



FUNDACIÓN H. A.  
**BARCELÓ**  
FACULTAD DE MEDICINA



# TRABAJO INTEGRADOR FINAL

## CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Cervone Nélida

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Quevedo, José Agustín

TÍTULO DEL TRABAJO:

Diabetes y Autocuidado: Hacia un atravesamiento psicológico

SEDE:

La Rioja

DIRECTOR/A DE TIF:

Lic. Emanuel Gómez Morales

FECHA DE PRESENTACIÓN:

05/04/2021

Sede Buenos Aires  
Av. Las Heras 1907  
Tel./Fax: (011) 4800 0200  
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja  
Benjamín Matienzo 3177  
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698  
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé  
Centeno 710  
Tel./Fax: (03756) 421622  
☎ (03756) 15401364



**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS  
DE LA SALUD**

**FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ**

**PAGINA DE APROBACION**

**EVALUACION DEL TRABAJO FINAL DE  
INVESTIGACION**

**Clasificación:.....**

**DEFENSA ORAL DEL TRABABO  
FINAL DE INVESTIGACION**

**Clasificación:.....**

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

**Sede Buenos Aires**  
Av. Las Heras 1907  
Tel./Fax: (011) 4800 0200  
☎ (011) 1565193479  
informesba@barcelo.edu.ar

**Sede La Rioja**  
Benjamín Matienzo 3177  
Tel./Fax: (0380) 4422090  
☎ (0380) 154811437  
informeslr@barcelo.edu.ar

**Sede Santo Tomé**  
Centeno 710  
Tel./Fax: (03756) 421622  
☎ (03756) 15401364  
informesst@barcelo.edu.ar

**Oficina Posadas**  
Félix de Azara y Córdoba,  
local 12, galería "El Paseo"  
Tel.: (0376) 4440521  
posadas@barcelo.edu.ar

2020

# Trabajo De Investigación Final

Diabetes y Autocuidado: Hacia un Atravesamiento Psicológico

CARRERA

Psicología.

NOMBRE Y APELLIDO

Quevedo, José Agustín.

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dra. Nélide Cervone.

TUTOR

Lic. Emanuel Gómez Morales.

SEDE

La Rioja.



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar quiero agradecer a mi asesor el Lic. Emanuel Gómez por su orientación en este proyecto, siempre desde una perspectiva cálida y profesional.

A la Dra. Andrea Mercado, agradecerle su predisposición, invaluable apoyo y preocupación respecto a la evolución de la investigación en el proceso de mis prácticas intensivas finales, las cuales en un contexto de pandemia acarrearón obstáculos que la doctora desde su entendimiento profesional y con su ayuda me permitió superar.

Agradecer también a mi familia por el incondicional apoyo y principalmente a mis padres por ayudarme a formar la persona que soy hoy, sin lo cual nada de lo que compete a este proyecto ni a mi formación tanto personal como profesional hubiera sido posible.

También quiero agradecer a la fundación H.A. Barceló por brindarme las herramientas y las posibilidades para mi formación, principalmente al área de psicología por su permanente acompañamiento a lo largo de toda la carrera, su apoyo ante las dificultades académicas, siempre privilegiando y buscando la excelencia en la formación y crecimiento profesional.

## **RESUMEN**

El presente estudio tiene como objetivo analizar la incidencia de síntomas depresivos y de ansiedad en los pacientes con Diabetes tipo 2 (DM2) del servicio de consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros, como así también la influencia de tal sintomatología en las estrategias de autocuidado. Para ello se efectuó una investigación de campo de tipo exploratorio-descriptivo con una muestra en un rango etario entre los 18 y los 75 años.

Respecto de las técnicas de recolección de datos que han sido utilizadas fueron: entrevistas estructuradas, cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), inventario de depresión de Beck (BDI-II).

## Índice

1.....	INTRODUCCIÓN	8
2.....	CONTEXTUALIZACIÓN	9
2.1. Breve reseña histórica .....		9
3.....	JUSTIFICACIÓN	10
4.....	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
5.....	OBJETIVOS Y PROPOSITOS	14
5.1. OBJETIVO GENERAL.....		14
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....		15
5.3. PROPOSITOS .....		15
6.....	MARCO TEORICO	16
6.1. Diabetes .....		16
6.2. Depresión.....		18
6.3. Trastornos ansiedad .....		20
6.4. Educación diabetológica.....		22
6.5. Hemoglobina Glicosilada.....		22
6.6. Sufrimiento Psíquico .....		23
6.7. Prevención: perspectiva pragmática tecnocrática.....		24
6.7.1. Prevención: perspectiva crítica .....		24
6.8. Diabetes Burnout.....		25
7.....	DISEÑO METODOLOGICO	26
7.1. Preguntas de investigación.....		26
7.2. Preguntas específicas.....		27
7.3. Técnicas de recolección de datos.....		29
7.4. Unidad de análisis: .....		31
7.5. Definición de variables.....		31
7.6. Fuente de datos .....		36
7.7.1. Entrevista.....		36
7.7.2. Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI).....		37
7.7.3. Inventario de depresión de Beck (BDI-2) .....		39
8.0 ARTICULACION TEORICO-PRACTICA.....		49
8.1 datos cuantitativos obtenidos del inventario de depresión de Beck (BDI-II) .....		51
8.2. Datos Cuantitativos obtenidos del cuestionario de ansiedad de Beck (BAI) .....		54

8.3 datos obtenidos en cuestionario a los pacientes.....	57
8.4. Datos obtenidos del cuestionario al profesional .....	61
9.0. CONCLUSION .....	63
10.0. ANEXOS .....	66
10.1. Anexo I: valores BDI .....	67
10.2. Anexo II: valores BAI .....	68
10.3. Anexo III: cuestionario a los pacientes.....	69
10.4. Anexo IV: cuestionario al profesional .....	70
Bibliografía .....	74

## 1. INTRODUCCIÓN

Una de cada 11 personas en el mundo padece de Diabetes, es decir alrededor de 463 millones de personas, siendo la diabetes tipo 2 (DM2) el tipo más común, representando alrededor del 90% de todos los casos existentes.

Generalmente se caracteriza por la resistencia a la insulina, donde el cuerpo no responde completamente a la misma. Debido a que la insulina no puede funcionar correctamente, los niveles de glucosa en sangre siguen aumentando, liberando más insulina. Para algunas personas con DM2 esto puede eventualmente agotar el páncreas, lo que resulta en una producción cada vez menor de insulina, causando niveles aún más altos de azúcar en la sangre (hiperglucemia).

“La DM2 se diagnostica con mayor frecuencia en adultos mayores, pero se observa cada vez más en niños, adolescentes y adultos jóvenes debido al aumento de los niveles de obesidad, inactividad física y mala alimentación” (International Diabetes Federation , 2020)

En el cuidado de la persona con diabetes hay un atravesamiento de múltiples factores, Sin embargo, se considera que el autocuidado del sujeto mediante la educación diabetológica para el automanejo (EDAM) es la piedra angular del control de la patología en tanto determinante de su evolución. Dentro de ellas se incluyen: una dieta saludable, el aumento de la actividad física y el mantener un peso corporal óptimo, entre otras.

Desde este punto, el presente proyecto busca corroborar la hipótesis del atravesamiento de factores psicológicos en la implementación de las técnicas de

automanejo EDAM en pacientes que se presentan en el servicio de consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros de la provincia de La Rioja, Argentina. Estableciendo una unidad de análisis en un rango etario entre los 18 a 75 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 (DM2), ya que es esta la que predomina a nivel mundial, además de que presenta un índice y probabilidades de complicaciones mucho mayores que las que se presentarían en el caso de la Diabetes tipo 1.

## 2. CONTEXTUALIZACIÓN

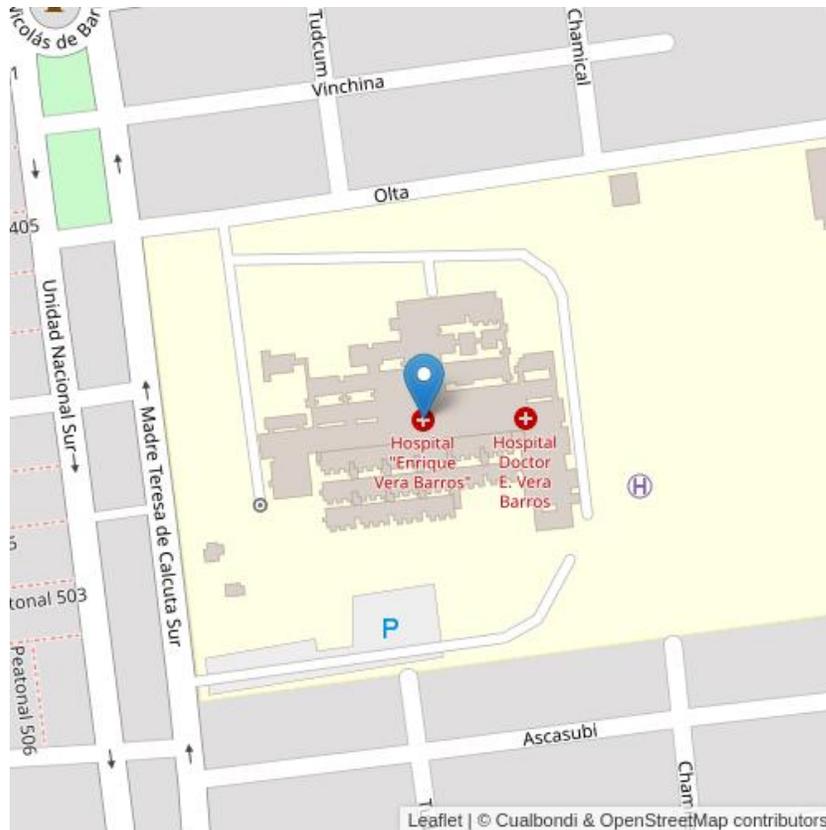
Las prácticas supervisadas intensivas fueron realizadas en el hospital Dr. Enrique Vera Barros, en la ciudad de La Rioja, Argentina (Código postal 5300), el mismo se encuentra ubicado entre las calles Madre Teresa de Calcuta y Olta.

La población que se tuvo en cuenta para la investigación fueron los pacientes que concurren a los consultorios externos del hospital en un rango etario de entre 18 a 75 años que presenten DM2, con el objetivo de recolectar datos mediante entrevistas semidirigidas y la aplicación de los cuestionarios mencionados anteriormente. También se tuvo en cuenta entrevistas con el profesional a cargo en pos de aportar datos pertinentes al trabajo.

### 2.1. Breve reseña histórica

La organización surgió el 3 de mayo de 1924 con el nombre de Hospital Común Regional “Andino Presidente Plaza” llevando el nombre del presidente de la nación de ese entonces, no fue sino hasta octubre del año 1994 que se inauguran las actuales instalaciones del nosocomio y de este modo el legendario hospital

Plaza pasa a llamarse Hospital Regional “Dr. Enrique Vera Barros”. Al día de hoy continúa funcionando con más de 96 años de historia.



