UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANSIEDAD EN HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

JOSSELIN DEL CARMEN SALGUERO RIVERA

Guatemala, Noviembre 2018

UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ANSIEDAD EN HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

TRABAJO DE GRADUACION PRESENTADO POR:

JOSSELIN DEL CARMEN SALGUERO RIVERA

PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y EL TÌTULO PROFESIONAL DE PSICÓLOGA CLÍNICA

Guatemala, Noviembre 2018

AUTORIDADES DE LA FACULTAD, ASESOR Y REVISOR DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN

DECANO DE LA FACULTAD:

DR. CARLOS ENRIQUE RAMÍREZ MONTERROSA

SECRETARIO DE LA FACULTAD:

DR. EDGAR ROLANDO VÁSQUEZ TRUJILLO

ASSESOR:

LIC. NARCISO PEÑATE MAZARIEGOS

REVISOR:

DRA. DIANA MARINA BLANCO MARTINEZ

Doctor
Carlos Ramírez Monterrosa
Decano Facultad de Psicología
Universidad Mariano Gálvez de Guatemala
Su Despacho

Estimado Doctor Ramírez:

Por este medio me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que por nombramiento emanado de ese **DECANATO** y de conformidad con las disposiciones y requisitos del proceso del trabajo de graduación, he culminado el proceso de asesoramiento y procedo a dar el **DICTAMEN FAVORABLE** de la **ASESORÍA** de él (la) estudiante: **JOSSELIN DEL CARMEN SALGUERO RIVERA,** quién se identifica con **carné No. 1072-12-16203,** de la carrera de **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA,** plan sábado matutino del centro universitario de **JUTIAPA**. **Titulado ANSIEDAD EN HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.**

Agradezco su comprensión y consideración a lo anteriormente expuesto. Sin más que informarle, aprovecho para suscribirme.

Cordialmente,

Lic. Narciso Peñate Mazariegos
Colegiado 5,390

Guatemala, 13 de noviembre de 2018

Doctor.
Carlos Enrique Ramírez Monterrosa
Decano Facultad de Psicología
Universidad Mariano Gálvez de Guatemala
Su despacho

Estimado doctor Ramírez:

Por este medio me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que por nombramiento emanado de ese **DECANATO** y de conformidad con las disposiciones y requisitos del proceso del Trabajo de Graduación, he culminado el proceso de revisión y procedo a dar el **DICTAMEN FAVORABLE** de la **REVISIÓN** del (la) estudiante: **JOSSELIN DEL CARMEN SALGUERO RIVERA,** quien se identifica con su carné No. **1072-12-16203** de la carrera de **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, plan fin de semana del Centro Universitario de **JUTIAPA.** Titulado: **ANSIEDAD EN HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.**

Agradezco su comprensión y consideración a lo anteriormente expuesto. Sin más que informarle, aprovecho para suscribirme.

Cordialmente,

Dra. Diana Marina Blanco Martínez
Psicóloga Clínica
Colegiado 928

UNIVERSIDAD MARIANO GALVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLÍNICA

Guatemala, 20 de noviembre de 2018

FACULTAD DE: Psicología

CARRERA: Licenciatura en Psicología Clínica

Se autoriza la impresión del trabajo de Tesis Titulado:

ANSIEDAD EN HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Presentado por el (la) estudiante: JOSSELIN DEL CARMEN SALGUERO RIVERA

Quién para el efecto deberá cumplir con las disposiciones reglamentarias respectivas. Dése cuenta con el expediente a la Secretaría General de la Universidad, para la celebración del Acto de Investidura y Graduación Profesional.

Atentamente,

DR. CARLOS ENRIQUE RAMIREZ MONTERROSO
DECANO FACULTAD DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DECANATO
GUATEMALA, C. A.

CERM/jt

REGLAMENTO DE TESIS

Artículo 8°: RESPONSABILIDAD

Solamente el autor es responsable de los conceptos expresados en el trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad.

ÍNDICE

Resumen 1

Capítulo I

Marco Conceptual 2

1.1 Introducción 2

1.2 Antecedentes 3

Capítulo II

Marco Teórico 7

2.1 Ansiedad 7

2.1.1 Clasificación de los trastornos de ansiedad 9

2.1.2 Causas que producen ansiedad 12

2.1.3 Crisis de ansiedad 13

2.1.4 Desencadenamiento de la crisis de ansiedad 15

2.1.5 Rasgo y estado de ansiedad 16

2.1.6 La ansiedad como reacción emocional 17

2.2 Diabetes 18

2.2.1 Origen de la diabetes 21

2.2.2 La sintomatología de la diabetes 21

2.2.3 Causas de la diabetes mellitus tipo 2 23

2.2.4 Síntomas de la diabetes mellitus tipo 2 23

2.2.5 Síntomas Psicológicos 25

2.2.6 Diabetes por alimentación defectuosa 25

2.2.7 La inactividad como causa de la diabetes 27

2.2.8 El alcoholismo y la diabetes 27

2.2.9 Los estados emocionales y la diabetes 28

2.2.10 La diabetes sifilítica 28

2.2.11 La tuberculosis 29

2.2.12 La insuficiencia cardiaca 30

2.2.13 La presión arterial en los diabéticos 30
2.2.14 Otras enfermedades infecciosas 30
2.2.15 Diabetes mellitus en adultez media 31
2.3 Hombre 32
2.4 Mujeres 34

Capítulo III
Planteamiento del problema 36
3.1 Justificación 36
3.2 Objetivos 37
3.2.1 General 37
3.2.2 Específicos 37
3.3 Hipótesis de investigación 37
3.4 Variables 38
3.4.1 Variable dependiente 38
3.4.2 Variable Independiente 38
3.4.3 Definición conceptual de variable 38
3.4.4 Definición operacional de variable 39
3.5 Alcances y limites 40
3.6 Aportes 40

Capítulo IV
Método 41
4.1 Sujetos 41
4.2 Instrumento 41
4.3 Procedimientos 42
4.4 Diseño de investigación 43
4.5 Metodología estadística 44

Capítulo V
Presentación y análisis de resultados 45

Capítulo VI
Discusión de resultados 47

Capítulo VII
Conclusiones 49

Capítulo VIII
Recomendaciones 50

Referencias bibliográficas 51

Anexos 54

RESUMEN

El estudio sobre ansiedad en hombres y mujeres con diabetes, tuvo por objetivo determinar el nivel de ansiedad que muestran personas con la diabetes mellitus tipo 2 en hombres y mujeres. Para posteriormente compararla, se utilizó una muestra de 25 hombres con la enfermedad de diabetes mellitus tipo 2, de 45 a 60 años, 25 mujeres con la enfermedad de diabetes mellitus tipo 2, de 45 a 60 años, ambos de un nivel socioeconómico medio, el instrumento que se utilizó para medir la variable fue el test inventario de ansiedad rasgo y estado IDARE, el cual fue elaborado por Spielberger, Gorsuch y lushene en 1970 y publicada al español Spielberger, Martinez-Urrutia, Gonzales-Reigosa, Natacilio y Dias-Guerrero en 1975. Esta prueba tiene el objetivo de investigar los fenómenos de ansiedad en sujetos adultos mediante una escala que mide 2 dimensiones: ansiedad rasgo y ansiedad estado.

El estudio fue de tipo descriptivo comparativo y se utilizó el procedimiento estadístico de t de Student, así mismo se concluyó que no se existe diferencia significativa del 0.05% al comparar los niveles de ansiedad que presentan los hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2 aceptándose la hipótesis nula de la investigación se recomendó incrementar las intervenciones psicoterapéuticas en la clínica del diabético, para poder mantener una estabilidad emocional en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, y se concluye que no se encontró diferencia significativa del 0.05% al comparar los niveles de ansiedad rasgo y estado que presentan los hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2 aceptándose la hipótesis nula para ambas escalas de la investigación.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.1 Introducción

En la adultez media ya se encuentran en algunos casos pensamientos de inutilidad y desesperanza, que sean diagnosticados por diabetes mellitus tipo 2, es un detonante seguro para que la crisis de ansiedad impacte la salud mental de estas personas, llevándolos a un deterioro físico, mental y social en su diario vivir. Se conoce, además que el desarrollo de la ansiedad comórbida en las personas con diabetes no solo conduce a empeorar la enfermedad, si no que genera complicaciones.

La diabetes es una enfermedad crónica que el enfrentarla constituye un reto importante en la vida del paciente afectado y en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos, que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir y suelen ser causales de ansiedad en el individuo.

La ansiedad es una emoción que aparece ante cualquier situación amenazante, considerándose una reacción de adaptación frente a un suceso estresante, teniendo como objetivo mejorar la capacidad de respuesta de la persona, al modular la formación de expectativas en respuestas de las demandas de la situación.

El objetivo del estudio fue determinar cuál género presenta mayor nivel de ansiedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Nacional de Jutiapa. Se utilizó una muestra de 50 pacientes. El instrumento que se empleo es el inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), fue un estudio descriptivo y comparativo donde se utilizó el instrumento estadístico t de Student. Se incluyeron datos teóricos relevantes al tema, así mismo tesis que

se relacionan con la presente investigación y posteriormente se detallan los resultados en los capítulos correspondientes.

1.2 Antecedentes

Castillo D. (2015), elaboró el estudio de manifestación de ansiedad, que presentan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en la edad adulta media. Su objetivo fue 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. La muestra era de 25 personas de ambos sexos, comprendido entre las edades de 69 a 64 años. El instrumento fue la escala de manifestaciones de ansiedad en adultos AMAS-E. El tipo de estudio fue cuantitativo descriptivo. El tipo de estadística utilizado fue distribución de frecuencias, medidas de tendencia central entre estas: la moda, la mediana y la media, que es el promedio y las medidas de variación, se dividen en el rango, valores máximos y mínimos, desviación estandarizada o típica. Concluyó que 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. Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) se recomendó 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.

