	Elevación leve
24	45	Esperada
25	61	Elevación leve

Fuente: trabajo de campo. En esta tabla se encuentran los resultados e interpretación descriptiva del Temor al Envejecimiento (Edad) que manifiestan tener los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, sometidos a este estudio.

Tabla 4.3.1

Descripción de la sub-escala de Temor al Envejecimiento (Edad)

Temor al Envejecimiento	
Media	58.28
Error típico	1.32
Mediana	61
Moda	61
Desviación estándar	6.62
Varianza de la muestra	43.88
Curtosis	6.51
Coficiente de asimetría	-2.64
Rango	26
Mínimo	35
Máximo	61
Suma	1457
Cuenta	25

Fuente: trabajo de campo.

Los resultados obtenidos de la clasificación de Temor al envejecimiento (edad) se obtuvo una media de 58 puntos, la cual refleja que la mayoría de los pacientes se encuentran con una ansiedad de Elevación Leve; la mediana fue de 61, igual que la moda con 61, la desviación estándar fue de 7 puntos, una puntuación mínima de 35 y un máximo de 61.

Gráfica 4.4

Resultados de sub-escala de Temor al Envejecimiento (Edad)



Fuente: trabajo de campo.

En esta gráfica se pueden observar los resultados obtenidos del área de Ansiedad de Temor al Envejecimiento, el porcentaje reflejado por la mayor de la muestra, corresponde al 88% de la categoría Elevación Leve, demostrando que existe una ventana de oportunidad para mejorar la vida de los pacientes, disminuyendo el temor al envejecimiento, autonomía e independencia.

Tabla 4.4 Resultados e interpretación de Ansiedad Total (TOT)

SUJETOS	Ansiedad total (TOT)	Categoría Descriptiva
1	48	Esperada
2	55	Elevación leve
3	59	Elevación leve
4	69	Clínicamente significativa
5	67	Clínicamente significativa
6	66	Clínicamente significativa
7	69	Clínicamente significativa
8	69	Clínicamente significativa
9	67	Clínicamente significativa
10	45	Esperada
11	63	Elevación leve
12	62	Elevación leve
13	57	Elevación leve
14	46	Esperada
15	50	Esperada
16	31	Baja
17	66	Clínicamente significativa
18	66	Clínicamente significativa
19	61	Elevación leve
20	69	Clínicamente significativa
21	67	Clínicamente significativa
22	68	Clínicamente significativa
23	62	Elevación leve
24	37	Baja
25	61	Elevación leve

Fuente: trabajo de campo. En esta tabla se encuentran los resultados e interpretaciones descriptivas de la Ansiedad Total (TOT) que manifiestan tener los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 4.4.1