### 3. JUSTIFICACIÓN

Se puede decir que el interés que me lleva a analizar la temática que compete a este proyecto tiene que ver en cierto punto con influencias a lo largo de mi vida; influencias que siempre tienen un carácter subjetivo, pero que provienen de aspectos en sí mismos objetivos, estadísticos.

Hijo de dos padres médicos, mi vida estuvo rodeada de terminología y datos de medicina, algunos escuchados en charlas de sobremesa, otros preguntados ante la curiosidad de que significa tal o cual cosa. Los datos respecto de una enfermedad llamada Diabetes siempre me fueron particularmente impactantes.

Más allá de un estilo de vida que buscaba mantener hábitos saludables, rodeado de un discurso materno y paterno respecto de los factores hereditarios de la diabetes (ya que numerosos familiares padecen y padecieron diabetes) que implican un aumento del riesgo de padecerla, riesgo que a su vez se multiplica con un estilo de vida sedentaria y de mala alimentación. Lo que más me impactaba *eran las cifras*: “1 de cada 5 personas mayores de 65 años tiene diabetes”, “La proporción de personas con diabetes tipo 2 está aumentando en la mayoría de los países”, “374 millones de personas tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2” (International Diabetes Federation, 2020). Números de seis cifras de personas en el mundo que padecen diabetes, números de siete cifras de muertes por año a causa del padecimiento (4,2 millones de muertes en el 2019) y casos particulares conocidos en los que las complicaciones devienen del “descuido” del mismo sujeto ante su enfermedad, mi pregunta era ¿Por qué? ¿Por qué no seguir las indicaciones del médico? ¿Por qué no cambiar los hábitos alimenticios? ¿Por qué no buscar una mejora en la calidad de vida que influencia directamente en la de familiares cercanos? Las cifras siempre iban (y van) en aumento, y la búsqueda por respuestas comenzaba.

Esto me llevó a pensar en las implicancias emocionales que conlleva el diagnóstico como un factor que parecería determinante en la evolución tanto de la enfermedad como del estilo de vida de la persona que la padece.

1 De cada 11 persona en el mundo es diagnosticada, de las cuales sucede un gran porcentaje de personas con complicaciones que devienen de factores que trascienden a la enfermedad en sí misma, factores que de no ser tenidos en cuenta

desembocarían en un reduccionismo médico-hegemónico no permitiendo intervenciones tanto psicológicas como sociales que busquen un buen manejo de la enfermedad y por lo tanto una mejora en la calidad y cantidad de vida.

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un dato relevante para dimensionar la problemática de la diabetes es tener en cuenta que la misma está asociada con una amplia variedad de enfermedades cardiovasculares que conjuntamente comprenden la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo, en otras palabras, la diabetes se relaciona con un incremento del riesgo de sucesos de enfermedades cardiovasculares (ECV) entre un 6% a un 20%, siendo estas últimas la primer causa de muerte en el planeta. (International Diabetes Federation (FID), 2019)

En lo que refiere a la diabetes en particular, es una patología crónica que mundialmente hablando crece a gran escala. Como se comentó anteriormente, según los datos oficiales de la Federación internacional de Diabetes (International Diabetes Federation , 2020) en el año 2019 se registraron más de 463 millones de adultos (entre 20 a 79 años) que padecen esta patología, estimándose un incremento a 700 millones de personas para el año 2045 y un total de 4,2 millones de muertes tan solo en el año 2019.

Dentro de los cuidados a tener en cuenta para con los pacientes que padezcan DM2, según se lee en la “Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2” de la sociedad americana

de diabetes (SAD), el atravesamiento de los cuidados personales mediante lo que se conoce como educación diabetológica para el automanejo (EDAM), son fundamentales en el tratamiento de la DM2 y en la evolución de la patología, por lo que más allá del control médico y el conocimiento de la enfermedad, el mayor cuidado y control debe provenir del paciente mismo. (Ministerio de Salud de la Nación , 2019)

Teniendo en cuenta estos factores, podemos ahondar la complejidad detrás del diagnóstico, y como éste puede implicar un cambio radical en los estilos de vida del paciente. Esto involucraría cambios de hábitos tanto físicos como alimenticios. De pronto le dicen que es lo que debe o no debe comer o que actividades físicas debe comenzar a realizar periódicamente, los controles diarios de glucemia, las inyecciones diarias de insulina, etc. Estos aspectos nos llevan a pensar en las alteraciones del estado de ánimo que esto podría acarrear. Si bien es cierto que tales alteraciones tienen múltiples aspectos subjetivos, el cambio del estilo de vida y todo lo que ello implica genera un corte con su línea de vida anterior; corte que este trabajo pretende tener en cuenta en términos hipotéticos como factor de impacto en la subjetividad del paciente y en su estado anímico. Esto develaría la necesidad de poder pensar no solo en términos de educación del paciente respecto de los cuidados necesarios, sino también el atravesamiento de los factores psicológicos como influyentes en el autocuidado mismo.

En cuanto a la depresión particularmente, un análisis previo sobre la probabilidades y la prevalencia de la depresión clínicamente relevante en adultos con diabetes tipo 1 o tipo 2 se concluyó que en los estudios controlados, las

probabilidades de depresión en el grupo diabético eran el doble que el del grupo de comparación no diabético y tales resultados no diferían según el sexo, el tipo de diabetes, la fuente del sujeto o el método de evaluación (American Diabetes Association , 2001)

Otros estudios presentados por la facultad de medicina de la universidad de Indiana (Patrick J. Lustman, 2000), refieren a la depresión como un factor influyente en la patología y su evolución en tanto tendría relación con alteraciones en el control glucémico, lo que implica un factor de agravamiento. Esto significa que el tratamiento de la depresión en pacientes diabéticos, presentaría mejoras en el control glucémico.

Estos aspectos en sí mismos dan cuenta de la necesidad de profundizar el estudio de la relación existente entre la alteración del estado anímico en la diabetes para mejorar la calidad de vida y posibilidades de un gran porcentaje de la población mundial.

## 5. OBJETIVOS Y PROPOSITOS

### 5.1. OBJETIVO GENERAL

- Comprobar la hipótesis de que las alteraciones del estado anímico (síntomas de depresión y ansiedad) influyen en las técnicas de autocuidado necesarias para la buena evolución de la DM2 en pacientes de entre 18 a 75 años de edad que concurren a los consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros.

## 5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar el índice de aparición de síntomas de depresión y/o ansiedad en los pacientes diabéticos de 18 a 75 años de edad que concurren a los consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros.
- Analizar la influencia de síntomas de depresión y/o ansiedad en el paciente para la correcta utilización (o no) de las técnicas de automanejo o autocuidado (EDAM) propuestas por el médico o equipo tratante.

## 5.3. PROPOSITOS

1. Lograr realizar un vínculo teórico-práctico de los contenidos aportados durante la carrera de psicología en un campo de intervención complejo y relativamente novedoso en Argentina y específicamente en La Rioja, como ser el análisis de la incidencia de síntomas depresivos y de ansiedad en los pacientes con DM2.
2. Abrir puertas a posibilidades de futuras investigaciones sobre diferentes problemáticas que se ramifican en base a la relación entre las alteraciones del estado anímico con la DM2, aportando una contextualización de datos actualizada. (pag.14)
3. Contribuir al enriquecimiento y profundización sobre la relación de las alteraciones anímicas con las enfermedades crónicas en general y con la

diabetes en particular, que permita dar cuenta de factores influyentes para una correcta intervención en términos de promoción y prevención de la salud, siempre en búsqueda de mejorar la calidad de vida de un gran número de la población.

## 6. MARCO TEORICO

El presente apartado busca establecer las conceptualizaciones y la bibliografía que se ha utilizado como guía y punto de partida del proyecto de investigación, se definirán los términos básicos con el fin de establecer una unificación de las concepciones de las cuales se parte para el mismo.

### 6.1. Diabetes

EL primer registro que se tiene de la diabetes es en un escrito inglés llamado “el diabete de la forma”, texto médico escrito hacia 1425.

En 1675 Thomas Willis agregó la palabra “mellitus” a la palabra diabetes, queriendo aludir al gusto dulce de la orina, gusto que había sido notado por los griegos clásicos, chinos, egipcios, indios, y los persas según se logra descubrir en su literatura. Este gusto dulce de la orina se confirmaba ya que los indios antiguos observaban que las hormigas eran atraídas a la orina de algunas personas, de la misma forma, los chinos y japoneses tenían su terminología que refería a la enfermedad como “enfermedad de la orina del azúcar”.

En 1776, Matthew Dobson confirmó que el gusto dulce de la orina de diabéticos era debido al exceso de una clase de azúcar en la orina y la sangre de la gente con diabetes.

En 1889 José von Mering y Oskar Minkowski descubrieron el papel del páncreas en diabetes. Encontraron que los perros cuyo páncreas fue quitado desarrollaron todos los signos y síntomas de la diabetes y murieron poco tiempo después.

En 1910, sir Edward Albert Sharpey-Schafer encontró que la diabetes es el resultado de la falta de insulina, Schafer acuñó la palabra “insulina” para teorizar que es solo la carencia de aquella sustancia producida por el páncreas la responsable de la diabetes mellitus.

En 1921 Frederick Grant Banting, Charles Best, James Collip, y J.J.R. Macleod de la Universidad de Toronto, Canadá, relanzaron el trabajo de Von Mering y de Minkowski e intentaron demostrar que podrían invertir la diabetes inducida en perros. Esto llevó a la disponibilidad de un tratamiento efectivo para la diabetes en 1922. Por este descubrimiento le fue otorgado en 1923 el Premio Nobel de Fisiología y Medicina a Frederick Grant Banting compartido con John James Richard Macleod. (Varela, 2015)

En 1922 Leonard Thompson, paciente de la caridad en el Hospital General de Toronto, se convirtió en la primera persona a recibir la inyección de insulina para tratar la diabetes. Thompson vivió otros 13 años antes de morir de la pulmonía a la edad de 27 años.

El síndrome metabólico, esa diabetes mellitus forma una parte de fue descubierto por el Dr. Gerald Reaven en 1988. (Mandal, 2019)

## 6.2. Depresión

Cuando hablamos de depresión, tenemos que tener en cuenta que hablamos de uno de los trastornos psicológicos más frecuentes. Suele causar daño tanto a la persona que lo sufre como a su círculo familiar, afectando todos los ámbitos de su vida.

Puede aparecer sola, aunque es frecuente su aparición acompañada de otros problemas emocionales, por lo que ha de ser evaluada y en su respectivo caso, tratado incluso cuando el motivo de consulta sea otro.

La depresión es mucho más que lo que coloquialmente se piensa o se dice de ella, es decir, es más que un estado de ánimo bajo. Estamos hablando de un trastorno psicológico que acarrea importantes cambios en la manera de pensar, de sentir y de comportarse.