Moreno y Velasquez (2012), elaboraron el estudio de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en comparación con un grupo de control. Hospital Manuel Núñez Tovar. Maturín, Estado Monagas. Segundo trimestre de 2012. Su objetivo fue comparar la prevalencia de síntomas depresivos y ansias en pacientes con diabetes del Hospital Manuel Núñez Tobar de Maturín en el

segundo trimestre del año 2012; con un grupo control de individuos sanos. La muestra fue conformada por 103 pacientes diabéticos y 79 individuos control que decidieron participar voluntariamente de la investigación. Los instrumentos utilizados fueron la escala de valoración de la ansiedad de Hamilton y el inventario de depresión de Beck (BDI). El tipo de estudio fue descriptivo y analítico de corte transversal, comparativo, no experimental. El tipo de estadística se presentó con Tabla de frecuencia simple y de doble entrada. Concluyó que el género femenino fue el más afectado con ansiedad en el grupo DM2 en relación con el grupo control, con asociación estadística significativa. Recomienda divulgar la importancia del apoyo profesional y multidisciplinario que requiere el individuo y la familia de los pacientes diabéticos, por cada una de las consecuencias y las esferas que pudieran verse afectadas en la vida de estos pacientes.

Lostaunau (2013), elaboró el estudio de ansiedad rasgo y recursos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2. Su objetivo fue conocer la relación entre ambas variables psicológicas en un grupo de pacientes con el diagnóstico de diabetes tipo 2. La muestra fue de 65 participantes entre 40 y 80 años. El instrumento utilizado fue 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). El tipo de estudio fue cualitativo descriptivo. El tipo de estadísticas que usó es t Student. Se concluye que estos hallazgos enfatizan la importancia y la necesidad de estudiar ambos constructos en una población de pacientes con diabetes tipo 2, pues permitirá identificar los mecanismos que contribuyen a generar un equilibrio en el manejo de la ansiedad. Se recomendó la importancia y la necesidad de contar con redes de soporte que otorguen respaldo al paciente. Cabe señalar la importancia del soporte social otorgado por los profesionales de la salud pues causará beneficios en el bienestar de los pacientes con diabetes tipo 2 al sentir que alguna o más personas de su entorno se preocupan por su salud y de este modo, contribuirán a asegurar la asistencia a sus controles y chequeos médicos.

Pesántez y Suquinagua (2016), elaboraron el estudio de prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el control glucémico, en la consulta externa del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, en el periodo de Marzo, Agosto 2016. El objetivo fue determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el control glucémico en la consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso. La muestra fue de 230 personas, comprendido entre las edades de 40 y 64 años. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de ansiedad de Beck y el inventario de depresión de Beck. El tipo de estudio fue cuantitativo analítico, de prevalencia de corte transversal. El tipo de estadística fueron medidas de frecuencia relativa y Chi cuadrado. Concluyeron que dentro de las características de los pacientes se tiene un predominio de personas entre 40 y 64 años con un 60.90% (140). El sexo predominante en el estudio fue el femenino con el 64.30% (148). Recomiendan difundir por todos los medios de comunicación y reuniones de las organizaciones sociales, la importancia que tiene reconocer estos trastornos de ansiedad y depresión, para aclarar que pueden ser prevenibles al tomar medidas adecuadas.

Barrios (2005), elaboró un estudio en el manejo del estrés y la ansiedad de un grupo de pacientes diabéticos en un abordaje cognitivo conductual. Su objetivo fue reducir el estrés y la ansiedad en los pacientes diabéticos a través de un programa cognitivo conductual. La muestra fue de 11 pacientes diabéticos, con una edad promedio de 50 años, 8 eran de sexo femenino y 3 de sexo masculino. Los instrumentos utilizados fueron, perfil del estrés, escala de ansiedad de Hamilton y la escala de adaptación y mejoría clínica global del paciente diabético. Tipo de estudio fue explicativo. El tipo de estadística que uso es t Student. Concluye que es uno de los principales problemas de salud de la población panameña y mundial. Recomendó que el psicólogo forme parte activa de este programa con el propósito de lograr un mejor manejo de estos pacientes en su relación a su enfermedad.

Constantino y Bocanegra (2013), elaboraron el estudio de frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaca Asenjo, durante el año 2011. Su objetivo fue estimar la frecuencia de ansiedad y depresión, así como su asociación con el control glicémico en pacientes con diabetes tipo 2, atendidos en el Hospital Nacional de Almanzor Aguinaca Asenjo de Chilayo. La muestra fue de pacientes diabéticos tipo 2 de 19 y 60 años atendidos en el HNAAA (Hospital Nacional de Almanzor Aguinaca Asenjo de chilayo). El instrumento utilizado fue el inventario de depresión Beck (IDB), el inventario de ansiedad de Beck (BAI) y una ficha epidemiológica. El tipo de estudio es descriptivo transversal. El tipo de estadística que usó es frecuencias absolutas y relativas y un análisis inferencial explorativo mediante el cálculo de razones de prevalencia. Se concluye que la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes tipo 2, atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaca Asenjo, durante el año 2011 fue elevada por ambos lados. Se recomienda tener en cuenta una visión más global que solamente es afectado por una sola enfermedad, sino por varias comorbilidades tanto físicas como mentales de la persona humana.

Castillo Y. (2011), elaboró el estudio de la diabetes mellitus tipo 2 y su relación en la ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al club del diabético del Hospital Universitario de Motupe, abril-octubre 2011. Su objetivo fue determinar la relación que existe entre la diabetes mellitus tipo 2 con la depresión y ansiedad, del club de diabéticos del Hospital Universitario Motupe. La muestra fue de 30 pacientes del club de diabéticos del Hospital Universitario Motupe. Los instrumentos utilizados fueron, la escala de Hamilton para la ansiedad, inventario de depresión de Beck e historia clínica psicológica. Fue un estudio de tipo transversal. El proceso estadístico fue grafica de barras. Concluyó que se identificó que el grupo de edad más afectada por la ansiedad y la depresión es en personas de 60 a 70 años de edad. Se recomendó incrementar un modelo de atención integral que aborde las necesidades en salud mental de esta población, incorporando acciones de fomento y prevención con un tratamiento oportuno e integral de los trastornos de salud mental más recurrentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Ansiedad

Tobal, (1996), refiere que la ansiedad se concibe como una reacción emocional, ante la recepción de un peligro o amenaza y se manifiesta mediante tres sistemas diferentes cognitivo, fisiológico y motor.

En 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain Tuma y Jack Maser, afirmaron que la década de los ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad. Durante los años cincuenta y sesenta la investigación sobre los trastornos mentales se había centrado en la esquizofrenia, mientras que en los años setenta se multiplicaron los estudios sobre la depresión.

Al hablar de ansiedad, se entiende que es un mecanismo adaptativo natural que permite estar alerta ante sucesos comprometidos, en realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudar a mantener la concentración y a afrontar los retos que se tiene por delante. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. El sujeto puede sentirse paralizado con un sentimiento de indefensión y en general podría reproducirse un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. Cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como un trastorno.

La ansiedad está presente en muchos desórdenes mentales, pero sin duda tiene un papel fundamental en los denominados trastornos de ansiedad. La ansiedad como patología o trastorno no está caracterizada por sus episodios repetitivos de gran intensidad y prolongados en el tiempo, con una reacción desproporcionada a

la situación o el estímulo estresante y con un nivel de sufrimiento alto y duradero; además de una profunda interferencia en la vida cotidiana.

Sin embargo, a partir de los años ochenta la investigación sobre la ansiedad, paso a ocupar un lugar preferente en la literatura psicológica y psiquiátrica, manteniéndose hoy en día esta tendencia. A ellos ha contribuido el que los trastornos de ansiedad ocupen el primer lugar a nivel mundial entre los trastornos mentales o de comportamiento.

La ansiedad es probablemente la más común y universal de las emociones y está presente a lo largo de toda la vida del individuo. Cuando se emplean términos como nerviosismo, inquietud, inseguridad, angustia, tensión, miedo o temor, está haciendo referencia a la experiencia de ansiedad.

La ansiedad tiende a ser concebida actualmente como una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, que se manifiesta mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas, cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor; que pueden actuar con una cierta independencia. Esto implica que las personas, al reaccionar de forma ansiosa, pueden activar en mayor o menor grado cada uno de estos sistemas.

Se puede definir ansiedad como una respuesta emocional o conjunto de respuestas, que engloba:

- Aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero (Tensión, aprensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, etcétera).
- Aspectos Corporales o fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, tensión muscular, sequedad de boca, escalofríos, temblores, sudoración, náuseas, mareos, etcétera).
- Aspectos observables o motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (movimientos repetitivos o

torpes, movimientos sin una finalidad concreta, paralización, tartamudeo, evitación de situaciones, etcétera)

La reacción de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos externos como por internos, pensamientos, ideas, imágenes mentales, entre otros; que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la reacción de ansiedad, está en gran parte, determinado por las características personales, existiendo notables diferencias individuales, en cuanto a la tendencia a manifestar reacción de ansiedad ante las distintas situaciones.

Echeburúa (1993), indica que las personalidades ansiosas de carácter temeroso, indecisión y tendencia a postergar o evitar situaciones. También se caracterizan por mostrar impaciencia, dependencia emocional, inseguridad personal, pero no necesariamente desarrollan conductas patológicas de ansiedad.

También menciona que la ansiedad es necesaria para supervivencia humana, sin embargo, puede su función afectar cuando se convierte en patológica, en especial ante estímulos insignificantes o cuando las respuestas son exageradas o duran más de lo necesario, indicó Echeburúa.

2.1.1 Clasificación de los trastornos de ansiedad

Echeburúa (1993), refiere que la vertebración de cualquier sistema clasificatorio es fundamentada en criterios clínicos, etiológicos y de respuesta terapéutica. Desde esta perspectiva y según el DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987), hay siete trastornos de ansiedad fundamentales, que se pueden agrupar en tres categorías principales: a) Fobias (fobia específica, fobia social y agorafobia); b) Trastornos de ansiedad no provocados por estímulos específicos (Trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada); y c) Otros trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático).

Los trastornos fóbicos se caracterizan por la aparición de respuesta de ansiedad, especialmente conductas de evitación ante estímulos concretos e identificados.

