



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO**

TEMA:

“PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL
GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA PERIODO JUNIO - NOVIEMBRE
2016”

AUTORES:

JAIRO ANIBAL PONCE RIOS

DARWIN IVAN RUIZ NARANJO

TUTORA: DRA. ISABEL CANDO

RIOBAMBA - ECUADOR

2016

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación de título:

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA PERIODO JUNIO - NOVIEMBRE 2016: presentada por Jairo Aníbal Ponce Rios y Darwin Ivan Ruiz Naranjo y dirigida por: Dra. Isabel Cando,

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite el presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Mgs. Ramiro Torres

Presidente del tribunal



Firma

Dra. Isabel Cando

Tutora de Tesis



Firma

Ps. Cl. Gonzalo Erazo

Miembro del tribunal



Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICADO

Se certifica que los Señores Ponce Ríos Jairo Aníbal con C.I. 060357970-7 y Ruiz Naranjo Darwin Ivan con C.I. 060464917-8, EGRESADOS DE LA Carrera de Psicología Clínica, revisado el informe final del Proyecto de Investigación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se encuentran aptos para la presentarse a la defensa pública de su tema de Tesis: "PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA, PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE 2016"

Riobamba, 16 de noviembre de 2016

DRA.- ISABEL CANDO

TUTORA

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a Jairo Aníbal Ponce Ríos, Darwin Ivan Ruiz Naranjo y la Doctora Isabel Cando; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



.....
JAIRO ANIBAL PONCE RIOS

060357970-7



.....
DARWIN IVAN RUIZ NARANAJO

060464917-8

AGRADECIMIENTO

Agradezco a las autoridades, profesores de la UNACH, así como a tan distinguidos profesionales de la salud del Hospital General Docente de Riobamba quienes con su conocimiento fueron promotores fundamentales para que este trabajo investigativo interesante como laborioso pueda salir adelante.

Jairo Anibal Ponce Rios

Agradezco a toda mi familia que siempre me apoyado, por su ejemplo y consejos he podido salir adelante y a todas las personas que me estuvieron apoyando en este arduo camino y de igual manera a la Universidad nacional de Chimborazo por brindarme su educación.

Darwin Ivan Ruiz Naranjo

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a toda mi familia, principalmente a mi madre que ha sido la base de mi educación, formación como persona, por brindarme la confianza, consejos y recursos para lograrlo, a mi tía y abuelita por estar siempre presente en esos momentos difíciles brindándome su amor, paciencia y comprensión que han sido motivación para mi día a día.

Jairo Anibal Ponce Ríos

Este trabajo está dedicado de la misma manera a todas las personas que supieron apoyarme y tenerme paciencia a lo largo de mi formación profesional. Un agradecimiento especial al Hospital Provincial General Docente de Riobamba que nos abrieron sus puertas para poder realizar esta investigación.

Darwin Ivan Ruiz Naranjo

ÍNDICE GENERAL

| | |
|-----------------------------|-----|
| AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL | ii |
| AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| DEDICATORIA | v |
| ÍNDICE GENERAL | vi |
| ÍNDICE DE TABLAS | ix |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | ix |
| RESUMEN | x |
| ABSTRACT | xi |
| INTRODUCCIÓN | 1 |

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

| | | |
|--------|---|---|
| 1.1. | El problema de investigación | 4 |
| 1.2. | Problematización del problema | 4 |
| 1.3. | Formulación del problema | 6 |
| 1.4. | Preguntas directrices o problemas derivados | 6 |
| 1.5. | OBJETIVOS | 7 |
| 1.5.1. | Objetivo general | 7 |
| 1.5.2. | Objetivos específicos | 7 |
| 1.6. | JUSTIFICACIÓN | 7 |