Descripción de la sub-escala Ansiedad Total

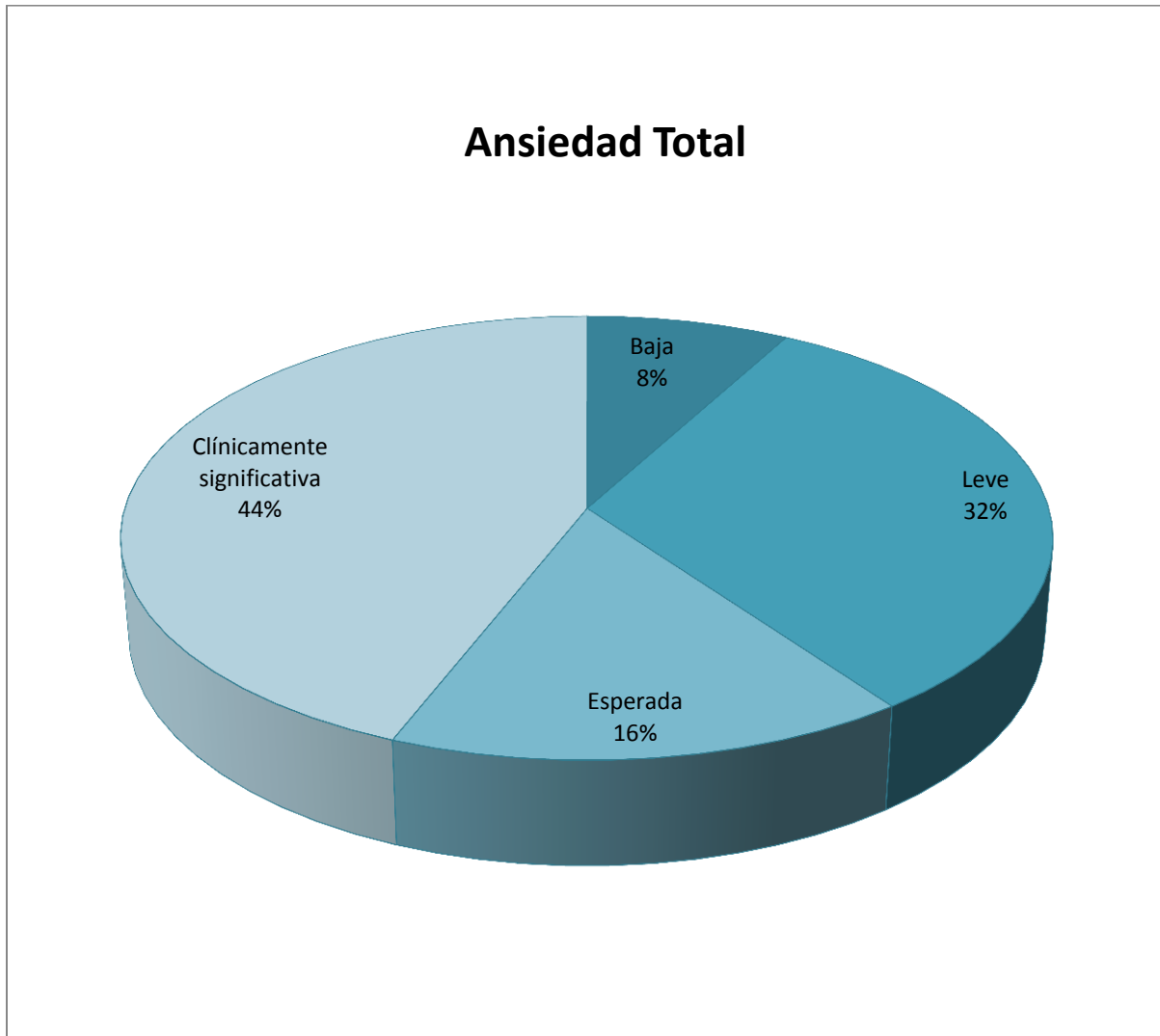
Ansiedad total	
Media	59.2
Error típico	2.13
Mediana	62
Moda	69
Desviación estándar	10.63
Varianza de la muestra	113.17
Curtosis	0.89
Coefficiente de asimetría	-1.27
Rango	38
Mínimo	31
Máximo	69
Suma	1480
Cuenta	25

Fuente: trabajo de campo.

Resultados obtenidos en la Ansiedad Total (TOT) fueron los siguientes: se obtuvo una media 59, el cual indica que la mayoría de los pacientes manifiestan un nivel de Ansiedad Leve; una mediana de 62, una moda de 69, la desviación estándar fue de 10.6, una puntuación mínima de 31 y un máximo de 69.

Gráfica 4.5

Resultados de Ansiedad Total



Fuente: trabajo de campo.

Se visualizan los resultados de Ansiedad Total el 44% representa la Ansiedad Clínicamente Significativa, 32% corresponde a la Ansiedad Leve, 16% a la categoría Ansiedad Esperada y el 8% al rango Ansiedad Baja.