Dentro de este tipo de cuadro clínico, las fobias específicas son fobias locales no generalizadas, causadas por estímulos concretos externos. Referidos a animales o a situaciones, la experimentación de miedo excepto en el caso de la fobia a la sangre, en donde el paciente experimenta en su lugar náuseas y desvanecimiento y las conductas de evitación están limitados a dichos estímulos.

La fobia social es el temor específico y duradero a diversas situaciones sociales en las que las personas se sienten observadas críticamente por los demás y experimenta un temor irracional y desproporcionado a que su conducta sea objeto del rechazo o de las críticas de las otras personas. Por último, la agorafobia es un conjunto de temores a lugares públicos, sobre todo cuando el sujeto está solo, como salir a la calle, utilizar transportes públicos y acudir a lugares concurridos. La agorafobia puede ir acompañada en ocasiones de ataques de pánico cuando el sujeto se expone a los estímulos temidos o piensa detenidamente en ellos. Las conductas de evitación implicadas en la agorafobia y en la fobia social, llevan al aislamiento progresivo del sujeto y en último término a una reducción drástica de calidad de vida.

Echeburúa (1993), indica que dentro de los trastornos de ansiedad no provocados por estímulos específicos y sin conductas claras de evitación, se encuentra el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada. El trastorno de pánico se caracteriza por la presencia de estallidos bruscos e inesperados de ansiedad, con sensaciones de carácter marcadamente físico; taquicardia, respiración entrecortada, mareos; que pueden producir el temor a un inminente ataque cardiaco, de comienzo repentino, que pronto llegan al máximo de intensidad, habitualmente en el plazo de un minuto y que duran en la mayoría de los casos alrededor de 20 minutos. La frecuencia de los ataques muy variable puede oscilar desde varios ataques diarios a dos o tres por semana, sin que sea infrecuente padecer un ataque intenso y experimentar otros menores en los días o meses siguientes.

En el trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad crónica, respuestas de ansiedad, coloquialmente atribuidas al nerviosismo expresadas en forma de

tensión motora y de hiperexcitabilidad, se mantienen de forma continua y surgen ante estímulos de todo tipo, con una preocupación desproporcionada por las dificultades cotidianas y con una percepción de incapacidad para hacerles frente. Es el cuadro clínico que presenta una menor fiabilidad diagnóstica, quizá porque queda como una categoría residual cuando se han descartado los otros trastornos.

Por último, otras alteraciones en que la ansiedad desempeña un papel muy importante son el trastorno obsesivo - compulsivo se compone de obsesiones, ideas absurdas, habitualmente desagradables, que sobrevienen con una gran frecuencia y contra la voluntad del sujeto y de compulsiones (conductas no funcionales repetitivas y estereotipadas que sirven para reducir momentáneamente la ansiedad asociada a las obsesiones). El sujeto consciente del carácter absurdo de estos pensamientos y rituales, se resiste a ellos, pero no es capaz de eludirlos.

El contenido de las obsesiones a está relacionado frecuentemente con el temor a la contaminación y con dudas atormentadoras. Los rituales compulsivos más frecuentes, a su vez, son la limpieza de manos de uno mismo y de la casa, el orden, armarios, cuentas y las verificaciones luces, puertas, llaves del gas, etc. Los pacientes compulsivos con un ritual de lavado de manos, llevan a cabo esta conducta hasta más de cien veces al día, pueden llegar a tener las manos en carne viva, no tocar para nada a los miembros de la familia, evita cisuras en casa a toda costa y mantenerse alejados de cualquier persona y objeto por temor a la contaminación.

Corral, Echeburúa, Sarausa y Zubizarreta (1995), indica que el trastorno de estrés postraumático tiene lugar cuando las personas experimentan sucesos trágicos inusuales bruscamente, tales como las consecuencias de la guerra, los secuestros, el maltrato en el hogar o las agresiones sexuales. Los síntomas experimentados con más frecuencia son los recuerdos constantes involuntarios del suceso, la evitación de los estímulos asociados al hecho traumático. Todo se conduce a una pérdida de interés por las actividades habitualmente gratificantes y a un cierto embotamiento afectivo para captar y expresar sentimientos de ternura,

así como a problemas de depresión, pérdida de autoestima y falta de confianza en el futuro.

En general, la búsqueda de tratamiento se da fundamentalmente en los pacientes aquejados de agorafobia, trastorno de pánico o trastorno de obsesivo compulsivo. Estos trastornos de ansiedad, lo menos frecuentes en la población son, sin embargo, los más invalidante para la vida cotidiana. Las consultas por fobias específicas o por problemas de ansiedad crónica son mucho menos frecuentes.

Distinguir la ansiedad normal de la patológica no es fácil, según Biondi, (citado por Palmero y Fernández, 1999) ya que propone cuatro criterios que ayudaran 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 sufrimientos subjetivo determinado por la ansiedad.
d. Grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto (funcionamiento laboral, relaciones sociales, actividades de ocio).

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 que el sujeto adopte medidas de prevención. En algunas personas esta situación puede ser media intensa e interfiere negativamente en el proceso de recuperación o de aceptación (asimilación)

2.1.2 Causas que producen ansiedad

Rojas (1994), menciona que la ansiedad puede aparecer en cualquier circunstancia que el paciente considere que es amenazadora, ya que el 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 como se produce la ansiedad, es necesario dividirlo en tres áreas:

- **Ansiedad Existencial:** Esta es patológica. La tiene todo ser humano si proviene de la inquietud de la vida y pone al ser humano frente a frente con el destino, con el muerto 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 sincronizadas de tensión emocional; crisis de identidad personal; problemas provenientes del medio ambiente. Estos pueden llegar a generar problemas afectivos, dificultades laborales, fracasos sentimentales, problemas financieros, pérdidas 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 le da por el padecimiento.

2.1.3 Crisis de ansiedad

Moreno y Martín (2004), refiere que una crisis de ansiedad, es una respuesta repentina de miedo o malestar intenso que llega a su pico máximo en cuestión de

minutos (uno o dos, generalmente menos de diez minutos) y que se manifiesta por cuatro o más de los siguientes síntomas:

a. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
b. Sudor abundante.
c. Temblores o sacudidas.
d. Sensación de ahogo o falta de aliento.
e. Sensación de atragantarse.
f. Opresión o malestar en el pecho.
g. Nauseas o molestias abdominales.
h. Inestabilidad, mareo o desmayo.
i. Sensación de irrealidad (desrealización) o de estar separado de uno mismo. (Despersonalización)
j. Miedo a perder el control o volverse loco
k. Miedo a morir
l. Sensación de entumecimiento u hormigueo
m. Escalofríos o sofoco

Cuando la crisis de ansiedad se presenta de forma inesperada y ocasionan miedo a la repetición de dichas crisis estamos ante un trastorno de ansiedad denominado trastorno de pánico. Con el tiempo sufrir crisis de ansiedad inesperadas en determinados lugares, puede dar lugar a una evitación fóbica de ese tipo de lugares, es lo que denominamos agorafobia.

Generalmente el hecho de sufrir una crisis de ansiedad en alguna situación determinada, puede predisponer a desarrollar un temor a esas situaciones. Posteriormente es probable sentir miedo ante la sola idea de ir a supermercado. En mi cabeza se forma una conexión que difícilmente se rompe por si sola. De

hecho, lo normal es que si no hacemos nada para solucionarlo, con el tiempo esa conexión incluso se fortalezca.

2.1.4 Desencadenamiento de la crisis de ansiedad

Moreno y Martín (2004), indica que hace muchos años, en 1936, H. Seyle propuso un modelo llamado síndrome general de adaptación o síndrome de estrés biológico. El síndrome se caracterizaba por una reacción de alarma como respuesta a un agente nocivo, por ejemplo, una quemadura. La reacción de alarma no podía mantenerla indefinidamente. Si el agente nocivo continuaba actuando, se pasaba a una fase de resistencia en la que muchas de las reacciones fisiológicas del organismo se invertían. El objetivo era lograr la adaptación, pero si no se lograba o si el agente si fue actuando, se pasa a una fase de agotamiento que terminaría en la muerte.

Tanto el sistema nervioso como el sistema sanguíneo, son los únicos sistemas capaces de llevar mensajes a todas las partes del cuerpo. La reacción de alarma sigue estas dos vías; Por el torrente sanguíneo transmiten por medio de las hormonas, como el cortisol y la adrenalina.

Una vez descargadas estas sustancias en la sangre, aparecerán una serie de cambios. La acción de la adrenalina, como ya lo comentan, provoca aumento del latido cardíaco, aumento de la presión arterial, aumento de flujo sanguíneo en los músculos, aumento del mecanismo de coagulación de la sangre. El cortisol, hace que aumente la cantidad de glucosa, lo que se supone una fuente de energía adicional para hacer frente a las demandas del estresor. Una forma de lograr esta energía, es transformar grasa almacenada en el organismo en glucosa. Parece fácil comprender que este mecanismo no puede actuar definitivamente.

Este modelo ha sido complementado en los años 70, por un concepto interactivo de estrés que permite entender mejor, por qué acontecimientos iguales provocan reacciones distintas en diferentes personas o porque acontecimientos que no han

sucedido pueden provocar estrés en función de la interpretación que se haga de ellos.

2.1.5 Rasgo y estado de ansiedad

Tobal (1996), refiere que la investigación sobre la personalidad habitualmente ha diferenciado entre rasgo y estado.

- El rasgo de ansiedad, se refiere a la tendencia individual a reaccionar de forma ansiosa, es decir, a la mayor o menor propensión que presenta un individuo a interpretar las distintas situaciones o estímulos como peligrosos o amenazantes y a la tendencia a responder a tales amenazas con reacciones o estados de ansiedad.