Desde el modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck (Terapia Cognitiva de la Depresión, 2012) se establece que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información.

Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la vida temprana de la persona, pero pueden permanecer latentes o inactivos hasta un momento en el cual el sujeto se encuentra ante situaciones estresantes que los activan.

Estos esquemas activados durante la depresión llegan a ser predominantes, favoreciendo la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos.

Por eso, la persona deprimida está convencida de que las cosas son tan negativas como ella la ve.

Beck establece que los esquemas depresógenos están constituidos por una triada cognitiva que se constituye por una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

La persona depresiva presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, entre los que destaca:

- Sobregeneralización
- Pensamiento dicotómico
- Inferencias arbitrarias
- Magnificación-minimización
- Abstracción selectiva
- Personalización

Desde el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) encontramos la clasificación de los trastornos depresivos a especificar en:

Con ansiedad (especificar la gravedad actual: leve, moderado, moderado-grave, grave); Con características mixtas; Con características Melancólicas; Con características atípicas; Con características psicóticas Congruentes con el estado de ánimo; Con características psicóticas no

Congruentes con el estado de ánimo; Con catatonía; Con inicio durante el periparto y Con patrón estacional

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado

### 6.3. Trastornos ansiedad

En primer término cabe hacer una diferenciación entre lo que se entiende por miedo y lo que se entiende por ansiedad.

El miedo es una respuesta primitiva y adaptativa del organismo frente a una percepción de peligro y consiste en una serie de cambios en distintos niveles que tienen por objetivo proteger al individuo de la amenaza detectada, debe destacarse que lo crucial para que se desencadene la respuesta de temor no es la presencia de un peligro real sino la percepción subjetiva del mismo.

La ansiedad, en cambio, es una respuesta subjetiva más estable frente a la activación del miedo que implican un complejo patrón de respuestas fisiológicas,

conductuales, afectivas y cognitivas que se ponen en marcha cuando algunos hechos son interpretados como amenazantes.

No todas las reacciones de ansiedad son patológicas per se, sino aquellas que interfieren en los objetivos vitales de la persona.

Respecto del incremento de los niveles de ansiedad, la terapia cognitivo conductual (TCC) plantea que se relaciona con una interpretación catastrófica de los eventos y con la subestimación de los recursos de afrontamiento. Este factor combinado con el empleo de estrategias de afrontamiento disfuncionales, las cuales mantienen elevados dichos niveles, determina que tenga lugar o no el desarrollo de los trastornos de ansiedad. (Biglieri & giselle , 2011)

Desde el DSM-5 se encuentra la clasificación de los trastornos de ansiedad en:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social
- Trastorno de pánico especificador de ataque de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Trastorno de ansiedad especificado

- Trastorno de ansiedad no especificado

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

#### 6.4. Educación diabetológica

La educación diabetológica para el automanejo (EDAM) promueve la participación activa de la persona con diabetes mellitus en el control y tratamiento de la enfermedad. Se caracteriza por ser un proceso continuo de adquisición de conocimientos, habilidades y cambios de actitud para el automanejo de la enfermedad en el marco de un currículum estructurado, implementando un estilo motivacional con el fin de lograr la colaboración activa de la persona, facilitar la toma de decisiones compartidas, prevenir y tratar complicaciones, para así mejorar su estado de salud general y reducir la mortalidad.

#### 6.5. Hemoglobina Glicosilada

Para entender el concepto primero tenemos que tener en cuenta que es la hemoglobina.

La hemoglobina es una proteína que se encuentra en los glóbulos rojos que se circulan por la sangre.

La glucosa, azúcar, que también circula por la sangre, se adhiere a la hemoglobina durante un periodo de entre 90 y 120 días.

De esta manera, la prueba de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) se basa en la medición de la cantidad de glucosa adherida a los glóbulos rojos y su resultado se expresa en porcentaje, que determina el nivel medio de glucemia durante el trimestre anterior a la prueba. En el 2010 la American Diabetes Association estableció esta prueba como un examen de diagnóstico de la enfermedad.

¿Cómo se realiza esta prueba?

La hemoglobina glicosilada puede determinarse en un análisis de sangre, comprobando expresamente este valor. Sin embargo, también existen equipos médicos para averiguar el resultado a nivel capilar. (Jiménez, 2016)

## 6.6. Sufrimiento Psíquico

Se postula el sufrimiento psíquico como un concepto que busca comprender el sufrimiento en función del ser y la existencia, saliendo del modelo medico objetivo.

“Es relevante analizar cómo la perspectiva nosográfica clásica, que ha trabajado con un criterio de enfermedad objetivo, considerando como tal solo aquello que se puede ver y comprobar porque produce señales y síntomas, constituye un obstáculo. Produciendo esa delimitación objetiva de la enfermedad queda ausente la dimensión subjetiva de quien la padece. Distintos autores señalan de manera crítica esta situación, destacándose entre ellos los aportes de G. Berlinguer. Este

autor formula un agudo cuestionamiento a este paradigma y propone superar la perspectiva “objetiva” de existencia de enfermedades sin sujetos a partir de abordar el punto de vista del enfermo. Cómo la enfermedad es vivida y afrontada, qué consecuencias tiene para el sujeto y qué comportamientos suscita en los otros” (Augsburguer, 2002)

### 6.7. Prevención: perspectiva pragmática tecnocrática

Desde Graciela Zaldúa (Zaldúa, 2000) entendemos por perspectiva pragmática tecnocrática en lo referente a la prevención y promoción de la salud como el discurso sanitarista predominante en el que se establece un imperativo de reducción o evitación de los sucesos de morbimortalidad privilegiando estrategias de información y educación de la salud centrándose en los daños y riesgos evitables.

“Incorpora lo social como aleatorio excluyendo la comprensión de contradicciones que puedan presentarse a través de categorías de desigualdades y complejidades de las existencias individuales y su enigmática tendencia al riesgo, al peligro y al daño aunque estén informados”.

#### 6.7.1. Prevención: perspectiva crítica

Desde esta perspectiva nos aventuramos a procesos predecibles e impredecibles que tienden a la destrucción o a la resiliencia, analizando la determinación del proceso de salud y enfermedad, con la inclusión de lo azaroso, de la incertidumbre, que intervienen en las dimensiones singulares y colectivas y en la producción de

saberes y prácticas, siempre teniendo en cuenta la complejidad del objeto como así también su incompletud. Busca propiciar una resignificación de la Psicohigiene y los tres niveles de la Prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria.

La perspectiva crítica como proceso de intervención contextualizada:

- interroga a los diseños y actos técnicos sobre sus efectos de salud
- propicia la apropiación de saberes y prácticas potenciadoras de autonomías creadoras
- facilita la identificación y transformación de situaciones de marginación, subordinación, dependencia, estigmatización y sufrimiento.
- redefine las esferas de lo privado y lo público, desde el ejercicio de la ciudadanía
- Pone en cuestión los dispositivos de control social tutelar de identidades individuales y colectivas

### 6.8. Diabetes Burnout

El burnout por la diabetes es un estado en el que una persona con diabetes se cansa de llevar el control de su enfermedad, y luego simplemente la ignora durante un lapso de tiempo, o aún peor, para siempre. Por desgracia, el burnout por la diabetes es algo común y la mayoría de las personas con diabetes tipo 1 (DM1) lo ha experimentado en algún momento de sus vidas.

Las personas que sufren el burnout por la diabetes no necesariamente están deprimidas y ciertamente no son perezosas. De hecho, casi todas las personas con diabetes, incluso las que experimentan el burnout, quisieran poder vivir una vida

larga y saludable. Pero a veces la diabetes puede ser abrumadora y la gente puede desgastarse debido a todo ese esfuerzo (HEYMAN, 2019)

¿Qué es lo que pasa en realidad cuando se tiene el burnout por la diabetes? Si bien puede ser diferente en cada persona, hay algunos signos y síntomas comunes. Estos son algunos de los que se pueden observar:

- Sentimientos negativos fuertes (p.ej.: sentirse abrumado, enojado, frustrado) debido a la diabetes.
- Sensación de que la diabetes te controla.
- Aislamiento o sentimiento de soledad con la diabetes
- Evasión de algunas o todas las actividades para el control de la diabetes y falta de motivación para cambiar este comportamiento.

## 7. DISEÑO METODOLOGICO

### 7.1. Preguntas de investigación

- ¿Qué incidencia de alteraciones del estado de ánimo hay en los pacientes con diabetes tipo 2 que concurren a los consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros?
- ¿Qué impacto representan alteraciones del estado del ánimo en pacientes con DM2 que concurren a los consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros en la motivación e implementación de técnicas de autocuidado o automanejo (EDAM)?

## 7.2. Preguntas específicas

- ¿Qué sintomatología relativa a las alteraciones del estado de ánimo presentan los pacientes diabéticos (DM2) de los consultorios del hospital Dr. Enrique Vera Barros?
- ¿Qué relación hay entre las alteraciones del estado anímico de los pacientes diabéticos (DM2) de los consultorios del hospital Dr. Enrique Vera Barros con su enfermedad y los cambios vitales que ella implica?

El presente proyecto es de naturaleza exploratoria-descriptiva:

- Exploratorio ya que la investigación realizada da cuenta de una escasa disponibilidad de material disponible sobre la problemática planteada limitándose tales estudios a una población y contextualización totalmente diferente.

En tanto el presente proyecto busca investigar la problemática de la incidencia de las alteraciones del estado del ánimo en las técnicas de autocuidado de personas con DM2 en la ciudad de La Rioja, contexto en el cual aún no se han realizado, es que una perspectiva exploratoria permitiría abordar una problemática que abra posibilidades a futuras investigaciones como ser, por ejemplo, el estudio de la incidencia de las alteraciones del estado del ánimo en las técnicas de promoción y prevención de la Diabetes en búsqueda de la reducción de los factores de riesgo en la población de la Provincia de La Rioja, entre muchas otras. Puertas que se abren

en tanto se busca una ampliación del terreno que permita profundizar en la complejidad que implica el problema en sí mismo en un contexto que lo determina.

- Descriptivo en tanto el presente proyecto busca investigar (en caso de presentarse la problemática planteada en la hipótesis) el cómo es y cómo se manifiesta tal problemática, especificando las propiedades y características del mismo en el contexto específico que establecemos, es decir, los consultorios externos del Hospital Dr. Enrique Vera Barros de la ciudad de La Rioja, Argentina, en el año 2020.
- La estrategia tiene un enfoque de naturaleza mixta en tanto se busca una mayor aproximación al objeto de estudio, (atendiendo a la complejidad que éste implica) que me permita a su vez una mayor amplitud y claridad en los descubrimientos en pos de abrírnos paso a la corroboración de la veracidad o no de la hipótesis previa.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de metodología mixta?