Tabla 4.5

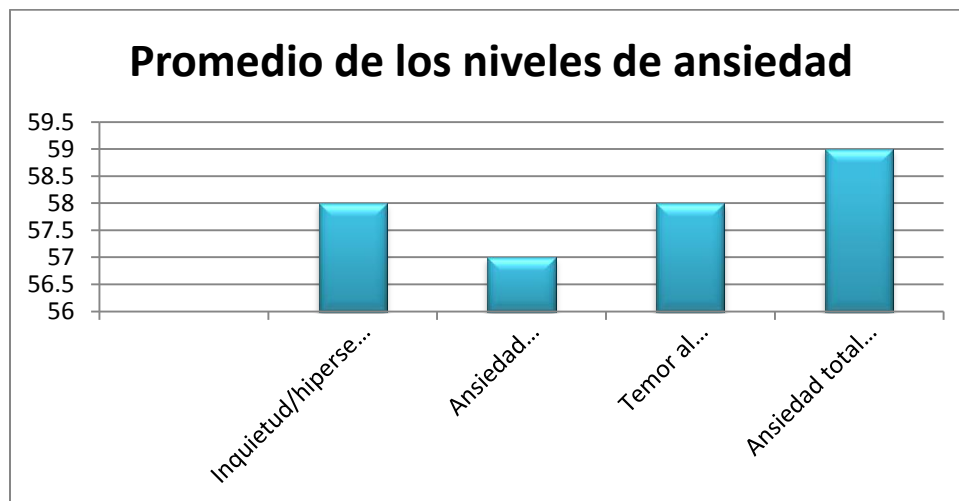
Promedios de las sub-escalas de AMAS-E

Sub-escala	Promedio
Inquietud/hipersensibilidad (IHS)	58
Ansiedad fisiológica (FIS)	57
Temor al envejecimiento (Edad)	58
Ansiedad total (TOT)	59

Fuente: trabajo de campo.

En esta tabla se encuentran las medias de cada área, reflejando claramente que la mayoría de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 manifiestan una ansiedad de categoría Elevación Leve, según el cuadro de interpretación de las puntuaciones T de las escalas de ansiedad de la AMAS (Reynolds, Richmond y Lowe, 2007).

Gráfica 4.6 Resultados de las sub-escalas de AMAS-E



Fuente: trabajo de campo. En esta gráfica se muestran los promedios de las tres sub-escalas de la ansiedad contenidas en la prueba AMAS-E. En donde podemos observar que las manifestaciones psicológicas, como la Inquietud,/hiperse... y el Temor al envejecimiento superan ampliamente a las manifestaciones fisiológicas.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El principal objetivo del presente trabajo de investigación, ha sido describir las principales manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 en la adultez media, para dicho efecto se tomaron como muestra 25 pacientes del Seguro Social de Guatemala (IGSS) de la jornada matutina; se aplicó la prueba estandarizada llamada Escala de Manifestaciones de Ansiedad AMAS-E lo que garantiza resultados certeros y confiables.

Entre los resultados obtenidos derivados de la prueba aplicada a los sujetos de estudio, se pueden mencionar: El rango de edad refleja un media un poco mayor a 62 años, un rango de 5, con una desviación estándar de 1.87, un mínimo de edad de 60 años y un máximo de 65. En las primeras tablas de resultados, se muestra que el 52% de los sujetos de estudio son mujeres, y el 48% son hombres. Los datos son representativos, ya que la diferencia en el promedio de sujetos no es significativa entre ambos sexos. Por esta razón, el presente capítulo compara los resultados obtenidos de este trabajo con otros trabajos similares acerca de la ansiedad en los pacientes diabéticos.

Para ello fue importante retomar los criterios de Palmero y Fernández (1999) quienes mencionan que la ansiedad es una reacción emocional que surge ante la percepción de una amenaza personal al bienestar físico o psicológico y que es experimentada universalmente ante diferentes situaciones. Según Echeburúa (citado por Palmero & Fernández, 1991) la ansiedad es un mecanismo del organismo que tiene como función alertar al cuerpo de posibles peligros; por eso se considera que juega un papel importante en la preservación del individuo y de la especie.