  Las personas muestran grandes diferencias en cuanto a su rasgo de ansiedad, influyen tanto factores biológicos como aprendidos o fruto de la experiencia. Así, algunas tenderán a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando ante ellas de forma ansiosa, mientras que otros no le concederán mayor importancia y no mostrarán ninguna reacción de ansiedad.
- El estado de ansiedad, hace referencia a un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y duración. Esta condición se caracteriza por ser subjetiva, por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático, lo que da aparición de una variedad de cambios fisiológicos o corporales como aceleración del latido cardíaco, aumento del ritmo respiratorio, incremento de la tensión muscular, etcétera.

La intensidad de un estado de ansiedad es alta en circunstancias percibidas por el individuo como amenazantes, independientemente del peligro real y baja cuando existe amenaza o en circunstancias en que aun existiendo peligro, este no es percibido como tal.

Existe una estrecha relación entre rasgo y estado, de modo que un individuo con un alto rasgo de ansiedad, tendera a reaccionar frecuentemente de forma ansiosa o con estados de ansiedad, siendo estos generalmente más intensos y duraderos.

2.1.6 La ansiedad como reacción emocional

Tomando en cuenta a la ansiedad como una característica de la personalidad surgen las primeras teorías de Rasgo – Estado, es en estas donde se ven palpables las formulaciones de Catell y Scheier (1961). Dividen la ansiedad como un rasgo o característica 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.

El estudio de la ansiedad como reacción emocional, tiene una larga trayectoria que nace en el siglo pasado y que ha sufrido importantes cambios en los últimos años.

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 formas motoras y fisiológicas.

Hasta los años sesenta, la investigación sobre la investigación sobre la ansiedad, o para ser más exactos sobre todas las emociones, daba por supuesto la existencia de un único proceso de activación o excitación en el que los distintos sistemas del organismo actuarían de forma coordinada. Esto implicaría que cuando una persona se pone nerviosa, todos los índices fisiológicos o corporales, motores o comportamentales y subjetivos actuarían de forma simultánea y sincronizada.

Sin embargo, en diversas investigaciones aparecían resultados contrarios a este supuesto, encontrándose repetidamente una escasa relación entre los cambios fisiológicos comportamentales y subjetivos.

2.2 Diabetes

Vasco (2003), refiere que el nombre diabetes fue primeramente empleado para describir cualquier estado en el cual había un exceso de eliminación de orina y durante mucho tiempo se consideró como una enfermedad de los riñones. Cuando en 1775, Mattew Dobson, médico de Liverpool, demostró la presencia de azúcar en varios casos, se abrió el camino para una nueva concepción de la enfermedad y fue posible diferenciar la diabetes mellitus de la diabetes insípida, que como se sabe es un estado en el cual, aunque hay poliuria no existe azúcar en la orina. Al mismo tiempo, la teoría del orden renal de la diabetes mellitus fue gradualmente abandonada y en cambio varios observadores clínicos e investigadores la atribuyeron a una anormalidad del aparato digestivo. Cambios patológicos en el sistema nervioso, trastornos en las funciones del hígado, enfermedad del páncreas o falta de equilibrio entre las actividades de las glándulas de secreción interna.

Desde entonces, la oscuridad que reinaba alrededor de este mal fue salpicada por rayitos de luz que no sufrieron de la mente privilegiada de un hombre de ciencia, sino después de un largo proceso que surgió del acrecentamiento gradual.

Nadie por si solo consigue el éxito y son muchos los hombres de ciencia que contribuyeron para llegar a esa meta.

El conjunto de células llamadas islote de Langerhans en honor a su descubridor, habían sido ya aisladas en el año 1869, sin que se determinara su verdadera función.

Actualmente se sabe sin duda alguna, que la función de estas células es la de producir y derramar en la sangre insulina.

Cuando esas células se lesionan y no producen la cantidad de insulina suficiente nos encontramos frente a un sujeto que padece de diabetes.

Durante el periodo transcurrido desde 1898 a 1914, que se llamó la era de Naunyn en honor al gran investigador de ese nombre, el tratamiento consistió en someter

al paciente a una restricción de hidratos de carbono y azúcares pudiendo solo tomar una cantidad muy pequeña, siempre que no apareciese glucosa en la orina.

Con este mismo concepto se demostró que la reducción de calorías en la dieta podía ser muy beneficiosa y aconsejo alimentos pobres en hidratos de carbono y calorías. Posteriores descubrimientos experimentales y patológicos llevaron a considerar a la diabetes como una consecuencia regular de la pancreatitis, mientras que las simples glucosurias son estados en los cuales no está afectado el páncreas.

Desde el punto de vista de la medicina naturista, la presencia de azúcar en la sangre, sea debido a una dolencia declarada en los islotes de Langerhans o a un estado en el cual no está directamente afectado el páncreas. Tiene un solo tratamiento. Lo que se procura es la disminución de azúcar y se consigue de una sola manera: con una dieta adecuada.

La diabetes es una enfermedad en la cual la glucosa en la sangre es más alta que lo normal. La glucosa en la sangre alta se denomina hiperglicemia. La glucosa es un tipo de azúcar que proviene de los alimentos que contienen carbohidratos y se encuentra en la sangre. La glucosa se transporta a través de la sangre hasta todos los tejidos y órganos del cuerpo para utilizarse para brindar energía. La glucosa en la sangre no debe ser muy baja (hipoglicemia) ni demasiado alta (hiperglicemia). El cuerpo, en general, mantiene el nivel de glucosa en la sangre dentro de ciertos valores utilizando la glucosa almacenada a medida que se necesita o almacenando la glucosa cuando no se necesita. Normalmente el cuerpo controla los niveles de glucosa en la sangre utilizando una hormona denominada insulina. La insulina es liberada por el páncreas en respuesta a niveles elevados de glucosa en la sangre. Con diabetes, sin embargo, al cuerpo se le dificulta fabricar insulina o utilizarla. Por esta razón, los niveles de glucosa en la sangre aumentan y tiene lugar la hiperglicemia.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), considera la diabetes como una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no genera suficiente insulina o cuando el organismo no la puede utilizar eficazmente, es por eso que la diabetes es un trastorno metabólico crónico generalizado, que suele desarrollarse en individuos con predisposición hereditaria y se manifiesta en forma completa por debilidad, pérdida de peso, o dificultad de crecimiento hiperglicemia, acidosis y desintegración proteica que finalmente causan insuficiencia renal crónica, neuritis hipertensión arterial elevada, insuficiencia cardiaca crónica y congestiva.

Establecen que la diabetes mellitus es una enfermedad caracterizada por un desbalance en el metabolismo de los azúcares que trae como consecuencia el daño de los órganos fundamentales como; Los riñones, corazón, páncreas y vasos sanguíneos, ojos y pulmones.

La Diabetes Mellitus se clasifica en dos variables: Tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2). En el primer caso, la hiperglicemia se produce por la ausencia de insulina sérica consecutiva a la destrucción inmunitaria de las células del páncreas. En el caso de la DM2, su origen es multifactorial y se han identificado como sus causas tanto la disminución de secreción de insulina por parte de las células, como la resistencia del receptor de insulina y en la mayor parte de los casos se asocia a hiperinsulinemia. Además del trastorno en el metabolismo de carbohidratos, la diabetes también ocasiona alteraciones en lípidos y proteínas; y en un plazo variable, lesiones macro y micro vasculares, especialmente en ojos, riñón, nervios, corazón y vasos sanguíneos; que constituirán las principales complicaciones crónicas de esta enfermedad y que elevan la mortalidad de esta patología.

La diabetes es una enfermedad crónica que al enfrentarla constituye un reto importante en la vida del paciente afectado y en la cotidianidad de la experiencia familia. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir y suelen ser causales de estrés en el individuo.

2.2.1 Origen de la diabetes

Vasco (2003), refiere que, si la enfermedad tiene origen pancreático, las causas pueden ser varias, insuficiencia de producción insulinica por lesión en los islotes de Langerhans; esclerosis de las arterias del páncreas; infecciones; intoxicaciones.

En el primer caso es decir, cuando el mal aparece por que el número o la calidad de los islotes del páncreas disminuyen, es seguro que se debe a una enfermedad como la sífilis o el paludismo. También puede incluirse a la tuberculosis como una de las causas posibles de lesión insular pancreática.

La arteriosclerosis puede deberse también a cualquiera de las enfermedades citadas, como la obesidad. El endurecimiento de las arterias causa la proliferación del tejido conjuntivo y la destrucción de las células epiteliales.

Las infecciones pueden provenir de otras enfermedades como el tifus. Los gérmenes de la enfermedad se localizan en el páncreas y lo afectan, total o parcialmente, actuando ya sobre los islotes directamente o disminuyendo su capacidad.

Lo mismo puede decirse de las intoxicaciones causadas por agentes extraños como el alcohol, el tabaco, las drogas.

Según el Manual Merck de Información Médica General (1997), menciona la diabetes insípida de origen renal, los riñones producen un gran volumen de orina diluida, porque no logran responder a la hormona antidiurética y no son capaces de concentrar la orina, tanto la diabetes insípida como el tipo más conocido de diabetes, la diabetes mellitus conllevan la eliminación de grandes volúmenes de orina sin y tiene diferentes causas síntomas y tratamiento.

2.2.2 La sintomatología de la diabetes

Vasco (2003), explica que el mal de la diabetes se manifiesta con una serie de síntomas para la persona desprevenida con constituye precisamente un motivo de

alarma, hasta que se hace un descubrimiento casual o visitando el médico por una cosa y resulta otra.

Son varios los síntomas primarios que pueden manifestarse al principio, denunciando la existencia de la diabetes. La presencia de azúcar en la sangre, sea debida a diabetes sacarina (pancreática) o diabetes extra insular (por ej; hepática) se manifiesta siempre a más o menos con los mismos síntomas por lo cual al principio es difícil saber con certeza de que tipo de diabetes se trata.

Pero a los efectos de descubrir la enfermedad en sí, solo hace falta reconocer los síntomas que son varios y que pueden presentarse de una manera o de otra; quiere decir sin ningún orden, o alternativamente. Por lo cual no se debe tomar como definitiva la lista.