Hernández Sampieri nos dice:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

Chen los define como la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno, y señala que éstos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales (“forma pura de los métodos mixtos”); o bien, que dichos métodos pueden ser adaptados, alterados o sintetizados para efectuar la investigación y lidiar con los costos del estudio (“forma modificada de los métodos mixtos”). (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Pilar Baptista, 2014)

### 7.3. Técnicas de recolección de datos

Los instrumentos de recolección cualitativa fueron entrevistas estructuradas a los profesionales encargados del servicio de consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros, permitiendo de esta forma un valor añadido en sus respuestas que puede aportar datos relevantes que contribuyan al esclarecimiento del fenómeno.

¿A qué nos referimos con entrevistas estructuradas?

“Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas. En las entrevistas estructuradas, el entrevistador realiza su labor siguiendo una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se

Preguntarán y en qué orden)”. (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Pilar Baptista)

Las preguntas son de carácter abierto y la entrevista, por lo tanto, flexible; permitiendo de esta manera ir interrelacionando los temas pudiendo establecer un cuadro general de la problemática.

En cuanto a los instrumentos de recolección cuantitativa se utilizaron cuestionarios cerrados que nos aporten las cifras necesarias para establecer la incidencia de la problemática planteada contextualizada en el hospital Dr. Enrique Vera Barros.

¿Qué entendemos por cuestionarios?

Según Sampieri:

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir, Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis (...) Las preguntas cerradas contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas. Es decir, se presentan las posibilidades de respuesta a los participantes, quienes deben acotarse a éstas. Pueden ser dicotómicas (dos posibilidades de respuesta) o incluir varias opciones de respuesta. (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Pilar Baptista)

Los cuestionarios utilizados fueron:

- cuestionario de ansiedad de Beck  
(BAI)
- inventario de depresión de Beck  
(BDI-2)

Tales cuestionarios fueron aplicados a los pacientes con diabetes que fueron tomados como unidad de análisis.

#### 7.4. Unidad de análisis:

Pacientes con diabetes tipo 2 en un rango etario entre los 18 a 75 años de edad que se presenten a los consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros.

#### 7.5. Definición de variables

##### **Variable 1:**

Trastornos del estado del ánimo. (Depresión y ansiedad)

##### **Definición conceptual:**

Los trastornos del estado de ánimo son trastornos de la salud mental caracterizados por la existencia de alteraciones emocionales, consistentes en periodos prolongados de tristeza excesiva (depresión), de exaltación o euforia excesivas (manía), o de ambos. Suelen estar acompañados de otros síntomas característicos y de la limitación de la capacidad de llevar una vida normal a nivel, físico, social y laboral.

Los trastornos de ansiedad también pueden afectar tu estado de ánimo y suelen ocurrir junto con la depresión. (Coryell, 2020)

Respecto a la diferenciación de depresión y ansiedad Aaron Beck nos dice:

En los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento (...). Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o deprivación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada. Utilización de técnicas de autocuidado. (Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck)

**Definición operacional:**

Los síntomas depresivos serán medidos a través del inventario de depresión de Beck (BDI-2).

Los síntomas de ansiedad serán medidos a través de cuestionario de ansiedad de Beck (BAI).

**Variable 2**

Técnicas de autocuidado

**Definición conceptual:**

El autocuidado es una práctica que las personas realizamos con nosotros mismos y por voluntad propia, Implica una responsabilidad individual en las decisiones que tomamos y acciones que emprendemos y nos permite identificar comportamientos que nos preparen mejor para el día a día ayudándonos a mantener y /o mejorar la salud. Está relacionado con el estilo de vida. (Ministerio de Salud Presidencia de la Nacion )

Particularmente en la Diabetes:

La diabetes es una enfermedad complicada, requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de varios especialistas en salud. Sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo. Por esta razón se considera especialmente importante que las personas que padecen diabetes conozcan su enfermedad, las metas del tratamiento y la manera en la que pueden contribuir a su propio cuidado. Las guías de tratamiento ayudan a tener en mente estos objetivos y facilitan el progreso hacia una vida saludable.

**Definición operacional:**

Se realizó un cuestionario y exploración del historial médico de los pacientes con el fin de obtener información relevante respecto de la aparición o no de los siguientes indicadores:

- Incorporación de conocimientos acerca del mecanismo de producción de la DM2, estrategias de control clínico y metabólico, opciones de tratamiento (farmacológico y no farmacológico) y valoración y abordaje de los factores de riesgo cardiovascular.

- Pautas favorecedoras de la adopción de un estilo de vida saludable (actividad física, alimentación saludable, no fumar, ambientes libres de humo, reducción sostenida de peso en caso de sobrepeso/obesidad, reducción del consumo de alcohol y otros).
- Adherencia al tratamiento acordado.
- Prevención, detección y tratamiento de complicaciones agudas y crónicas.
- Entrenamiento en automonitoreo de la glucemia a quienes lo requieran con interpretación de resultados y toma de decisiones, manejo de hipoglucemia, hiperglucemia, ejercicio físico y situaciones especiales como, viajes, infecciones, etc. Desarrollar estrategias personalizadas para abordar preocupaciones de la persona con DM y temas que impacten en su contexto psicosocial.
- Técnica de aplicación de insulina y conservación de la misma a quienes lo requieran. (Ministerio de Salud de la Nación , 2019)

Cabe recalcar que además de los indicadores anteriormente mencionados (los cuales son extraídos y avalados por la Guía del ministerio de Salud de la Nación) se tiene en cuenta como indicador el análisis de la Hemoglobina Glicosilada en el historial de los pacientes, ya que ésta nos ofrece un dato objetivo sobre los nivel de control que el paciente hace a su enfermedad.

¿Qué es la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y que datos nos aporta?

Como se resumió anteriormente, cuando hablamos de hemoglobina glicosilada hablamos de cantidad de glucosa que se adhiere a la hemoglobina de los glóbulos

rojos en sangre. Según la Guía de la American Diabetes Association, la meta en cuanto a los niveles de hemoglobina glicosilada ronda en valores menores al 6,5%.

La meta de HbA1c hasta 6,5% se asocia a reducciones de la progresión a nefropatía (daño, enfermedad o patología del riñón) y retinopatía (daño a los vasos sanguíneos que van al tejido sensible a la luz que se encuentra en el fondo del ojo). A su vez, el control glucémico junto al tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) muy probablemente disminuyan las complicaciones macrovasculares. (Ministerio de Salud de la Nación , 2019)

Por lo tanto la American Diabetes Association (ADA) recomienda un rango de HbA1c entre 6,5% Y 7% en personas con DM2.

¿Qué nos aporta este dato a la investigación?

Desde el 2010 la American Diabetes Association estableció el análisis de los niveles de hemoglobina glicosilada como un factor de medición del riesgo de complicaciones y de la calidad de la atención a la enfermedad, ya que los valores que los análisis arrojan hablan del control metabólico del paciente y por tanto de su estilo de vida.

Es por esto, es que en el presente trabajo fueron tomados los datos presentados por la ADA como un indicador a tener en cuenta dentro de la variable 2 estableciendo un rango de hemoglobina glicosilada entre normal (menor o igual a 6,5%) y alto (mayor a 6,5%) como valores que nos aportaran información necesaria a la hora de evaluar los datos que refieren a la implementación de las estrategias de automanejo (EDAM) por parte del paciente con DM2.

Otro factor importante a tener en cuenta dentro de la información que es tomada a partir del cuestionario a los pacientes con DM2 que concurren a los consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros, es el nivel de educación que los mismos recibieron acerca de su enfermedad y como tratarla, ya que considero este punto como un factor indispensable en lo que implica el automanejo.

## 7.6. Fuente de datos

Fuentes primarias:

Entrevistas, cuestionarios e inventarios tanto a profesionales y cuestionarios e inventarios a los pacientes con diabetes que se presenten al servicio de consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros.

### 7.7.1. Entrevista

¿Qué es una entrevista?

Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En el último caso podría ser tal vez una pareja o un grupo pequeño como una familia o un equipo de manufactura. En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Pilar Baptista, 2014)

### 7.7.2. Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI)

¿En qué consiste el cuestionario de ansiedad de Beck?

El cuestionario de ansiedad de Beck consiste en una lista con síntomas frecuentes de ansiedad, seguido de un cuadro con casilleros a los que el paciente debe responder el nivel de molestia que tales síntomas le ha ocasionado en los últimos siete días, siguiendo la siguiente categoría:

Ninguno – ligero – moderado – grave.

#### **B.A.I.**

Nombre:..... fecha.....

A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Lea por favor, cada uno de ellos atentamente. Indique el grado de molestia que le ha provocado



cada síntoma durante los últimos 7 días colocando una cruz en la columna que corresponda.

	Ninguno	Ligero	Moderado	Grave
1. Insensibilidad física o cosquilleo				
2. Acaloramiento				
3. Debilidad en las piernas				
4. Incapacidad para relajarme				
5. Temor a que suceda lo peor				
6. Mareos y vértigos				
7. Aceleración del ritmo cardíaco				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Sensación de estar aterrorizado/a				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Estar asustado/a				
18. Indigestión o malestar en el abdomen				
19. Sensación de que me voy a desmayar				
20. Rubor facial				
21. Sudor (no debido al calor )				

### 7.7.3. Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

¿En qué consiste el inventario de depresión de Beck?

Consta de 21 grupos de afirmaciones en las que el paciente debe elegir una de cada grupo, la que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, de las cuales se calcula un puntaje. Los ítems incluyen:

- tristeza
- pesimismo
- fracaso
- pérdida del placer
- sentimiento de culpa
- sentimiento de castigo
- disconformidad con uno mismo
- autocrítica
- pensamiento o deseo suicida
- llanto
- agitación
- pérdida del interés
- indecisión
- desvalorización
- pérdida de la energía
- cambios en los hábitos de sueño
- irritabilidad
- cambios en el apetito
- Dificultad de concentración
- Cansancio o fatiga
- Pérdida del interés en el sexo

## **Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....  
Sexo..... Ocupación.....  
Educación:.....Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

### **1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

### **2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

### **3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.

- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### **4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### **5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### **6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

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

**10. Llanto**

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

**11 Agitación**

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

**12 Pérdida de Interés**

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

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

### 13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### 14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

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

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

### 15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

### 16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

1<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

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

### 17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

### 18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

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

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

2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3ª . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

### 19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### 20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

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

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

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

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

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

---

## **PREGUNTAS A LOS PACIENTES**

- Desde su diagnóstico de diabetes ¿recibió educación respecto a la enfermedad y las opciones de tratamiento? (si / no)
- ¿Usa insulina? (si / no)
- En caso de usar insulina ¿tiene conocimiento de las técnicas de aplicación de insulina y monitoreo glucémico? (si / no)
- ¿Tiene conocimiento acerca de los signos y síntomas de alarma de una complicación de la enfermedad? (Si / no)
- ¿Usted sabe que es la hipoglucemia? (Si / no) \*es una complicación muy temida que se da en pacientes con tratamiento farmacológico, es potencialmente mortal, debe conocer lo que es una baja de azúcar\*
- ¿Con que frecuencia realiza controles diabetologicos durante el año?  
(Cada 3 meses / cada 6 meses / 1 vez al año)
- A partir de su diagnóstico ¿tuvo contacto con licenciados en nutrición?