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

| | | |
|----------|---|----|
| 2.1. | ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 10 |
| 2.2. | FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA | 11 |
| 2.2.1. | PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS | 11 |
| 2.2.1.1. | Introducción | 11 |
| 2.2.1.2. | Definición | 12 |
| 2.2.1.3. | Elementos de los pensamientos automáticos | 13 |
| 2.2.1.4. | Características de los pensamientos automáticos | 14 |

| | | |
|------------|--|----|
| 2.2.1.4.1. | Pensamientos automáticos positivos | 15 |
| 2.2.1.4.2. | Pensamientos automáticos negativos | 15 |
| 2.2.1.5. | TIPOS DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS | 16 |
| 2.2.2. | CALIDAD DE VIDA | 23 |
| 2.2.2.1. | Introducción | 23 |
| 2.2.2.2. | Definición | 24 |
| 2.2.2.3. | Salud, enfermedad y calidad de vida | 25 |
| 2.2.2.4. | PERFIL DE CALIDAD DE VIDA | 27 |
| 2.2.3. | PIE DIABÉTICO | 32 |
| 2.2.3.1. | Definición | 32 |
| 2.2.3.2. | Etiología | 33 |
| 2.2.3.3. | Síntomas | 33 |
| 2.2.3.4. | Tratamiento | 34 |
| 2.2.3.5. | Complicaciones | 35 |
| 2.2.3.6. | Calidad de vida en pacientes con pie diabético | 35 |
| 2.2.4. | Estrategias de intervención psicológica para pacientes con pie diabético | 37 |
| 2.2.4.1. | Terapia Individual | 37 |
| 2.2.4.2. | Terapia Grupal | 39 |
| 2.2.4.3. | Terapia Familiar | 39 |
| 2.3. | HIPÓTESIS | 39 |
| 2.4. | VARIABLES | 40 |
| 2.4.1. | Variable Independiente | 40 |
| 2.4.2. | Variable Dependiente | 40 |
| 2.5. | DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS | 41 |

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

| | | |
|------|--|----|
| 3.1. | DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 44 |
| 3.2. | TIPO DE INVESTIGACIÓN | 44 |
| 3.3. | NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN | 44 |
| 3.4. | POBLACIÓN Y MUESTRA | 45 |
| 3.5. | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE | |

| | | |
|--------|---|----|
| | DATOS | 45 |
| 3.5.1. | Técnicas | 45 |
| 3.5.2 | Instrumentos | 46 |
| 3.6. | TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS | 47 |

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

| | | |
|------|---|----|
| 4.1. | Análisis e interpretación de resultados del inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan. | 49 |
| 4.2. | Análisis e interpretación de resultados de la escala GENCAT del perfil de calidad de vida. | 51 |
| 4.3. | Análisis e interpretación de resultados de las sub escalas GENCAT del perfil de calidad de vida. | 53 |
| 4.4. | Análisis e interpretación de resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan con la escala GENCAT de calidad de vida. | 55 |

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | | |
|------|-----------------|----|
| 5.1 | CONCLUSIONES | 58 |
| 5.2. | RECOMENDACIONES | 59 |
| 5.3. | BIBLIOGRAFÍA | 60 |
| | ANEXOS | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|------------|---|----|
| Tabla N° 1 | Tipos de pensamientos automáticos por sexo en pacientes con pie diabético del H.P.G.D.R. | 49 |
| Tabla N° 2 | Perfil de calidad de vida de los pacientes con pie diabético. | 51 |
| Tabla N° 3 | Sub escalas más afectadas del perfil de calidad de vida. | 53 |
| Tabla N° 4 | Pensamientos automáticos y Sub escalas afectadas de perfil de calidad de vida en pacientes con pie diabético. | 55 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | | |
|--------------|---|----|
| GRÁFICO N° 1 | Tipos de pensamientos automáticos por sexo en pacientes con pie diabético del H.P.G.D.R. | 49 |
| GRÁFICO N° 2 | Perfil de calidad de vida de los pacientes con pie diabético. | 51 |
| GRÁFICO N° 3 | Sub escalas más afectadas del perfil de calidad de vida. | 53 |
| GRÁFICO N° 4 | Pensamientos automáticos y Sub escalas afectadas de perfil de calidad de vida en pacientes con pie diabético. | 55 |