Dicha lista incluye:

Prurito (picazón); Forúnculos; Poliuria (orina); Polidipsia (sed); Polifagia (hambre); Arteriosclerosis (hormigueo); Vista; Sed de aire; Temperatura (excesivo frio o calor); y entre los síntomas subsecuentes al mal, debilidad nerviosidad, impotencia, etc.

La diabetes tipo 2 exhibe tres fases bien definidas: en primer término se presenta un estado de resistencia periférica a la insulina, asociado a cifras normales de glucemia, pues hay un incremento de la producción de esta hormona; en una etapa ulterior, a medida que la resistencia a la acción hormonal es más prominente, la hiperproducción de insulina no es suficiente para controlar las cifras de glucosa en sangre y en consecuencia aparece hiperglucemina postprandial. Por último, ocurre la insuficiencia de las células beta y disminuye la síntesis de insulina, de modo que aparece hiperglucemia en ayuno.

Salazar (2001), afirma que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 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 diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes regularmente suelen ser mayores de 30 años, inclusive son obesos y presentan relativamente pocos

síntomas clásicos. No tienen tendencia a cetoacidosis, excepto durante el periodo de estrés.

2.2.3 Causas de la diabetes mellitus tipo 2

Según el Manual Merck de Información General (1997), normalmente los riñones ajustan la concentración de orina de acuerdo con la necesidad del organismo, los riñones realizan este ajuste en relación con la concentración de hormona antidiurética presente en la sangre. La hormona antidiurética que segrega la glándula hipófisis, es la que envía señales a los riñones para conservar el agua y concentrar la orina, en la diabetes insípida de origen renal los riñones fallan al no responder a la señal, la diabetes puede ser hereditaria. El gen que causa el trastorno es recesivo y está contenido en el cromosoma X, de modo que sólo los hombres presentan síntomas, sin embargo, las mujeres portadoras del gen pueden transmitir la enfermedad a sus hijos. En otras personas la diabetes puede estar causada por ciertos fármacos que bloquean la acción de la hormona antidiurética como el litio. Por último, las concentraciones elevadas de calcio o bajas de potasio en la sangre también bloquean parcialmente la acción de la hormona antidiurética.

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

Según Salazar (2001), es una de las enfermedades crónicas 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 hipercolestorolemia e hipertiglicerridemia.

2.2.4 Síntomas de la diabetes mellitus tipo 2

Los síntomas consisten en

- Sed excesiva (polidipsia)
- Eliminación de grandes cantidades de orina diluida
- Hambre inusual (polifagia)
- Debilidad y cansancio (astenia)
- Pérdida de peso
- Irritabilidad y cambios de ánimo
- Sensación de malestar en el estómago y vómitos
- Infecciones frecuentes
- Vista nublada
- Cortaduras y rasguños que no se curan, o que se curan muy lentamente
- Picazón o entumecimiento en las manos o los pies
- Infecciones recurrentes en la piel, la encía o la vejiga
- Además, se encuentran niveles de azúcar en la sangre y en la orina.
- Vértigo
- Temblor de cuerpo
- Amnesia
- Sudoración
- Perdida del conocimiento
- Sensación de frio
- Palidez
- Mala coordinación
- convulsiones

Cuando la diabetes es hereditaria, los síntomas por lo general comienzan al poco tiempo del nacimiento. Puesto que los lactantes no pueden quejarse de sed, pueden deshidratarse de forma importante. Pueden presentar fiebre alta acompañada de vómitos y convulsiones, si la diabetes no se diagnosticó y no se trata con rapidez, se puede lesionar el cerebro, de modo que el lactante adquiera un retraso mental permanente, los episodios frecuentes de deshidratación también pueden retardar el desarrollo físico. Con un tratamiento adecuado sin embargo es

probable que un lactante que padece este trastorno tenga un desarrollo normal, las pruebas de laboratorio revelan altas concentraciones de sodio en la sangre y una orina muy diluida.

2.2.5 Síntomas psicológicos

Ganong (2006), indica que una extensa evidencia clínica y epidemiológica de que la diabetes mellitus tipo 2 se asocia con síntomas de ansiedad o depresión, la gran mayoría de síntomas de la diabetes mellitus tipo 2, tiene consecuencias psicológicamente peligrosas para el paciente debido a que la relación de pareja, puede afectar al igual que el círculo social en el cual se mueve. Entre los síntomas que traen problemas a paciente diabéticos, es la fatiga, teniendo pensamientos de inutilidad.

Velasco y Sinibaldi (2001), indican que los síntomas psicológicos más frecuentes son los siguientes:

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

2.2.6 Diabetes por alimentación defectuosa

Vasco (2003), sostiene que la alimentación defectuosa, errónea, contraproducente, excesiva, rica en condimentos, es una de las causas

fundamentales de la diabetes. Y hasta atrevería a decir que la propagación del mal en las ciudades, grandes o pequeñas tienen por origen dicha causa. Es en los grandes centros de la civilización y el progreso donde los hombres saciados en todo buscan nuevos medios de excitación e interés. De ahí nació la costumbre de condimentar en demasiadas comidas naturales, que, debido a dicha circunstancia, se han convertido en antinaturales.

No se tomará nuestra afirmación como tendenciosa, si se considera que son muy raros los casos de diabetes, entre pueblos poco desarrollados, entre dientes pobres, salvo en aquellos casos en que haya una lesión directa en el páncreas.

La alimentación juega un papel principal en la manifestación de la enfermedad y generalmente se muestra en personas obesas y maduras que durante buena parte de su vida se han regalado con festines platos ricos en especias y bebidas alcohólicas. En ellos se ven generalizadas las causas perturbadoras que al fin hacen crisis en diabetes declarada.

Los grandes gcurmets más propensos a adquirir la enfermedad son los descendientes de otros grandes sibaritas o los hijos de diabéticos que ya desde la cuna muestran debilidades congénitas del hígado el páncreas y el bazo.

Aun si no fuera precisamente tal el caso en algunas familias se acostumbran alimentar a los descendientes, desde la más tierna edad, con alimentos contraproducentes, antinaturales. Y como no puede menos de ocurrir llega el día en que se declara la diabetes, ya sea esta mellitus o extra insular.

La ingestión de grandes cantidades de hidrocarbonos de grasas y albuminas igualmente almacenadas con exceso, pasan directamente a la sangre y de ahí sobreviene la obesidad.

En algunos casos de diabetes, el páncreas y sus islotes Langerhans trabajan bien y normalmente, pero la acumulación de azúcares, grasas y albuminas es tal que toda la producción insulinica no alcanza a cubrir la demanda. En consecuencia, se manifiesta la diabetes.

2.2.7 La inactividad como causa de la diabetes

Vasco (2003), explica que no es necesario que la inactividad sea completa para que algunos órganos o ciertas glándulas dejen de trabajar con eficacia cuando existe momentánea o parcial paralización de la función física.

La constante actividad promueve a su vez el movimiento intenso de los órganos que pueden determinar la diabetes: el páncreas y el hígado. Una intensa irrigación sanguínea, la actividad muscular, el movimiento del líquido intercelular que no es el suero de la sangre, sino él facilita el movimiento continuo de las células por todo el organismo, la vibración nerviosa hace que dichas glándulas funcionen en adecuados términos distribuyendo salud y vigor.

2.2.8 El alcoholismo y la diabetes

Vasco (2003), refiere que una de las causas generadoras de la diabetes es sin duda el alcoholismo.

Sin embargo, no es preciso que se trate de un alcoholismo agudo. Bastará que una persona acostumbre beber cotidianamente sus buenos vasos de vino, ya acompañado de comidas ricas en hidratos de carbonos, grasas, albuminas y condimentos, ya como estimulantes en horas de trabajo y entre comidas para que se declare la enfermedad. Se ha demostrado asimismo que la causa de cirrosis hepática, por ejemplo, no proviene exclusivamente de la ingestión de licores fuertes como el whisky, coñac o aguardiente, si no de la costumbre inveterada de beber vino o cerveza todos los días. Está prolongada continuidad es la que afecta al hígado y provoca la cirrosis. De la misma manera puede afectar al páncreas y su delicado mecanismo causando la diabetes.

Por otra parte, quienes acostumbran a beber cerveza en grandes cantidades diarias o aquellas personas que no se sientan a la mesa sin su previo y habitual vermouth, están atentando contra su salud. Tarde o temprano aun si existen antecedentes hereditarios.

Nadie puede privarse de beber una media copa de vino en las comidas ya que ello es saludable y estimulante, pero el alcohol ingerido sin control es altamente dañino. Naturalmente, incluso el vino en las comidas deberá ser evitado por aquellas personas en quienes el mal ha hecho mella.

2.2.9 Los estados emocionales y la diabetes

Vasco (2003), explica que desde el día en que se descubrió que los estados emocionales, los disgustos emocionales, la cólera, la ansiedad, etcétera, así como los sentimientos, el efecto, el amor, el rencor, el odio, etcétera, afectan el buen funcionamiento de ciertos órganos que también afectaban otras glándulas, como el bazo y el páncreas. Esta creencia se transformó en certidumbre cuando por recientes investigaciones de los jugos salicales, hepáticos, intestinales y pancreáticos, se demostró fehacientemente su influencia en la existencia de ulceras gastrointestinales y aun en el cáncer.

Es natural que la diabetes se presente en casos de estados emocionales reiterados, cuando el páncreas se halla debilitado por deficiencia congénita. Se sabe que los órganos afectados por alguna razón como la anotada son menos resistentes a la sugestión de la enfermedad. En otros casos, por ejemplo el del hígado débil, la acidez de los jugos glandulares afectara al órgano menos fuerte.

2.2.10 La diabetes sifilítica

Vasco (2003), indica que se ha establecido anteriormente que la diabetes no presenta siempre una lesión anatómica específica. El mal parece cada vez que el páncreas adolece de fallas cualitativas o cuantitativas, cualquiera que sea el origen de tales fallas. En tal sentido puede afirmarse que la sífilis afecta por lesión directa o indirecta los islotes de Langerhans, provocando la diabetes.