(Si / no)

- ¿Cuándo fue su último control nutricional?

(En los últimos seis meses / en el último año / nunca)

- ¿Considera que hubo un cambio en su estilo de vida a partir de su diagnóstico? (si / no)

- ¿Con que frecuencia realiza actividad física durante la semana?

(Nunca / de vez en cuando / 3 veces por semana o mas / diariamente)

- ¿Siente un acompañamiento de su familia desde el diagnóstico de su enfermedad? (si / no)

- ¿Siente un acompañamiento desde lo emocional por parte del sistema de salud desde el diagnóstico de su enfermedad? (si / no)

## **PREGUNTAS AL PROFESIONAL**

- ¿Qué tan frecuente en su experiencia laboral se encuentra enfrentado a casos de complicaciones en la diabetes derivadas por un mal cuidado del paciente a su enfermedad?
  
- ¿Realiza educación diabetologica a sus pacientes? ¿cuáles considera usted que son las complicaciones agudas más importantes por las que su paciente debiera acudir rápidamente a la consulta?
  
- ¿Qué factores considera usted indispensables a la hora de hablar de autocuidado en el paciente diabético?
  
- Teniendo en cuenta su formación tanto como su experiencia profesional ¿Considera de importancia el atravesamiento de factores psicológicos en el uso que el paciente hace de las técnicas de autocuidado de la educación diabetológica? ¿Por qué?
  
- ¿Se encuentra un psicólogo o psicólogos dentro del equipo de tratamiento? En caso de haberlos, ¿tiene conocimiento del rol que desempeñan dentro del equipo?

- ¿Considera importante el rol del psicólogo dentro del equipo de tratamiento? ¿Por qué?
  
- ¿Qué importancia le otorga en la educación del paciente a los factores psicológicos y emocionales?

Fuentes secundarias:

Estudios científicos, libros, revistas académicas, páginas web, enciclopedias científicas y atlas especializados.

## 8.0 ARTICULACION TEORICO-PRACTICA

A continuación se presentaran los datos obtenidos durante las prácticas intensivas finales con el fin de realizar una articulación teórico practica que permita verificar la hipótesis a partir de la cual esta investigación parte.

Los datos a presentar fueron recolectados de un total de 46 pacientes diabéticos que concurren al servicio de consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros de la ciudad de La Rioja, además del cuestionario realizado a la Dra. A cargo de tal servicio en pos de ampliar los datos relevantes a la investigación.

A continuación se presentaran los datos cuantitativos obtenidos de los inventarios aplicados para, posteriormente relacionarlos con los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a los mismos.

Los pacientes fueron representados numéricamente para los fines de este proyecto con el fin de preservar el anonimato y confidencialidad de los mismos.

8.1 datos cuantitativos obtenidos del inventario de depresión de Beck (BDI-II)



Figura 1

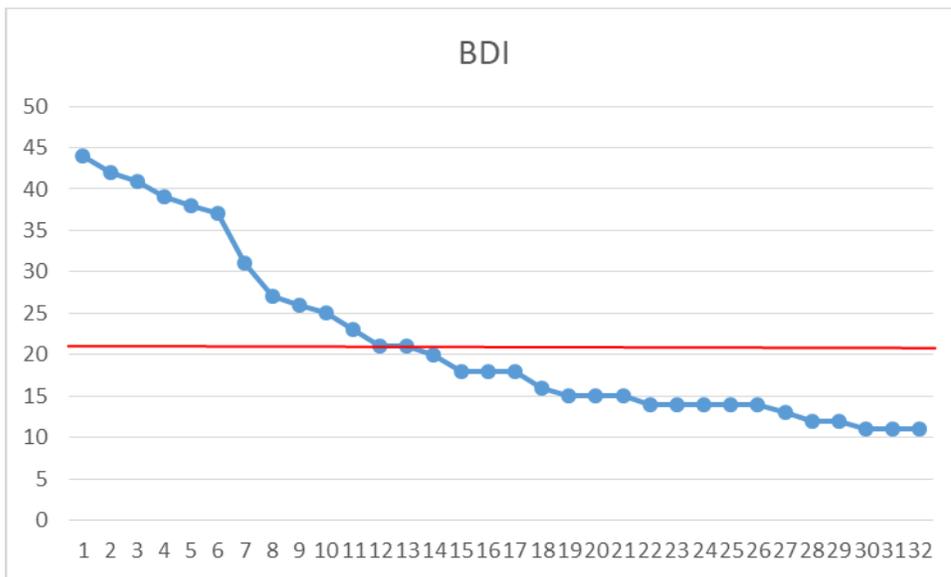


Figura 2

Los resultados arrojados ante la aplicación del BDI-II expresan que del total de la muestra de pacientes analizados, un 70% padece de síntomas depresivos que varían entre sintomatologías leves (con valores entre 11 y 16 puntos en la escala del inventario) a extremas (con valores superiores a 40 puntos).

Así mismo, de ese 70% de pacientes con síntomas de alteraciones en el estado del ánimo, el 41% padece sintomatología entre moderada a extrema, es decir, superan los 21 puntos dentro de la escala del inventario)

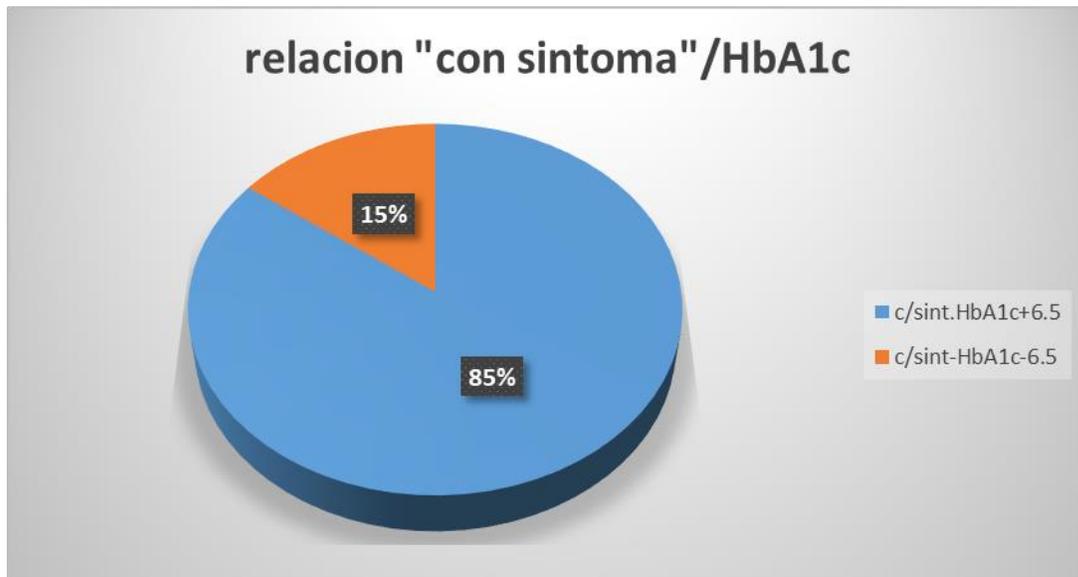


Figura 3

Otro dato relevante que se puede observar es la relación existente entre la aparición de sintomatología de depresión con los valores de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) que presentan los pacientes. (Figura 3)

Del total de la población que presenta sintomatología de depresión, un 85% presenta una hemoglobina glicosilada superior a los valores recomendados por la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association , 2001) lo que se traduce en una diabetes no controlada, a su vez, esto predispondría a complicaciones y agravamiento de diversos cuadros patológicos relacionados a la diabetes, como ser retinopatías, cardiopatías, nefropatía, etc. Derivadas de un

constante valor elevado de glucosa en sangre (International Diabetes Federation , 2020).

Así mismo, como se observa en la figura 3, del total de pacientes que presenta sintomatología de alteraciones en el estado del ánimo, tan solo un 15% muestra valores de HbA1c dentro del rango recomendado por la ADA.

Estos datos exhiben una relación entre las alteraciones del estado anímico y el autocuidado que el paciente haga de su enfermedad, ya que prepondera la aparición de valores elevados de HbA1c en pacientes que presentan dichas alteraciones del estado anímico, relación que puede ser aclarada aún más si observamos los valores que se presentan en los pacientes sin sintomatología en cuanto a alteraciones del estado anímico.



Figura 4

La figura numero 4 representa el total de la muestra de pacientes que no presentan síntomas de depresión, en relación con sus respectivos valores de HbA1c.

Se puede observar que los resultados muestran relación con la línea de valores que se presentaron anteriormente, ya que se habría una preponderancia de valores de HbA1c menores a 6,5% en pacientes sin síntomas de alteración en el estado anímico.

Cabe destacar que si bien los valores siguen una línea lógica, se tiene en cuenta para esta investigación la existencia de múltiples variables que escapan al objetivo del presente proyecto pero que influyen en los números aquí presentados, ya que un 36% de la población de personas sin sintomatología de depresión y presentan una HbA1c superior al porcentaje recomendado.

#### 8.2. Datos Cuantitativos obtenidos del cuestionario de ansiedad de Beck (BAI)



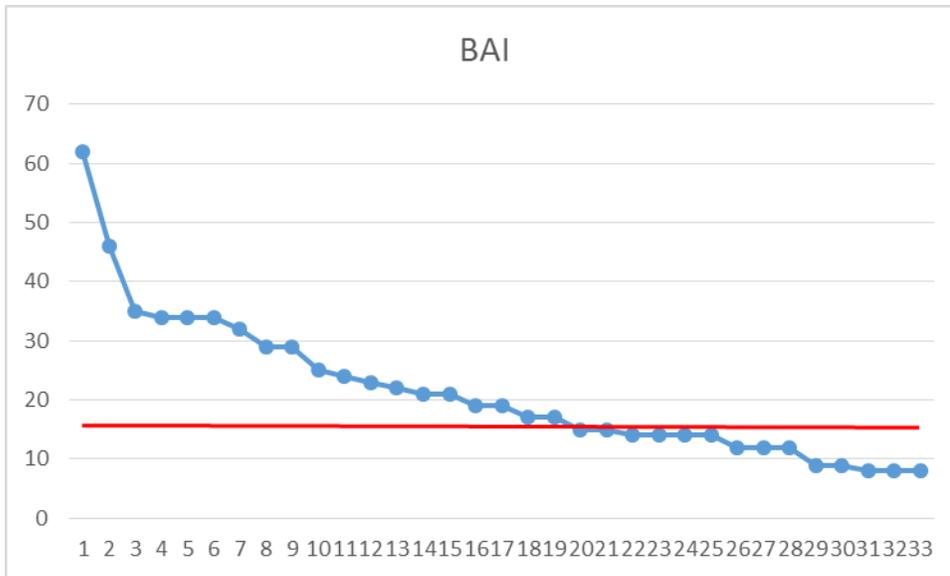


Figura 6

En lo que refiere a la presencia de síntomas de ansiedad, mediante la aplicación del cuestionario de ansiedad de Beck, nos encontramos con que un 72% del total de la muestra analizada presenta síntomas que varían entre leves (es decir entre 8 a 15 puntos en la escala de la prueba) a graves (entre 26 a 63 puntos en la escala de la prueba)