La ansiedad es vista como una amenaza personal al bienestar físico o psicológico; generando en el individuo una serie de activaciones por ejemplo, repuesta de lucha o la de huida, que puede ser adaptativa o desadaptativa, según sea la gravedad de la situación mencionó Bioondi (citados por Palmero & Fernández, 1999).

Como ya se mencionó para este estudio se aplicó la Escala de Manifestaciones de Ansiedad AMAS-E, elaborada por Reynolds, Richmond y Lowe (2007), consta de tres sub-escalas:

- **Inquietud/hipersensibilidad:** Se mide por medio de las puntuaciones elevadas la internalización la ansiedad y el consumo excesivo de energía emocional al enfrascarse en ideas improductivas; ansiedad reflejan respuestas físicas a la internalización de ansiedades de una persona.
- **Ansiedad fisiológica:** Reflejan las respuestas físicas a la internalización de ansiedades de una persona, lo que brindaría un indicador de las manifestaciones físicas de la ansiedad y denota la propensión general a la sintomatología somática.
- **Temor al envejecimiento:** Valora la ansiedad y el estrés asociados con las preocupaciones acerca del envejecimiento y lo que conlleva dicha situación.

En el primer indicador es ansiedad de inquietud/hiperactividad (IHS) se determinó que el 44% de los participantes manifiestan tener ansiedad clínicamente significativa, siendo este valor el más elevado y el 12% reflejan ansiedad baja. Según Palmero y Fernández (1999) este indicador es llamado ansiedad a nivel motor: conductas de evasión y escape, inquietud motora, conductas compulsivas, inhibición motriz, etc. Siendo estos síntomas los que más afectan directamente a los sujetos de estudio.

En el segundo indicador es ansiedad fisiológica, se midió el nivel de ansiedad que indican tener los participantes siendo el más alto la elevación leve con un 40%, clínicamente significativa es el 28%, 20% es baja y el 12% esperada. Palmero y Fernández (1999) menciona que la ansiedad fisiológica abarca síntomas como alteración de la activación del sistema nervioso autónomo, éste trae consigo una serie de cambios fisiológicos: taquicardia, mareos, sudoración, rubor, tensión en el estómago, dificultades respiratorias, etc.

En el último indicador ansiedad por temor al envejecimiento, se obtuvo 88% de ansiedad de elevación leve, 8% de ansiedad esperada y el 4% de ansiedad baja. Este indicador es nombrado por Palmero y Fernández (1999) como ansiedad a nivel cognitivo: preocupaciones, desmoralización, aprensión, pensamientos intrusivos, dificultades de atención y concentración, etc.

En relación a lo expuesto por Palmero y Hernández (1999) se pudo comprobar que los pacientes manifiestan ansiedad total con una puntuación media de 59, según Reynolds, Richmond y Lowe (2007) a este puntaje le corresponde la categoría de ansiedad de elevación

leve; se caracterizan por síntomas de preocupación, inquietud, hiperactividad, ansiedad fisiológica y temor a envejecer en las personas. En esta área se obtuvo un 44% de ansiedad clínicamente significativa, 32% de elevación leve, 16% de ansiedad esperada y el 8% de ansiedad baja.

Con base a los análisis mostrados, llama la atención que para los 3 indicadores, el nivel máximo de ansiedad total es la clínicamente significativa con un 44%, por lo que se concluye que los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 están sometidos a manifestaciones derivadas de la ansiedad en afectan considerablemente su calidad de vida y la de sus familiares, por lo tanto, es necesario brindarles material de apoyo, para ayudar al paciente a conocer, comprender, y controlar los síntomas que conlleva esta enfermedad, ya que según Salazar (2001), es una de las enfermedades crónico-degenerativas, presentes en la mayoría de la población mundial; por esta razón, es considerada como una pandemia con tendencia ascendente. Las manifestaciones principalmente se presentan con hiperglucemia, aunque puede coexistir con hipercolesterolemia e hipertigliceridemia.