La enfermedad así presentada, fue tratada por muchos especialistas médicos y en algunos casos hasta se llegó a la curación de la dolencia por el tratamiento específico de la sífilis. Sin embargo, no es en todos los casos, se habla de la

diabetes de origen sifilítico. Se puede lograr la curación de dicha enfermedad con solo el tratamiento específico.

En los casos de certidumbre sobre el origen sifilítico de la diabetes, se debe tratar ambas enfermedades al mismo tiempo. En la medicina naturista esto es más sencillo, pues el sistema curativo es idéntico en muchos aspectos. Pretender curar solo uno de los males, ignorando el otro resultaría sencillamente contraproducente. La sífilis en los casos de diabetes, por dicha enfermedad trae como consecuencia lesiones arteriales y esclerosis del páncreas. Atacando el mal original se puede regenerar el páncreas y su función, combatiendo la diabetes se hará más posible la desinfección de la sangre.

2.2.11 La tuberculosis

Vasco (2003), refiere que quienes se han ocupado de hallar una relación directa entre la diabetes y la tuberculosis han llegado a una conclusión que se puede ser tuberculoso por causa de diabetes y no diabético por causa de tuberculosis.

Sin embargo, no se cree que tal conclusión pueda ser definitiva. En casos agudos de infección pulmonar, el virus circulante con el torrente sanguíneo puede establecerse en el páncreas, provocando su alteración funcional y orgánica.

En cuyo caso sobrevendría la diabetes.

Por lo general se encuentra un elevado porcentaje de tuberculosos entre los diabéticos. Sin embargo, cuando el tratamiento de estos es completo, difícilmente se presenta la complicación pulmonar indicada. Para evitarlo, por supuesto, hará falta una comprensión cabal del peligro por parte del enfermo de este mal.

Tratar a un diabético sin complicaciones patológicas, es enteramente más fácil que tratar a otro que además sea tuberculoso. A veces resulta muy difícil establecer la presencia de la tuberculosis, porque los síntomas pueden atribuirse a consecuencias de la diabetes.

2.2.12 La insuficiencia cardíaca

Vasco (2003), explica que esta dolencia es más probable que sobrevenga luego de declarada la diabetes o puede ser también que hubiese existido antes de que se manifiéstese dicha enfermedad. Lo cierto es que la diabetes no puede originarse en ningún mal cardíaco o del aparato circulatorio.

En casos de insuficiencia cardíaca, el diabético debe ser tratado con los medios comunes recomendados para estos casos por la medicina naturista, especialmente la alimentación. En verdad, el tratamiento intensivo de la diabetes ayuda en mucho al cardiaco.

2.2.13 La presión arterial en los diabéticos

Vasco (2003), expone que, si la diabetes fue ignorada por mucho tiempo, su consecuencia es la aparición de hipertensión, desaparece cuando disminuye la glucemia y el enfermo se mantiene aglucosúrico.

Véase, pues cuanta importancia tiene que se baje el nivel de azúcar en la sangre, cosa que indudablemente se logra con un adecuado régimen alimentario y con la cura que ofrecemos en el capítulo correspondiente.

2.2.14 Otras enfermedades infecciosas

Vasco (2003), indica que cuando el organismo ha llegado a sufrir el ataque de una enfermedad infecciosa y ella no ha sido bien curada o se ha descuidado su adecuado tratamiento, suele quedar en el organismo un sedimento infeccioso que puede radicarse en cuales quiera de las importantes glándulas como el hígado, el bazo y el páncreas. De ocurrir esto en la última se producirá la diabetes porque la infección, habrá afectado en alguna manera a los islotes de Langerhans, disminuyendo su producción cualitativa o cuantitativamente.

Las enfermedades más conocidas que pueden afectar en tan sentido al páncreas son: infección en las vías biliares, sífilis y todas las enfermedades venéreas: fiebre amarilla, paludismo, tifus, cólera, bronconeumonía, septicemia, viruela, etcétera. Suele ocurrir que la enfermedad sea curada aun completamente, pero el virus puede haberse radicado en el páncreas, donde realizara una obra destructiva y solapada.

Por eso, en previsión de que el origen de la enfermedad sea ese en el tratamiento de diabetes, por medio de la medicina naturista se realiza previamente una labor de desinfección bien a fondo; lo que debe dar lugar si aún hay tiempo a una reacción favorable de la glándula afectada por el virus.

2.2.15 Diabetes mellitus en adultez media

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 consideran arbitraria, ya que no hay 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.

Papalía (2005), menciona 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 un deterioro cognitivo en la adultez tardía.

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 a sufrir alguna complicación en su salud, entre las dos más comunes están: La enfermedad cardíaca y osteoporosis, cáncer de mama, histerectomanía, entre otros.

Otras influencias que afectan a las personas de la edad adulta media son, el estrés que puede ser causado por muchos factores 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 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, ayuda a la persona a reconocer los posibles peligros a los que pueda 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 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.

2.3 Hombre

Kaufman (1989), indica que, en una sociedad dominada por los hombres, estos tienen ciertos privilegios. En comparación con las mujeres, tienen libertad de caminar por las calles de noche, están por tradición exentos del trabajo doméstico y en promedio disfrutan de salarios más altos, de mejores empleos y de más poder. Pero estas ventajas no explican por sí mismas la reproducción individual de

las relaciones de dominación masculina; es decir, por qué desde temprana edad cada hombre adopta la masculinidad.

La masculinidad se arraiga inconscientemente antes de los seis años, se refuerza durante el desarrollo del niño y estalla indudablemente en la adolescencia. El comentario de Beauvoir referente a que, en las niñas con la pubertad, no solo se aproxima el futuro, si no que se establece en sus cuerpos y asume la más concreta realidad, se aplica igualmente en los niños.

La masculinidad se define de manera precisa, especialmente durante la adolescencia del individuo. La norma masculina tiene matices y peculiaridades particulares que dependen de factores de clase, nacionalidad, raza, religión y etnicidad que, dentro de cada grupo, se manifiesta de manera singular.

La masculinidad es poder, pero es también terriblemente frágil porque, contrario a lo que hemos sido inducidos a creer, no existe como una realidad biológica que llevan los hombres dentro de sí. La masculinidad existe como ideología, como conducta codificada; existe en el marco de relaciones de género. Pero en definitiva no es más que una institución social con una relación insustancial con la hombría y el sexo biológico, sus supuestos sinónimos. El niño no sabe diferenciar entre sexo, y género y para el ser hombre es ser lo que el percibe como masculino. El niño es el futuro hombre. No ser masculino es carecer de sexo, es ser castrado.

La tensión entre la hombría y la masculinidad es intensa, debido a que la masculinidad requiere la represión de una amplia gama de necesidades, sentimientos y formas de expresión humanas. La masculinidad es la mitad de la estructura limitada y reprimida de la psiquis humana adulta.

Aunque la Hombría y la masculinidad son sumamente valoradas, los hombres se sienten consciente o inconscientemente inseguros de su propia hombría o masculinidad. Cuando se les incita a expresar sus sentimientos como es caso en

grupos de apoyo y terapia, resulta evidente que abrigan dudas acerca de sus credenciales masculinas.

Pensemos solamente en la ansiedad que provoca el pene, ese cetro incomparable, símbolo de patriarcado y de poder masculino. Aun pequeño, el conscientemente, espantosas fantasías de castración. El niño nota que las personas que carecen de pene son las que tienen menos poder. Un niño de cuatro años que ignora el poder de la publicidad, el estado, la educación, los patrones de interacción psicológica, la paga desigual, el acosamiento sexual y la violación.

2.4 Mujeres

Lagarde (2005), expone que la condición de la mujer es una creación histórica, cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico. Es histórica en tanto que es diferente a natural, opuesta a la llamada naturaleza femenina, es decir al conjunto de cualidades y características atribuidas a las mujeres, desde formas de comportamiento, actitudes, capacidades intelectuales y físicas, hasta su lugar en las relaciones económicas y sociales y la opresión que las someta, cuyo origen y dialéctica escapan a la historia y pertenecen para la mitad de la humanidad a determinaciones biológicas congénitas ligadas al sexo.

Se refiere al género femenino y a su condición histórica; expresa el nivel de síntesis más abstracto, su contenido es el ser social genérico. Cuando se usa la voz la mujer se alude al grupo sociocultural de las mujeres.

Lo esencial a las mujeres en las más diversas sociedades, es que el eje de la vida social, de la feminidad y de la identidad femenina es la sexualidad para otros. Una sexualidad reproductora de los otros escindida y antagonizada en sexualidad procreadora y sexualidad erótica. La mujer con su vida social, como hecho de cultura de vida a los otros, los reproduce y lo recrea.

En la cultura patriarcal, la mujer se define por su sexualidad frente al hombre que se define por el trabajo. Además, se confina la sexualidad en el ámbito de la naturaleza, como una esencia más allá del hacer de la mujer. Habría que decir que la sexualidad es también cultural y es junto al trabajo y a otras formas de creación, uno de los espacios privilegiados a partir de los cuales la mujer se separa de la naturaleza. La sexualidad femenina como hecho natural y el trabajo masculino como hecho social y cultural, son hitos de actividad humana diferenciados, que al unísono caracterizan, en la ideología dominante, la humanización diferencial de la especie.

CAPÍTULO III
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existirá alguna diferencia de ansiedad en hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2?

3.1 Justificación

A lo largo de la vida el ser humano experimenta diferentes situaciones ambientales, físicas y psicológicas, las cuales debe ir afrontando. Entre ellas podemos mencionar la ansiedad.

La diabetes mellitus tipo 2, es un asunto de preocupación en salud pública. Su impacto físico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que lo padecen; ya que es una enfermedad degenerativa por la que se ve afectado el área familiar y laboral.

La ansiedad es de las enfermedades psicológicas que se ve frecuentemente en los pacientes diabéticos, los síntomas de dicha enfermedad les provocan a estos pacientes la necesidad de estar y sentirse bien, haciendo que pierdan el control de sus emociones y pensamientos, no descartando los efectos secundarios que presentan a causa de los medicamentos. Por la que me insta a investigar a fondo los niveles de ansiedad que representan, con el objetivo de mostrar la necesidad de ayuda profesional que requieren los pacientes diabéticos que no pueden controlarse emocionalmente, con el propósito de mejorar la calidad de vida emocional para el paciente y para los familiares que lo rodean.