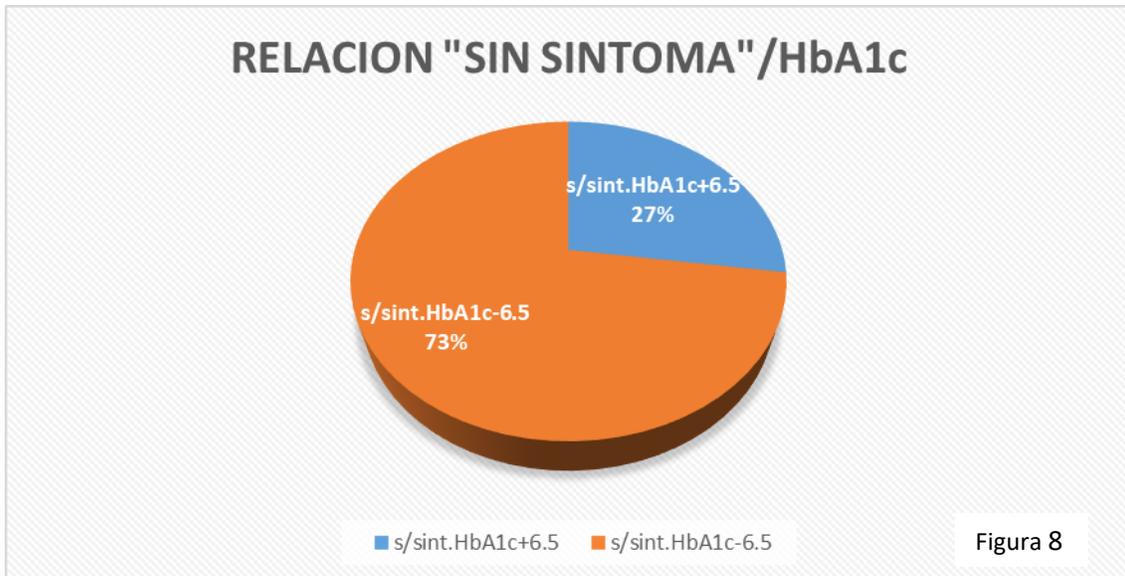
Sin embargo, un 58% del total de personas con ansiedad presentan síntomas iguales o superiores a 16 puntos de la escala del test, es decir, síntomas moderados o graves. (Figura 6)



Figura 7

Respecto a la relación entre los pacientes con sintomatología de ansiedad y los valores de HbA1c encontramos que un 89% de los pacientes que padecen síntomas de ansiedad presentan una HbA1c superior a los valores recomendados por la ADA, mientras que tan solo un 11% de los mismos presentan una HbA1c menor al 6,5%.

Del mismo modo, cuando observamos el total de los pacientes sin ansiedad vemos que un 73% de los mismos mantiene una HbA1c menor a 6,5% mientras que tan solo un 27% supera este valor.(Figura 8)



Teniendo en cuenta los valores arrojados por el BAI podemos notar una congruencia con los valores establecidos en el análisis del BDI, lo que nos podría estar indicando cierta correlación entre los síntomas de depresión y los síntomas de ansiedad en lo que a las alteraciones del estado del ánimo se refiere en los pacientes analizados.

### 8.3 datos obtenidos en cuestionario a los pacientes

Se realizó un cuestionario a los pacientes evaluados con el fin de clarificar y profundizar en los datos obtenidos en lo que refiere, más que nada, al cuidado que cada paciente hace de sí mismo y su enfermedad (autocuidado) para poder correlacionarlo con los valores que nos arrojan las técnicas administradas anteriormente y poder arribar a una verificación de la hipótesis planteada, las respuestas a tal cuestionario serán archivadas en el respectivo anexo del presente proyecto.

Ante la primera pregunta realizada a los pacientes analizados, el 65% del total afirma haber recibido educación respecto a su enfermedad y las opciones de

tratamiento. Al mismo tiempo, el 67% afirma tener conocimiento respecto de los síntomas y signos que son de alarma de complicaciones de la enfermedad (pregunta 4). Un ejemplo de esto es la pregunta número 5 que se dirige a una de las principales y más temidas complicaciones, la hipoglucemia, ya que es potencialmente mortal, de la cual damos cuenta de que un 63% del total de los pacientes analizados afirma tener conocimiento.

Basándonos en las estadísticas de estas primeras preguntas dirigidas más que nada al conocimiento del paciente respecto de su enfermedad y las diferentes opciones de tratamiento, se puede notar una predominancia de conocimiento y disponibilidad de información por parte de los pacientes lo que, relacionado con los datos obtenidos mediante las técnicas anteriormente mencionadas, nos puede llevar a pensar en la complejidad existente en la relación entre la información y el autocuidado:

Desde este aspecto y teniendo en cuenta lo planteado por Graciela Zaldúa en sus clases teóricas dictadas en la universidad de Buenos Aires (Zaldúa, 2000) es que podemos hablar de lo que refiere a las perspectivas tanto pragmáticas tecnocráticas como la perspectiva crítica. Ya que desde la perspectiva pragmática tecnocrática, se privilegia las estrategias de información y educación de la salud centradas en los daños y riesgos evitables, excluyendo la comprensión de las contradicciones que se expresan a través de las categorías de desigualdades (sean estas de clases sociales, de género, de etnias, etc.) y las complejidades de las existencias individuales, en su enigmática tendencia al riesgo, al peligro, al daño aunque estén informados. Por lo tanto, en relación a la investigación que compete

a este proyecto, se puede notar que la problemática planteada (en términos de promoción y prevención de la salud) trasciende la mera obtención de la información y educación del paciente, ya que como se mencionó anteriormente hay, en la muestra recolectada, una predominancia de pacientes que están informados o tienen conocimientos previos respecto a su enfermedad, opciones de tratamiento y signos y síntomas de riesgos, pero aun así, predomina también, un bajo control de su enfermedad, con HbA1c elevadas y tanto bajos niveles de actividad física (del total de la muestra un 15% responde la pregunta número 10 afirmando realizar ejercicio diariamente y un 20% hasta 3 veces por semana) como bajos niveles de buena alimentación (el 35% afirma nunca haber ido a controles nutricionales y el 41% haber realizado un control nutricional hace más de un año).

Siguiendo esta línea, en las preguntas número 11 y 12 se le pregunta al paciente respecto del acompañamiento tanto de sus familiares como del sistema de salud en lo que refiere a su enfermedad. El 83% de los pacientes afirma sentir un acompañamiento por parte de su familia en lo que refiere a su enfermedad, mientras que tan solo el 33% afirma sentir acompañamiento por parte del sistema de salud. Cabe aclarar que los pacientes que afirman tener conocimientos respecto de su enfermedad refieren haber obtenido información desde los mismos profesionales médicos del servicio de diabetología del hospital, lo que una vez más, podría estar expresando la complejidad que gira entorno a la relación a la información y el autocuidado.

Poder observar esta misma problemática desde el ojo de la perspectiva crítica de Zaldúa, en donde se plantea la inclusión de los procesos tanto predecibles como

impredecibles, incluyendo lo azaroso y la incertidumbre que forma parte de las dimensiones singulares y colectivas y en la producción de saberes y prácticas, es tener en cuenta la complejidad del objeto de estudio que se nos presenta, la incompletud del objeto, evitando así el reduccionismo que deja de lado las determinaciones históricas, materiales y simbólicas en la producción de subjetividades.

Otra autora imprescindible para poder comprender esta perspectiva que busca evitar el reduccionismo desde una posición médico hegemónica, pudiendo incluir los factores psicológicos en el atravesamiento de la enfermedad es Ana Augsburger, que plantea en su texto “De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave” (Augsburger, 2002) la inclusión del concepto de sufrimiento psíquico, que debe ser comprendido en función del ser y la existencia, y no según el modelo médico, buscando así distinguir entre enfermedad vivida por el propio sujeto y su conceptualización médica, manejándose esta última desde la nosografía clásica que trabaja con un criterio de enfermedad objetiva, dejando de lado la dimensión subjetiva de quien la padece.

Giovanni Berliquer propone para este propósito superar la perspectiva objetiva de enfermedades sin sujetos a partir del abordaje del punto de vista del sujeto enfermo, que incluye:

- Como la enfermedad es vivida y afrontada.
- Qué consecuencias tiene para el sujeto.
- Que comportamientos suscita en otros.

#### 8.4. Datos obtenidos del cuestionario al profesional

En pos de una mayor comprensión sobre la problemática planteada en términos de clarificar la posición desde la que interviene el servicio de consultorios externos de diabetología del hospital Dr. Enrique Vera Barros de la ciudad de La Rioja, es que se realizó un cuestionario a la profesional a cargo de mis prácticas intensivas finales, la doctora Mercado Andrea, tal cuestionario será transcrito y archivado en los anexos del presente trabajo.

Ante las preguntas realizadas, la doctora expresa la importancia de la educación diabetológica en términos de un “*pilar fundamental*” a la hora de hablar del cuidado del paciente diabético:

“La educación es el pilar, la base más importante en el abordaje de esta enfermedad y considero que debe llevarse ese conocimiento a toda la comunidad. Escuelas, familias, instituciones, etc. con el fin de lograr brindar conocimientos, destacar síntomas tempranos y lograr mejor adherencia a los tratamientos; Lograr que la gente entienda que los controles son importantes, esto ayudaría mucho a todos los pacientes que a veces se sienten estigmatizados por su enfermedad o se sienten incomprendidos”.

Siguiendo esta línea referida a la importancia del autocuidado la doctora nos aclara, basado en su experiencia profesional, que los casos de complicaciones en la diabetes derivadas por un mal cuidado del paciente a su enfermedad son altamente frecuentes. “Este tipo de complicaciones se presentan bastante, diría que en pacientes diabéticos son altamente frecuentes”. Lo que en sí mismo da pie a la importancia de la presente investigación, es decir, la necesidad de develar e

intervenir en aquellos factores que influyen directa o indirectamente a la adherencia del paciente al tratamiento y por tanto a su autocuidado, teniendo en cuenta que como plantea el profesor Frank Snoek en la XXII “conferencia Argentina de Diabetes: tratamiento de la diabetes, una mirada 360°” (Snoek, 2020) el 90% del tratamiento de la diabetes, es autocuidado.