VI. CONCLUSIONES

A continuación se detallan las conclusiones del presente estudio:

- Para los participantes de esta investigación, la ansiedad de inquietud/hiperactividad y el temor al envejecimiento son las principales manifestaciones de ansiedad a los que se encuentran expuestos.
- La sub-escala de inquietud/hiperactividad muestra que los pacientes de esta investigación obtuvieron una puntuación media de 58, la cual refleja que la mayoría de los pacientes se encuentran con una ansiedad de elevación leve.
- En cuanto al temor al envejecimiento, el 88% obtuvo una elevación leve, 8% ansiedad esperada y el 4% ansiedad baja; siendo esta ansiedad unas de las que más repercuten en el estado emocional de los pacientes.
- En los datos obtenidos de la ansiedad fisiológica, se obtuvo una media de 57, la cual refleja que la mayoría de los pacientes se encuentran con una ansiedad fisiológica de elevación leve.
- En general, los resultados reflejan que los sujetos poseen una media de ansiedad total de 59, siendo clasificada como ansiedad de elevación leve, esto significa que los síntomas son pocos; sin embargo, están presentes en la vida cotidiana de los sujetos de estudio.
- De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación, se comprobó que la mayor parte de los participantes padecen de ansiedad clínicamente significativa, representado en un 44%, debido específicamente a un factor, que es el de Diabetes mellitus tipo 2 y los síntomas que conlleva dicha enfermedad, los cuales se ven reflejados en los tres indicadores de este estudio.

- En la sub-escala de inquietud/hiperactividad están las conductas de evasión y escape, inquietud motora, conductas compulsivas, inhibición motriz, etc., estas son las principales manifestaciones que reflejan los sujetos, ya que como se mencionó con anterioridad obtuvieron una puntuación de 58, siendo categorizada como ansiedad de elevación leve.
- En la sub-escala de ansiedad fisiológica, se encontraron los síntomas como: alta activación del sistema nervioso autónomo, éste trae consigo una serie de cambios fisiológicos: taquicardia, mareos, sudoración, rubor, tensión en el estómago, dificultades respiratorias, etc.

VII. RECOMENDACIONES

A continuación se presentan recomendaciones que se sugiere implementar derivadas de los resultados obtenidos en esta investigación:

- Utilizar y divulgar el manual propuesto en el presente trabajo, el cual contiene información básica que le será útil al paciente y a sus familiares para reconocer y manejar la ansiedad en su vida cotidiana.
- Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se le recomienda establecer como parte del tratamiento a pacientes diabéticos, la realización de un diagnóstico psicológico que permita analizar de forma individual los niveles de ansiedad de cada paciente, para determinar la necesidad de referirlos a un grupo de apoyo o terapia psicológica, según sea el caso.
- A la Universidad Rafael Landívar, se le recomienda que el Departamento de Psicología pueda ampliar el área de asistencia psicológica a distintas zona de la ciudad capital, para que pueda ampliar su capacidad apoyo psicológico en puntos geográficamente accesibles para la población.
- A los estudiantes y profesionales de la psicología que deseen seguir profundizando en el tratamiento de la ansiedad en pacientes diabéticos, se les recomienda realizar un guía o video que contenga técnicas de relajación adecuadas a la edad de los sujetos de estudio.