Es importante que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que muestren ansiedad reciban terapia psicológica, se hará la investigación para ver que género tiene el mayor alcance en dicho trastorno. Es importante que los familiares estén presentes durante el proceso terapéutico, ya que son ellos los que conviven con estos pacientes.

En la actualidad ya contamos con centros especiales para nuestros pacientes diabéticos en el departamento de Jutiapa.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Determinar el nivel de ansiedad que muestran las personas con diabetes mellitus tipo 2 en hombres y mujeres.

3.2.2 Objetivos específicos

- Aplicar la prueba inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE)
- Identificar que género presenta mayor ansiedad al desarrollar diabetes mellitus tipo 2.
- Determinar cuáles son los niveles de ansiedad fisiológica que presentan los sujetos del estudio.

3.3 Hipótesis de investigación

Hi: Existe una diferencia estadísticamente significativa del 0.05% en ansiedad rasgo cuando se compara hombres y mujeres que desarrollan diabetes en la adultez.

Ho: No Existe una diferencia estadísticamente significativa del 0.05% en ansiedad rasgo cuando se compara hombres y mujeres que desarrollan diabetes en la adultez.

Hi1: Existe una diferencia estadísticamente significativa del 0.05% en ansiedad estado cuando se compara hombres y mujeres que desarrollan diabetes en la adultez.

Ho1: No Existe una diferencia estadísticamente significativa del 0.05% en ansiedad estado cuando se compara hombres y mujeres que desarrollan diabetes en la adultez.

3.4 Variables

3.4.1 Variable dependiente

Ansiedad

3.4.2 Variables independientes

- Diabetes mellitus tipo 2
- Hombres
- Mujeres

3.4.3 Definición conceptual de variable

Variable dependiente

- **Ansiedad**

  Tobal (1996), la ansiedad tiende a ser concebida actualmente como una reacción emocional, ante la percepción de un peligro o amenaza, que se manifiesta mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor que pueden actuar con una cierta independencia. Esto implica que las personas al reaccionar de forma ansiosa, pueden activar en mayor o menor grado cada uno de estos sistemas. Cuando se emplean términos como nerviosismo, inquietud, inseguridad, angustia, tensión, miedo o temor, está haciendo referencia a la experiencia de ansiedad.

Variable independiente

- **Diabetes mellitus tipo 2**

  Vasco (2003), El nombre diabetes fue primeramente empleado para describir cualquier estado en el cual había un exceso de eliminación de orina y durante mucho tiempo se consideró como una enfermedad de los riñones. La teoría del orden renal de la diabetes mellitus fue gradualmente abandonada y en cambio varios observadores clínicos e investigadores la atribuyeron a una anormalidad del aparato digestivo, cambios patológicos

en el sistema nervioso, trastornos en las funciones del hígado, enfermedad del páncreas o falta de equilibrio entre las actividades de las glándulas de secreción interna.

- **Hombres**

Kaufman (1989), designa biológicamente al macho de la especie humana, mientras es incorrecto el uso de la palabra hombre para referirse al varón, ya que esta identifica al ser humano en general tanto varones como mujeres. La palabra hombre tiene un mayor abanico de conceptos y por lo mismo la palabra varón se usa cuando quiere hacer una distinción sexual con la mujer.

- **Mujeres**

Lagarde (2005), define que es el ser humano femenino o hembra. Mujer también remite a distinciones de género de carácter cultural y social que se le atribuyen, así como a las diferencias sexuales y biológicas de la hembra en la especie humana frente al macho. Cuenta con aspectos físicos que la diferencian del varón de la especie como voz más aguda, cintura más estrecha, cadera más ancha y pelvis más amplia, menos vello corporal, menos masa muscular y más tejido adiposo, mamas más grandes y estrechas y menor estatura comparada con el varón.

3.4.4 Definición operacional de variables

Dependiente

- **Ansiedad**

Se medirá a través del inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE).

Independiente

- **Diabetes mellitus tipo 2, hombres y mujeres**

Estos datos se determinarán a través de información de la prueba psicométrica aplicada.

3.5 Alcances y límites

- **Ámbito geográfico:** cabecera departamental de Jutiapa.
- **Ámbito institucional:** Clínica del Diabético Hospital Nacional de Jutiapa.
- **Ámbito personal:** 25 hombres y 25 mujeres diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, en edades comprendidas entre 45 a 60 años.
- **Ámbito temático:** ansiedad: estudio comparativo en hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2.
- **Ámbito temporal:** inicia en el mes de enero del 2018 para finalizar en septiembre del 2018.

3.6. Aportes

- Se contribuirá con la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala, en la actualización teórica de las manifestaciones de ansiedad que reflejan los pacientes de edad media.
- A las personas con ansiedad a causa de la diabetes mellitus tipo 2 y a la población como aporte, en general tiene como beneficio brindar información, la cual contribuirá a hacer conciencia sobre los síntomas que presenta dicha enfermedad, para poder trabajar con el tratamiento adecuado, y de esta manera que el paciente logre obtener una vida plena.
- Sirve como antecedente para futuras investigaciones.

CAPÍTULO IV
MÉTODO

4.1 Sujetos

Para esta investigación, la muestra fue formada por 50 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que asisten de manera voluntaria a escuchar charlas de educación en diabetes y cuidado de la salud, organizadas en la clínica del diabético del Hospital Nacional de Jutiapa. La muestra quedó conformada por 50 pacientes, con edades que fluctúan entre los 45 a 60 años de edad, dividiéndose entre 25 hombres y 25 mujeres. Se utilizó el muestreo por conveniencia, es una técnica no pirobalística donde los sujetos fueron seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador, se eligió ya que es rápida barata fácil y sobre todo los sujetos están disponibles.

4.2 Instrumento

Para medir la variable ansiedad rasgo se utilizó el inventario de ansiedad: Rasgo Estado IDARE. El cual fue elaborado por Spielberger, Gorsuch y lushene en 1970 y publicada al español Spielberger, Martinez-Urrutia, Gonzales-Reigosa, Natacilio y Dias-Guerrero en 1975. Esta prueba tiene el objetivo de investigar los fenómenos de ansiedad en sujetos adultos mediante una escala que mide 2 dimensiones: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con materiales como papel y lápiz. No tiene tiempo límite. Generalmente se requiere de un promedio de 15 minutos para la aplicación de ambas escalas.

Spielberger & Díaz Guerrero (1975), refiere que la confiabilidad para la misma escala fue determinada por el método test retest, en una muestra de 253 hombres y 231 mujeres, estudiantes de la Universidad Estatal de Florida, en el que se obtuvo altas correlaciones que varían entre 0.73 y 0.86 en intervalos de una hora, veinte días y 104 días.

Spielberger, & Díaz Guerrero (1975), expone que los análisis de validez para la escala de ansiedad, rasgo se realizaron a partir de correlaciones con otras medidas de ansiedad, rasgo en estudiantes universitarios y pacientes neuropsiquiàtricos con el IPAT de Catter y Schein (1963); TMAS de Taylor (1963) y la lista de estados afectivos AACL de Zuckerman (1960); arrojando una validez concurrente moderadamente alta que varía entre 0.52 y 0.83

4.3 Procedimientos

- Presentación a la decanatura de la facultad de psicología para la autorización del anteproyecto de tesis.
- Selección del tema.
- Elaboración del prediseño de investigación.
- Investigación en las diferentes bibliotecas nacionales e internacionales por medio de internet sobre los antecedentes nacionales e internacionales relacionados con el tema de investigación.
- Recopilación de la información para desarrollar el marco teórico.
- Determinar el problema.
- Establecer el marco metodológico.
- Aplicación del test IDARE Inventario Ansiedad Rasgo Estado. A los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Corrección de las pruebas para obtención de los resultados.
- Análisis de diferencia de medias por medio del procedimiento t de student.
- Interpretación y análisis de los resultados de cada grupo de estudio.
- Realización de conclusiones y recomendaciones tomando como base los resultados obtenidos.
- Elaboración de informe final.

4.4 Diseño de investigación

Pavón (2010), indica que los estudios descriptivos implican la recopilación y presentación sistemática de datos para dar una idea clara de una determinada situación.

De éstos tenemos:

1. Revisión de casos
2. Encuestas descriptivas o representativas

Se diseñan para cuantificar la distribución de determinadas variables en una población objeto de estudio, en un momento determinado.

Estas encuestas pueden abarcar:

- Características físicas de personas, materiales o del medio ambiente.
- Características socioeconómicas tales como edad, educación, estado civil, ingresos.
- El comportamiento de la gente y los conocimientos, actitudes, creencias y opiniones que pueden ayudar a explicar dicho comportamiento.
- Acontecimientos presentes en la población.

Pavón (2010), expone que los Estudios comparativos se intentan establecer las causas o factores de riesgo de determinados problemas.

Esto se hace comparando dos o más grupos, algunos de los cuales experimentan o están a punto de experimentar el problema y otros a los que no afecta.

Los tres tipos de estudios comparativos más comunes son:

1. Encuestas comparativas representativas.
2. Estudios de casos y controles.
3. Estudios de cohorte.

4.5 Metodología estadística

Para el siguiente trabajo se obtuvieron los datos por medio de la T de student, prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí, de manera significativa respecto a sus medias en una variable.

Sampieri, Fernandez y Baptista (2010), explican que la prueba T se utiliza para comparar los resultados de una preprueba con los resultados de una posprueba en un contexto experimental. Se comparan las medias y las varianzas del grupo en dos momentos diferentes. O bien, para comparar las prepruebas o pospruebas de dos grupos que participan en un experimento.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se presenta un análisis para comprobar si existe diferencia significativa entre hombres y mujeres de 45 a 60 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 que presenten ansiedad.