Al mismo tiempo nos aclara que las complicaciones agudas que son consideradas de requerimiento asistencial urgente son: “la hipoglucemia, ya que la misma no puede ser manejada por el propio paciente en su domicilio, y la hiperglucemia que puede llevar a estados de hiperosmolaridad o cetoacidosis, situaciones que requieren internación” aspectos que fueron tenidos en cuenta a la hora de formular las preguntas de la investigación realizadas a los pacientes, en pos aclarar el índice de conocimiento que los pacientes tienen respecto de su padecimiento y las opciones de tratamiento.

En lo referente a la importancia del atravesamiento de factores psicológicos en el uso que el paciente haga de las técnicas de autocuidado de la educación diabetológica, la doctora Mercado expresa:

“El estado emocional y psicológico de cada paciente cobra gran importancia sobre todo para lograr aceptación de la enfermedad de carácter crónico y lograr vencer barreras limitantes para un buen control y autocuidados, Ayuda a los pacientes a estar más receptivos a la hora de la educación o tratamiento que se les indica...se sienten más seguros y empoderados”.

Al mismo tiempo considera el rol del psicólogo en sí como un rol de importancia en cuanto al trabajo multidisciplinario, en tanto la intervención del área de psicología permite “comprender al paciente global e integralmente, facilitando al personal médico descubrir factores psicológicos y emocionales que lo afectan”

Así podemos dar cuenta de la importancia atribuida por la profesional en lo que refiere al atravesamiento psicológico como influyente en la evolución de la enfermedad, sin embargo, nos aclara también que el servicio de diabetología de los consultorios externos del hospital no cuenta con un psicólogo dentro de su equipo, sino que trabajan en conjunto con el área de psicología del hospital.

Cabe aclarar que si bien el trabajo psicológico se posibilita mediante la comunicación con el área de psicología del hospital, al no contar con un psicólogo dentro del equipo, los criterios para derivar a psicología son meramente decisión del médico en turno, lo que en sí mismo limitaría cierta apertura a intervenciones que pueden escapar a la mirada profesional del médico, siendo los aspectos psicológicos un área fuera de su alcance experto.

## 9.0. CONCLUSION

La diabetes, como ya es bien sabido, es una enfermedad crónica que avanza vertiginosamente alrededor del mundo, acarreando detrás de sí numerosas problemáticas en múltiples esferas de la vida del sujeto que la padece. Esto en sí mismo da cuenta de la interrelación existente entre incontables variables dentro de lo que Edgar Morín llama el “paradigma de la complejidad” (Barberousse, 2008). Una red de variables interrelacionadas que se influyen mutuamente. Desde esta perspectiva y teniendo en cuenta los números arrojados por esta investigación,

donde un 70% del total de pacientes analizados padece de síntomas de depresión entre leves a extremos y el 72% de la misma muestra padece síntomas de ansiedad entre leves a graves correlacionado con los resultados respecto a la evolución y autocuidado de su diabetes, podrían dar cuenta de esta influencia de factores que trascienden a los aspectos orgánicos, objetivos, propios de la enfermedad, arrojando luz a factores subjetivos, e incluso dando a notar aquellos que escapan a la investigación misma de este proyecto, factores externos sociales, culturales, económicos, etc. Es decir, dar luz a cómo aquellos factores que van más allá de la enfermedad en sí misma influyen tanto en la aparición como en la evolución de aquellos elementos que se tienen en cuenta desde una perspectiva orgánica, en este caso, cómo la aparición de la enfermedad puede desencadenar una respuesta psicoemocional que, de no ser tratada efectivamente, desembocaría en un mal autocuidado, lo que se traduce en pronósticos de mala evolución.

La posibilidad de tener en cuenta estos factores (principalmente psicológicos en lo que refiere a esta investigación) nos abre puertas a posibilidades cada vez más efectivas de intervención buscando, en este caso, el equilibrio entre una vida plena y un buen control de la diabetes posibilitando un pronóstico positivo a largo plazo. Esto se lograría posicionándonos críticamente desde la misma complejidad del objeto estudiado, desde su incompletud (Zaldúa, 2000) lo que nos devela la incidencia de factores externos a la enfermedad, factores tanto psicológicos como del entorno del sujeto, los que al mismo tiempo se influyen entre sí. Un claro ejemplo de esto es lo que plantea el Profesor Frank Snoek (Snoek, 2020) respecto al apoyo que el entorno otorga al paciente, este mismo puede ser un apoyo negativo por

parte de su familia, por ejemplo, lo que desemboca en un efecto negativo en el paciente. Dar cuenta de esto, puede permitir un apoyo desde el equipo profesional referido a la psicoeducación que posibilita un cambio en el entorno para que influya positivamente en el paciente.

Otro factor marcado por el profesor Snoek que nos indica la necesidad de tener en cuenta los aspectos psicológicos y emocionales del paciente es el “*Diabetes Burnout*”. El mismo se refiere a los esfuerzos que el paciente hace en el control de su diabetes que no generan, al final, los resultados esperados produciendo un efecto desmoralizador en el sujeto, un desgaste. En otras palabras, las experiencias negativas, el hecho de no alcanzar las metas que se propone, genera actitudes y creencias negativas, lo que al mismo tiempo genera emociones negativas, desembocando en un desapego y dando paso al “diabetes burnout”.

Los datos aportados por el profesor Snoek, sumado a lo particular de la presente investigación, que revelarían una alta incidencia de alteraciones en el estado anímico en la población de pacientes diabéticos que concurren al servicio de diabetología de los consultorios externos del hospital Dr. Enrique Vera Barros de la ciudad de La Rioja, y la respectiva incidencia de tales alteraciones en el autocuidado que el paciente haga de su enfermedad, da cuenta de la necesidad de un tipo de intervención que incluya el atravesamiento de los factores psicoemocionales del paciente, lo que implicaría un tratamiento empático, que supere la perspectiva de enfermedades sin sujetos; un tratamiento acordado con el paciente, teniendo en cuenta su posición como válida en tanto sujeto que padece desde la subjetividad. Así mismo, generando cambios positivos en lo psicoemocional podemos mejorar no

tan solo la adherencia al tratamiento sino también y mediante ésta, una mejor calidad de vida. Al final, y de acuerdo a la organización mundial de la salud, podemos decir que “*no hay salud sin salud mental*”.

## 10.0. ANEXOS

## 10.1. Anexo I: valores BDI

Nro.	EDAD	valores BDI	sintomatologia	11
1	55	31	CON SINTOMA	
2	45	42	CON SINTOMA	
3	46	15	CON SINTOMA	
4	19	14	CON SINTOMA	
5	62	1	SIN SINTOMA	
6	64	18	CON SINTOMA	
7	74	14	CON SINTOMA	
8	48	18	CON SINTOMA	
9	50	14	CON SINTOMA	
10	56	4	SIN SINTOMA	
11	28	15	CON SINTOMA	
12	45	14	CON SINTOMA	
13	51	21	CON SINTOMA	
14	53	23	CON SINTOMA	
15	52	26	CON SINTOMA	
16	46	12	CON SINTOMA	
17	55	2	SIN SINTOMA	
18	65	25	CON SINTOMA	
19	54	39	CON SINTOMA	
20	23	7	SIN SINTOMA	
21	44	38	CON SINTOMA	
22	54	6	SIN SINTOMA	
23	44	41	CON SINTOMA	
24	58	18	CON SINTOMA	
25	62	16	CON SINTOMA	
26	35	44	CON SINTOMA	
27	59	14	CON SINTOMA	
28	28	27	CON SINTOMA	
29	54	13	CON SINTOMA	
30	40	11	CON SINTOMA	
31	64	10	SIN SINTOMA	
32	24	10	SIN SINTOMA	
33	50	21	CON SINTOMA	
34	52	6	SIN SINTOMA	
35	38	10	SIN SINTOMA	
36	43	15	CON SINTOMA	
37	41	11	CON SINTOMA	
38	53	0	SIN SINTOMA	
39	42	2	SIN SINTOMA	
40	73	10	SIN SINTOMA	
41	42	37	CON SINTOMA	
42	45	12	CON SINTOMA	
43	63	3	SIN SINTOMA	
44	52	20	CON SINTOMA	
45	57	1	SIN SINTOMA	
46	51	11	CON SINTOMA	

## 10.2. Anexo II: valores BAI

Nro.	EDAD	valores BAI	sintomatologia	8
1	55	34	CON SINTOMA	
2	45	17	CON SINTOMA	
3	46	8	CON SINTOMA	
4	19	21	CON SINTOMA	
5	62	1	SIN SINTOMA	
6	64	22	CON SINTOMA	
7	74	5	SIN SINTOMA	
8	48	6	SIN SINTOMA	
9	50	14	CON SINTOMA	
10	56	3	SIN SINTOMA	
11	28	6	SIN SINTOMA	
12	45	24	CON SINTOMA	
13	51	32	CON SINTOMA	
14	53	34	CON SINTOMA	
15	52	35	CON SINTOMA	
16	46	14	CON SINTOMA	
17	55	5	SIN SINTOMA	
18	65	19	CON SINTOMA	
19	54	62	CON SINTOMA	
20	23	25	CON SINTOMA	
21	44	29	CON SINTOMA	
22	54	1	SIN SINTOMA	
23	44	34	CON SINTOMA	
24	58	9	CON SINTOMA	
25	62	14	CON SINTOMA	
26	35	46	CON SINTOMA	
27	59	9	CON SINTOMA	
28	28	17	CON SINTOMA	
29	54	12	CON SINTOMA	
30	40	21	CON SINTOMA	
31	64	4	SIN SINTOMA	
32	24	29	CON SINTOMA	
33	50	14	CON SINTOMA	
34	52	15	CON SINTOMA	
35	38	8	CON SINTOMA	
36	43	12	CON SINTOMA	
37	41	7	SIN SINTOMA	
38	53	15	CON SINTOMA	
39	42	3	SIN SINTOMA	
40	73	8	CON SINTOMA	
41	42	19	CON SINTOMA	
42	45	12	CON SINTOMA	
43	63	1	SIN SINTOMA	
44	52	23	CON SINTOMA	
45	57	1	SIN SINTOMA	
46	51	5	SIN SINTOMA	