VIII. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA, 2014). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta. ed.). Washington.: Médica panamericana.
- Alemán, R. (2011). *Terapia del campo del pensamiento en pacientes diabéticos con problemas de ansiedad*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/05/42/Aleman- Rosa.pdf> Contenido de Tesis (PDF)
- Alpizar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México, D.F.: Manual moderno.
- Calderón, C. (2008). *Logoterapia como Técnica Psicoterapéutica para Disminuir la Ansiedad en Personas de la Tercera Edad*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/22/Calderon-Cobon-Cleydi-Marisol/Calderon-Cobon-Cleydi-Marisol.pdf>
- Cassaretto, M. (2013). *Ansiedad rasgo y recursos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis inédita. Universidad Católica del Perú. Recuperado de: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4701/LOSTA UNAU_CALERO_ANA_PACIENTES_DIABETES.pdf?sequence=](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4701/LOSTA_UNAU_CALERO_ANA_PACIENTES_DIABETES.pdf?sequence=)
- Contreras, S. (2013). *Elementos que debe contener una guía para mejorar la calidad del paciente diabético*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Contreras-Shelly.pdf>

Castillo, Y. (2001). *La diabetes mellitus tipos 2 y su relación en la ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al club de diabéticos del Hospital Universitario de Motupe.*

Tesis inédita. Universidad Nacional la Loja.: Colecciones: Biblioteca A.S.H.

Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6682>

Encina, M., Navarrete, G. (2007). *Mujeres diagnosticadas con trastornos de ansiedad, una aproximación desde el ciclo de la experiencia, según la terapia gestáltica.* Tesis inédita.

Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile. Recuperado de:

<http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/2359>

Figueroa, N. (2013). *Influencia de la personalidad en la evolución de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Retalhuleu.* Tesis inédita. Universidad Rafael

Landívar. Guatemala. Recuperado en:

<http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/2013/05/22/Figueroa-Nancy.pdf>

Galicia. (2005). *Diabetes control total: absolutamente todo lo que usted debe saber*

Guatemala.: Impresos Don Bosco.

García, A. (2012). *Adaptación familiar y social del paciente diabético (estudio realizado en el patronato del diabético de la cabecera departamental de Quetzaltenango).*

Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado en:

<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Garcia-Aura.pdf>

Gedaps. (2000). *Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en atención primaria.* Madrid,

España.: Ediciones de la Guía de Gedaps.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5^a ed.). México: McGraw-Hill.

Martínez, B. (2013). *Cómo estamos con la diabetes*. Guatemala. Prensa Libre.

Mesa, J. (1992). *Diabetología básica*. Barcelona.: Glosa, S. A. Rda.

Neftalí, N. (2015). *Diabética. La diabetes y sus complicaciones*. (28 Edición).Guatemala.: Especialidades escrita.

Ñaupás, H., Mejía, E. y Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa-cuantitativa y redacción de la tesis*. (4ta. ed.). Bogotá.: Ediciones de la U.

Palmero, F., Fernández, E. (1998). *Emociones y adaptabilidad*. Barcelona. Editorial Ariel, S. A.

Palmero, F., Fernández, E. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona. Editorial Ariel, S. A.

Papalia, D., Olds s., y Feldman, R. (1992). *Desarrollo humano*. (4ta. Ed.). México, D.F.: McGraw- Hill.

Papalia, D., Olds s., y Feldman, R. (2005). *Desarrollo humano*. (9no. Ed.). México, D.F.: McGraw- Hill.

Papalia, D., Olds s., y Feldman, R. (2010). *Desarrollo humano*. (11° Ed.). México, D.F.: McGraw- Hill.

Pérez, R. (2013). *Ansiedad y depresión en ancianos cubanos con deterioro cognitivo leve: un acercamiento desde sus vivencias*. Tesis inédita. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba. Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2013/hph133b.pdf>

Reynolds, C., Richmond, B. y Lowe, P. (2007). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos*. México, D.F.: Manual moderno. Recuperado de: <http://www.manualmoderno.com/manualmoderno/>

Rojas, E. (1994). *La ansiedad*. (8ta ed.). España.: Editorial temas de hoy.

Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2013). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual* (3ra. Ed.). España: UNED Desclée de Brpuwer.