Cuadro No.1 Ansiedad Estado

Sujetos	**Muestra**	**Media**	**Valor de t**	**Valor crítico de t**	**Aceptación de hipótesis**
Mujeres con diabetes mellitus tipo 2.	25	55.68	-0.12	1.71	Ho_1
Hombres con diabetes mellitus tipo 2.	25	55.28			

Fuente. IDARE

Interpretación: No existe una diferencia significativa del 0.05% cuando se compara la ansiedad en hombres y mujeres de 45 a 60 años de edad con diabetes mellitus tipo 2, ya que el valor de t (-0.12) es menor que el valor critico de t (1.71) por lo que se acepta la hipótesis nula Ho.

Cuadro No.2 Ansiedad Rasgo

Sujetos	**Muestra**	**Media**	**Valor de t**	**Valor crítico de t**	**Aceptación de hipótesis**
Mujeres con diabetes mellitus tipo 2.	25	64.84	-0.28	1.71	Ho_1
Hombres con diabetes mellitus tipo 2.	25	63.52			

Fuente. IDARE

Interpretación: No existe una diferencia significativa del 0.05% cuando se compara la ansiedad en hombres y mujeres de 45 a 60 años de edad con diabetes mellitus tipo 2, ya que el valor de t (-0.28) es menor que el valor critico de t (1.71) por lo que se acepta la hipótesis nula Ho1.

CAPÍTULO VI
DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo de este estudio fue comprobar el nivel de ansiedad que muestran las personas con diabetes mellitus tipo 2 en hombres y mujeres, para luego poder compararla y determinar si existe alguna diferencia significativa al nivel 0.05%; para el mismo se utilizó el instrumento de Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE). La muestra fue de 25 hombres con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de 45 a 60 años, de nivel socioeconómico medio y 25 mujeres con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de 45 a 60 años, de nivel socioeconómico medio.

Luego de haber aplicado la prueba correspondiente a la muestra estudiada, se determinó que, en la escala de ansiedad estado, donde se evalúa la condición o estado emocional transitorio del organismo humano, no existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a hombres y mujeres, se obtuvo el resultado de la t con el valor de -0.12; siendo menor al valor critico de 1.71, por lo tanto se acepta la hipótesis nula Ho1 de esta investigación. Así mismo se determinó que la media que corresponde al grupo de mujeres con diabetes mellitus tipo 2, que presentan ansiedad estado es de 55.68 mientras que la media de hombres con diabetes mellitus tipo 2 que presentan ansiedad estado es de 55.28 siendo un dato muy similar no se puede determinar una diferencia significativa entre ambos.

Así mismo, se evaluó la escala de ansiedad rasgo, con el fin de estudiar la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado, donde no existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a hombres y mujeres, se obtuvo el resultado de la t con el valor de -0.28; siendo menor al valor critico de 1.71, por lo tanto se acepta la hipótesis nula Ho1 de esta investigación. Se determinó que la media que corresponde al grupo de mujeres con diabetes mellitus tipo 2, que presentan ansiedad rasgo es de 64.84 mientras que la media de hombres con

diabetes mellitus tipo 2 que presentan ansiedad rasgo es de 64.52 siendo un dato muy similar no se puede determinar una diferencia significativa entre ambos.

Según la escala de ansiedad estado, 14 de 25 mujeres y 14 de 25 hombres presentan un nivel de ansiedad media; 11 de 25 mujeres y 11 de 25 hombres se encontraron en un nivel de ansiedad alta.

En la escala de ansiedad rasgo, 9 de 25 mujeres y 12 de 25 hombres presentan un nivel de ansiedad media; 16 de 25 mujeres y 13 de 25 hombres se encontraron en un nivel de ansiedad alto.

Respecto a los antecedentes citados se mencionan a:

Los resultados son similares a los de Castillo (2011), quien se interesó por la ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al club del diabético del hospital universitario de Motupe. La similitud radica en que ambos autores determinaron que la diabetes mellitus tipo 2 tiene mayor incidencia con las personas de adultez media.

Los resultados muestran diferencia a los de Moreno y Velasquez (2012), quienes se interesaron por la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes ellitus tipo 2, en comparación con un grupo de control en el hospital Manuel Núñez Tovar. Maturín, Estado Monagas. En el segundo trimestre de 2012. La diferencia se muestra en que Moreno y Velasquez concluyen que el género femenino fue el más afectado con ansiedad en el grupo DM2 en relación con el grupo de control, con asociaciones estadísticas significativas.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

1. No se encontró diferencia estadísticamente significativa del 0.05% en ansiedad estado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, al compararlo entre hombres y mujeres.

2. No se encontró diferencia estadísticamente significativa del 0.05% en ansiedad rasgo, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, al compararlo entre hombres y mujeres.

3. Los pacientes del Hospital Nacional de Jutiapa, diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 a los que se le aplicó la prueba de investigación, presentan niveles medio y alto de ansiedad en las escalas rasgo y estado.

4. En el estudio de investigación ninguno de los pacientes presento un nivel de ansiedad bajo, en ambas escalas.

5. Según la escala de ansiedad estado, el 56% de las mujeres y 56% de los hombres presentan un nivel de ansiedad media; el 44% de 25 mujeres y 44% de hombres se encontraron en un nivel de ansiedad alta.

6. Así mismo en la escala de ansiedad rasgo, el 36% de mujeres y 48% de hombres presentan un nivel de ansiedad media; 64% de mujeres y 52% de hombres se encontraron en un nivel de ansiedad alto.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 asistir a las actividades físicas que realizan en la clínica del diabético del Hospital Nacional de Jutiapa, con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad que presentan.

2. Implementar terapia familiar, para brindar información sobre la enfermedad del paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, comprendiendo las manifestaciones ansiosas que puede presentar el paciente.

3. Se recomienda a los pacientes ser disciplinados con su guía alimenticia.

4. A la institución se le recomienda incrementar terapias psicológicas en la clínica del diabético, para poder mantener una estabilidad emocional en los pacientes con diabetes.

5. Se recomienda a la Clínica del Diabético en el Hospital Nacional de Jutiapa desarrollar talleres ocupacionales, con el propósito de poner en práctica las habilidades que cada paciente pueda presentar.

BIBLIOGRAFÍA

Libros.

Beer y Porter (1997), *Manual Merck de información médica general*. Barcelona: Editorial MMX Océano.

Catell, Scheier (1961), *The Meaning and Measurement of neuroticism and Anxiety.* New York: Ronald Press

Corral, E. Echeberúa, E. Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995), *Trastornos de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales.* Fundación Paideia.

Echeburúa, E. (1993), *Ansiedad crónica, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: EUDEMA, S.A.

Fernandez, Palmero, F. (1999), *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel, S.A.

Ganong, W. (2006), *Fisiología médica.* Vigésima edición. México: editorial el Manual Moderno, S.A.

Husain, A. Jack, D. (1985), *Anxiety and the anxiety disorder.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Infante, A. (1983*), Diabéticos*. España: EDICIONES GENERALES ANAYA, S.A.

Kaufman, M. (1989), *Hombres, placer, poder y cambio*. Santo Domingo, República Dominicana: Editora Taller, Republica Dominicana.

Lagarde, M (2005), *Los cautiverios de las mujeres.* Coyoacán, Mexico, D. F.: Impreso y hecho en Mexico.

Madrid, J. (2002), *Libro practico de diabetes*. Bogotá, Colombia: Planeta colombiano S.A.

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

Moreno, P. Martín, J (2004), *Dominar la crisis de Ansiedad.* España: DESCLEE DE BROUWER, S.A.

Organización Mundial de la Salud (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra: OMS

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

Papalia, D. Olds, S. Feldman, R. (1992), *Desarrollo humano (4ta. Edición*). México, D.F.: McGraw – Hill

Papalia, D. Olds, S. Feldman, R (2005), *Desarrollo humano (9na. Edición)* .México, D.F.: McGraw – Hill

Papalia, E. (2009), *Desarrollo Humano*. México: Mcgraw – Hill interamericana.

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

Sampieri, R. Fernandez, C. y Baptista, P. (2010), *Metodología de la investigación.* Mexico, D.F. Editora Interamericana S.A. de C.V.

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

Spielberger, Ch. & Díaz Guerrero, R (1975), *Manual Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado.* México: Manual Moderno S.A.

Tobal, J. (1996), *La Ansiedad.* Madrid: Santillana, S.A.

Vasco, M. (2003), *La diabetes*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: GIDES.

Velasco, Sinibaldi (2001), *Manejo del Enfermo Crónico y su Familia.* México: Manual Moderno.

Tesis

Barrios, M (2005), Manejo *del estrés y la ansiedad de un grupo de pacientes diabéticos en un abordaje cognitivo conductual. Tesis de Grado.* Universidad Nacional de Panamá.

Castillo, Y (2011), *La diabetes mellitus tipo 2 y su relación en la ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al club de diabéticos del hospital*

universitario de MOTUPE. Abril-Octubre 2011. Tesis de grado. Universidad Nacional De Loja - Ecuador.

Castillo, D (2015), *Manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en la edad adulta media.* Tesis de grado. Universidad Rafael Landívar de Guatemala

Constantino, A. Bocanegra, M (2013), *Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaca Asenjo del año 2011.*Tesis de Grado. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chinclayo Perú.

Lostaunau, A. (2013), Ansiedad rasgo y recursos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo II. Tesis de Grado. Pontifica Universidad católica del Perú.

Moreno, V. Velasquez, M (2012), *Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en comparación con un grupo control. Hospital "Manuel Nuñez Tovar" Maturin, Estado Monagas.* Universidad de Oriente, Venezuela.

Pesántez, J. Suquinagua, A. (2016), Prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el control glucémico, en la consulta externa del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, en el periodo de Marzo – Agosto 2016. Universidad de Cuenca, Ecuador.

Egrafía

Pavon, P. (2010), *Metodología de la investigación II.* Recuperado de http://sapp.uv.mx/univirtual/especialidadesmedicas/mi2/modulo1/docs/Dise%C3%B1osde...pdf Xalapa

ANEXO

IDARE
MP
26-1
Inventario de
Ansiedad: Rasgo-Estado
Manual
e Instructivo
Manual Moderno
C. D. Spielberger
R. Díaz-Guerrero