## 10.3. Anexo III: cuestionario a los pacientes

Nro.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
1	NO	NO		NO	NO	6M	NO	NUNCA	SI	DVEC	SI	NO
2	SI	SI	SI	SI	SI	3M	SI	MAS 1A	SI	DIARIO	NO	NO
3	SI	SI	SI	SI	SI	3M	SI	MAS 1A	SI	DVEC	SI	NO
4	SI	SI	SI	SI	SI	3M	NO	NUNCA	SI	DIARIO	SI	NO
5	SI	NO		SI	SI	3M	SI	6M	NO	3XSEM	SI	SI
6	SI	NO		SI	SI	3M	SI	MAS 1A	SI	DVEC	SI	NO
7	SI	SI	SI	SI	NO	3M	NO	NUNCA	SI	DIARIO	SI	SI
8	SI	NO		SI	SI	3M	SI	MAS 1A	SI	DIARIO	SI	SI
9	SI	SI	SI	NO	NO	3M	NO	NUNCA	SI	DVEC	NO	NO
10	NO	NO		SI	SI	3M	NO	NUNCA	NO	3XSEM	SI	SI
11	SI	SI	SI	SI	SI	6M	SI	MAS 1A	SI	DVEC	SI	NO
12	SI	NO		SI	SI	6M	SI	MAS 1A	SI	NUNCA	SI	NO
13	SI	NO		SI	SI	6M	SI	6M	SI	DIARIO	NO	NO
14	SI	SI	SI	SI	SI	6M	NO	NUNCA	SI	3XSEM	NO	NO
15	NO	SI	SI	SI	SI	1A	SI	MAS 1A	SI	NUNCA	SI	NO
16	SI	NO		NO	NO	1A	NO	NUNCA	SI	DVEC	SI	NO
17	SI	NO		SI	SI	3M	SI	6M	NO	NUNCA	SI	SI
18	SI	NO		SI	SI	3M	SI	MAS 1A	SI	DVEC	SI	NO
19	SI	SI	SI	NO	SI	6M	SI	MAS 1A	SI	NUNCA	NO	NO
20	SI	SI	SI	SI	SI	1A	SI	MAS 1A	SI	DVEC	SI	SI
21	NO	SI	SI	NO	NO	1A	SI	MAS 1A	NO	NUNCA	NO	NO
22	SI	SI	SI	SI	SI	3M	SI	6M	NO	NUNCA	SI	SI
23	NO	SI	SI	NO	NO	3M	NO	NUNCA	SI	DVEC	SI	NO
24	SI	NO		SI	SI	3M	SI	6M	SI	3XSEM	SI	SI
25	NO	SI	SI	NO	SI	3M	SI	MAS 1A	SI	3XSEM	SI	NO
26	NO	NO		SI	NO	1A	NO	NUNCA	SI	NUNCA	SI	NO
27	SI	SI	SI	NO	NO	3M	NO	NUNCA	SI	3XSEM	SI	NO
28	NO	NO		SI	NO	3M	SI	6M	SI	DIARIO	SI	SI
29	NO	SI	SI	NO	NO	6M	NO	NUNCA	SI	DVEC	SI	SI
30	SI	NO		SI	SI	1A	SI	MAS 1A	SI	DVEC	NO	NO
31	SI	SI	SI	SI	SI	3M	NO	NUNCA	SI	DVEC	SI	NO
32	SI	NO		SI	SI	1A	SI	MAS 1A	SI	3XSEM	SI	NO
33	SI	SI	SI	SI	SI	3M	SI	MAS 1A	SI	NUNCA	SI	NO
34	NO	NO		NO	NO	3M	NO	NUNCA	NO	NUNCA	SI	NO
35	SI	SI	SI	SI	SI	3M	SI	6M	SI	3XSEM	SI	NO
36	SI	SI	SI	SI	SI	3M	SI	MAS 1A	SI	NUNCA	SI	SI
37	SI	NO		SI	SI	1A	SI	MAS 1A	SI	DVEC	SI	NO
38	SI	NO		SI	SI	3M	SI	6M	SI	DIARIO	SI	SI
39	NO	NO		NO	NO	1A	SI	MAS 1A	SI	DVEC	SI	NO
40	SI	NO		SI	SI	3M	SI	6M	NO	NUNCA	SI	NO
41	NO	NO		NO	NO	1A	NO	NUNCA	SI	NUNCA	SI	NO
42	NO	NO		NO	SI	1A	SI	6M	NO	DVEC	NO	NO
43	NO	NO		SI	NO	6M	SI	6M	SI	3XSEM	SI	SI
44	NO	NO		NO	NO	NUEVO	NO	NUNCA	NO	NUNCA	SI	SI
45	SI	SI	SI	NO	NO	3M	NO	NUNCA	SI	NUNCA	SI	SI
46	NO	SI	SI	SI	NO	1A	SI	MAS 1A	SI	NUNCA	SI	NO

#### 10.4. Anexo IV: cuestionario al profesional

- ¿Qué tan frecuente en su experiencia laboral se encuentra enfrentado a casos de complicaciones en la diabetes derivadas por un mal cuidado del paciente a su enfermedad?

- Este tipo de complicaciones se presentan bastante, diría que en pacientes diabéticos son altamente frecuentes.

- ¿Realiza educación diabetologica a sus pacientes? ¿Cuáles considera usted que son las complicaciones agudas más importantes por las que su paciente debiera acudir rápidamente a la consulta?

- La educación diabetologica si la efectúo, considero que es un pilar fundamental, es esencial para un buen control diabetologico...

- Las complicaciones agudas consideradas de requerimiento asistencial como urgencia diabetologica son: la hipoglucemia, que no puede el paciente manejar en su domicilio y la hiperglucemia que pueden llevar a estados de hiperosmolaridad o cetoacidosis, situaciones que requieren internación.

- La educación es el pilar, la base más importante en el abordaje de esta enfermedad y considero que debe llevarse ese conocimiento a toda la comunidad. Escuelas, familias, instituciones, etc. con el fin de lograr brindar conocimientos, destacar síntomas tempranos y lograr mejor adherencia a los tratamientos, lograr que la gente entienda que los controles son importantes. Esto ayudaría mucho a

todos los pacientes que a veces se sienten estigmatizados por su enfermedad o se sienten incomprendidos.

- ¿Qué factores considera usted indispensables a la hora de hablar de autocuidado en el paciente diabético?

- Yo tengo en cuenta muchos factores y variables en cada paciente, los que me ayudan a la elección de la terapéutica como así también a ver de una forma global al paciente y su entorno... ¿Cuáles?: nivel social, escolaridad, si sabe leer, si sabe escribir, el nivel de comprensión, entorno familiar, trabajo que realiza, donde vive, por ejemplo, en capital o en el interior, complicaciones o patologías que presenta en la consulta, como obesidad, acv, ceguera, amputaciones, entre otras... Y evalúo su aceptación a la enfermedad.

- Teniendo en cuenta su formación tanto como su experiencia profesional ¿Considera de importancia el atravesamiento de factores psicológicos en el uso que el paciente hace de las técnicas de autocuidado de la educación diabetológica? ¿Por qué?

- El estado emocional y psicológico de cada paciente cobra gran importancia sobre todo para lograr aceptación de la enfermedad de carácter crónico y lograr vencer barreras limitantes para un buen control y autocuidados, Ayuda a los pacientes a estar más receptivos a la hora de la educación o tratamiento que se les indica...se sienten más seguros y empoderados.

- ¿Se encuentra un psicólogo o psicólogos dentro del equipo de tratamiento?

En caso de haberlos, ¿tiene conocimiento del rol que desempeñan dentro del equipo?

- en el servicio no contamos con un psicólogo propio y exclusivo, pero si tenemos y trabajamos con el área de psicología del hospital.

- ¿Considera importante el rol del psicólogo dentro del equipo de tratamiento?

¿Por qué?

- Considero que un psicólogo es importante en el control multidisciplinario de los pacientes diabéticos.

- en mi formación como agente de salud siempre se marcó la importancia de un trabajo multidisciplinario. Donde el área de psicología interviene ayudando a comprender al paciente en su contacto global e integral facilitando al personal médico a descubrir factores psicológicos y emocionales que afectan lo afectan.

- ¿Qué importancia le otorga en la educación del paciente a los factores psicológicos y emocionales?

- mi lema siempre fue que el paciente se cuida cuando acepta a esta patología como su compañera de vida y cuando sabe las posibles complicaciones que puede acarrear... el paciente es un todo y sus emociones, angustias y miedos también lo integran, es por eso que el abordaje psicológico ayuda al paciente a poder enfrentarse a esta enfermedad con seguridad tranquilidad y acompañamiento.

## Bibliografía

- American Diabetes Association . (24 de junio de 2001). *Diabetes Care* . Obtenido de Prevalencia de depresión comorbida en adultos con diabetes : <https://care.diabetesjournals.org/content/24/6/1069>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric Publishing.
- Augsburguer, A. (2002). "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave"; *Cuadernos Médico Sociales Nº 81*. Rosario.
- Biglieri, R. R., & Giselle, V. (2011). *Manual de terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires : Polemos .
- Centro de Psicología Aaron Beck . (s.f.). *Centro de Psicología Aaron Beck* . Obtenido de Tratamiento Psicológico de la Depresión : <https://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/depresion.html>
- Coryell, W. (Marzo de 2020). *Manual MSD (versión para público general)*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo#:~:text=Los%20trastornos%20del%20estado%20de%20%C3%A1nimo%20son%20trastornos%20de%20la,man>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista, L. (2014). *Metodología De La Investigación*. México: Mc Graw Hill Education.
- International Diabetes Federation . (2020). *International Diabetes Federation* . Obtenido de <https://idf.org/>
- International Diabetes Federation (IDF). (2019). *Atlas de la diabetes*. Amsterdam : INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF).
- Jiménez, C. (2016). *Ascensia Diabetes Care Spain SL*. Obtenido de <https://www.diabetes.ascensia.es/blog/blog-detail-three/>
- Mandal, A. (4 de junio de 2019). *News Medical* . Obtenido de Historia de la Diabetes: [https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-\(Spanish\).aspx#:~:text=La%20diabetes%20del%20t%C3%A9rmino%20fue,la%20diabetes%20de%20la%20palabra](https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-(Spanish).aspx#:~:text=La%20diabetes%20del%20t%C3%A9rmino%20fue,la%20diabetes%20de%20la%20palabra)
- Ministerio de Salud de la Nación . (2019). *Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico, y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación . (s.f.). *Claves para un envejecimiento activo y saludable*. Buenos Aires, Argentina. .

Patrick J. Lustman, R. J. (2000). *Facultad de medicina de la Universidad de Indiana* .  
Obtenido de Cuidado de la diabetes :  
<https://indiana.pure.elsevier.com/en/publications/depression-and-poor-glycemic-control-a-meta-analytic-review-of-th>

Sanz, J. (s.f.). *Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Snoek, F. (27 de noviembre de 2020). *Sociedad Argentina de Diabetes* . Obtenido de SAD: <http://www.diabetes.org.ar/congresos/index.php>

Temkin Beck, A., Rush, A., Bryan , S., & Emery, G. (2012). *Terapia Cognitiva de la Depresion* . Desclée De Brouwer.

Varela, J. (27 de julio de 2015). *A Hombros de Gigantes. Ciencia y tecnología* . Obtenido de El aislamiento de la insulina, Banting y Best:  
<https://ahombrosdegigantescienciaytecnologia.wordpress.com/2015/07/27/el-aislamiento-de-la-insulina-banting-y-best/#:~:text=Macleod%20de%20la%20Universidad%20de,con%20John%20James%20Richard%20Macleod>

Zaldúa, G. (2000). *psicologia preventiva* . Buenos Aires.