Salazar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: El Manual Moderno.

Sassaroli, S. y Lorenzini, R. (2000). *Miedos y fobias*. Barcelona.: Paidós.

Tuduri, M. (1993). *Diabetes mellitus tipo 2* (2da. Ed.). España.: SemFYC.

Valesco, M. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México, D.F.: Manual moderno.

Vera, V. (2004). *Perfil de riesgo biopsicosocial del paciente portador de diabetes mellitus tipo 2, que ha desarrollado una o más de las complicaciones crónicas por la enfermedad, en la Comuna de Los Lagos, 2003*. Tesis inédita. Universidad Austral de Chile - Sistema de Bibliotecas - Programa Cybertesis. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fmv473p/html/index-frames.html>

IX. ANEXO

Anexo I

Ficha técnica de Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-E)

Nombre completo	Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-E.)
Nombre original	The Adult Manifest Anxiety Scale (AMAS).
Autores	Cecil, R., Reynolds, B. O. Richmond & P.A. Lowe.
Procedencia	Los Ángeles, California, USA.
Adaptación	Adaptado por Editotial Western Psychological Services, de USA.
Aplicación	Individual o colectiva
Edades para aplicar	AMAS-A 19 a 59 AMAS-C Estudiantes universitarios AMAS-E Adultos de 60 años en adelante.
Ámbito de aplicación	Dirigido a adultos que experimentan ansiedad.
Duración	Aproximadamente 15 minutos
Finalidad	Evaluar el nivel de ansiedad experimentado por personas adultas (adulthood temprana, edad media y adulthood tardía o ancianidad).
Baremación	A pesar de que la Forma Auto-calificable corresponde a la AMAS, los procedimientos de calificación son casi idénticos para las tres versiones de la escala.
Material	Los únicos materiales que se necesitan para aplicar las escala AMAS son la Forma Auto-calificable para la versión adecuada de la AMAS: A (adultos), C (universitarios) o E (adultos mayores) y un instrumento de escritura. Se recomienda un lápiz de número 2.
Posibles enfermedades o trastornos	No existe información.

• **RECUERDE**

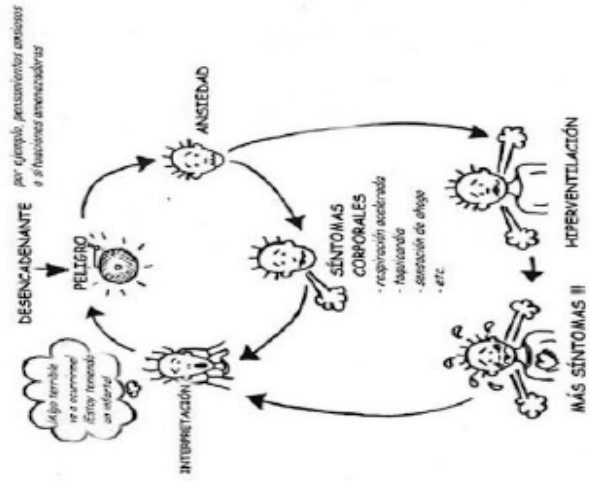
Sus pensamientos influyen en sus sentimientos y comportamiento. Si se concentra en pensar en las peores situaciones, es muy probable que se sienta ansioso y que evite hacer cosas que pueden resultar, de otro modo, en buenas experiencias de vida que lo hagan sentir bien.

Como adulto, puede que se sienta avergonzado, estigmatizado o apenado de hablar acerca de sus síntomas. Es común sentir que la ansiedad es un signo de debilidad personal. Es por esto que muchas personas que padecen ansiedad sufren en silencio. Sin embargo, sin una completa comprensión de cómo usted se encuentra, quizás su médico no puede brindarle la mejor atención posible. Por ejemplo: los dolores de pecho, de cabeza y fatiga son sólo algunos de los síntomas que pueden estar conectados con la ansiedad. Si usted no informa a su médico acerca de emociones que está sintiendo, es probable que él no evalúe su ansiedad y usted se vuelva su esclavo

Si preocuparse se ha convertido en una parte importante de su vida, es importante que busque ayuda la mayor parte de la gente que recibe tratamiento para la ansiedad obtiene resultados satisfactorios y se siente con un mayor control de sus vidas, menos nerviosa y estresada y, en general, más relajada y feliz.

AUTOAYUDA

• ¿Es usted un paciente diabético?
¿sabe reconocer si padece de ansiedad?

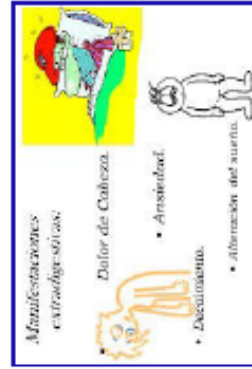


Guía para el manejo de ansiedad en adultos diabéticos

¿Qué es la ansiedad?

Has experimentado alguno de los siguiente síntomas:

- Me tomo todos mis medicamentos con mi dieta y a pesar de eso no me siento bien
- No puedo dejar de preocuparme
- Me siento cansado y sin fuerzas
- No me puedo concentrar, tengo debilidad mental
- Me siento molesto, irritado, de mal humor
- Tengo insomnio, me cuesta respirar
- Tengo miedo, si yo falto, qué va a pasar con mi familia?



Entonces...

¿cómo manejar la ansiedad?

Respire: la respiración es fundamental, le ayudará a enfocarse y a relajarse

De un paso a la vez: No se estrese pensando en lo que va a pasar en el futuro, vaya paso a paso, resolviendo lo que puede, afrontando el momento y previniendo lo que sea prioridad, pero confiando en que paso a paso todo se resolverá

Haga de su salud una prioridad: Consíéntese, cuídense, quíbrase a usted mismo, tome sus medicamentos a las horas indicadas, coma saludablemente, tome agua, haga ejercicios

Libere las tensiones: Canalice sus emociones negativas, haciendo actividades recreativas, puede pintar, bailar, cantar, escribir o platicar, no se niega la oportunidad de disfrutar las cosas simples de la vida

Llore si necesita hacerlo: se vale llorar, liberando la frustración que pueda estar sintiendo, pero sin agrandar la situación, simplemente exprese el sentimiento, tome fuerzas y siga adelante

Dejese ayudar: y sobre todo, pida ayuda, puede ser que usted esté acostumbrado a hacerlo todo usted solo, pero no hay nada de malo en recibir ayuda para recuperarse y resurgir

Recuerde que todo pasa: las sensaciones desagradables, la adaptación, la crisis, la inestabilidad; todo, es pasajero, así es que en momentos difíciles piense: Esto no durará para siempre

Adaptese al Cambio: Usted es más fuerte que cualquier enfermedad, no se deje derrotar, dele la bienvenida a su nuevo estilo de vida, no lo vea como una pérdida, es una evolución

No se enfoque sólo en el problema: Permitase ver lo sano que está en otras áreas de su organismo, aproveche las ventajas que le dan el tener vida, obsérvese global y objetivamente, no ponga sus chequeos con el médico, el dinero no tiene que ser un factor que determine el cuidado de su salud, hay instituciones no lucrativas doctores y medicamentos a precios accesibles

Descanse: Tome las cosas con calma, en el sentido de que no quiera comer, de que no le gane la prisa, vive cada momento haciendo las cosas a tu ritmo

Figura del círculo vicioso de la ansiedad – Los pensamientos disparan más síntomas del cuerpo que a su vez, provocan más miedo



¿Cuándo se produce la ansiedad?

La ansiedad puede aparecer en cualquier circunstancia que el paciente considere que es amenazadora, ya que es un estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad. Se dice que la amenaza se sitúa en dos planos inmediatos, el físico y psíquico (Rojas, 1994).