RESUMEN

La presente investigación con el tema “Pensamientos automáticos y calidad de vida de los pacientes con pie diabético se realizó en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, período Junio – Noviembre 2016”, tuvo como objetivo determinar que pensamientos automáticos influyen en la calidad de vida. La población fue de 80 pacientes con pie diabético y la muestra de 20 pacientes con pie diabético, que se seleccionaron bajo los criterios de inclusión y exclusión. Se desarrolló con la rigurosidad del método científico, el diseño fue cuantitativo y no experimental, el tipo de estudio: de campo, documental y transversal y el nivel de la investigación descriptivo. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: “Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan)” y la “Escala GENTAC de calidad de vida”. El análisis de los resultados se los realizó mediante la estadística básica en el programa Excel y los resultados se representado a través de tablas y gráficas para posteriormente llegar a conclusiones y recomendaciones. Entre algunos de los resultados obtenidos fueron: Que los pensamientos automáticos en las personas con diagnóstico con pie diabético son: “Falacia de recompensa divina” con 45%, “Etiquetas globales” con 25%, mientras en la escala GENCAT de calidad de vida, se obtuvo: Bienestar Físico con 45%, Bienestar Material con 30. Posterior al análisis e interpretación de los resultados obtenidos, se plantearon estrategias de intervención psicológica, para controlar y modificar los pensamientos automáticos negativos y mejorar la calidad de vida de los pacientes con pie diabético.

ABSTRACT

This research, "Automatic thoughts and quality of life of patients with diabetic foot was carried out in the General Teaching Hospital of Riobamba, period June-November 2016". It aimed to determine what automatic thoughts influence the quality of life. The population was 80 patients with diabetic foot and the sample of 20 patients with diabetic foot. The selection process was carried out through the inclusion and exclusion criteria. It was developed with rigorous scientific method. The design was quantitative and non-experimental, the type of study: field, documentary and transversal; it was a descriptive research. The data collection instruments used were: "Inventory of automatic thoughts (Ruiz and Lujan)" and the "GENTAC quality of life scale". The analysis of the results was done through the basic statistics in the Excel program and the results were represented through tables and graphs to reach conclusions and recommendations. Some of the results obtained were: Automatic thoughts in people with diabetic foot diagnoses are: "Divine reward fallacy" 45%, "Global tags" 25%. In the GENCAT scale of quality of life, the following result was obtained: Physical well-being with 45%, well-being material 30%. After the analysis and interpretation of results, psychological intervention strategies were developed to control and modify negative automatic thoughts and improve the quality of life of patients with diabetic foot.

Reviewed by: Fuertes, Narcisa
Language Center Teacher



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo principal analizar que pensamientos automáticos influyen en la calidad de vida de los pacientes con pie diabético. Los pensamientos automáticos constituyen un diálogo interno con uno mismo a nivel mental y que se lo expresa como pensamientos o imágenes y están relacionados con los estados emocionales de gran intensidad como la euforia, la depresión, la ansiedad, la ira, etc. (Sanchez, 2015) Mismos que llegan a influir en la calidad de vida tanto de manera positiva como negativa, como para Estrada, (2005) dice que la calidad de vida es un concepto complejo compuesto por un lado por las cantidades de sustento y por el otro, es un sentimiento de felicidad o tristeza, expectativas desmedidas o aumentadas, alta o baja moral; ambos se dan a partir de la interacción de todos los recursos disponibles con los intereses y valores particulares de un ambiente social. Es importante tener en cuenta que la respuesta emocional ante un diagnóstico de una enfermedad como Diabetes, diabetes mellitus tipo 1 y 2 y como los pacientes de la presente investigación Pie diabético, no es algo fácil de asimilar, llegando afectar distintas áreas Biopsicosociales de nuestro entorno y así apareciendo los distintos pensamientos automáticos negativos respecto a la enfermedad, privándose de realizar actividades, tal vez alejándolos de lo que en realidad gustan, abandonar actividades cotidianas, hábitos alimenticios, hábitos materiales o inclusive aislándolos de sus derechos. El estudio tiene como problemática llegar analizar como los pensamientos automáticos que más aparecen en esta población, sus características y como estos llegan a afectar la calidad de vida de los mismos.

El presente trabajo investigativo consta de cinco (V) capítulos que se irán desarrollando de la siguiente manera:

CAPITULO I: Corresponde al Marco Referencial, en el que se describe el problema, justificación y los objetivos planteados a alcanzar con respecto al tema planteado.

CAPÍTULO II: Corresponde al Marco Teórico, el cual contiene la fundamentación teórica, se describe aspectos relevantes como: definición de las variables, pensamientos automáticos y calidad de vida; se encuentra descrita la hipótesis de la investigación que se pretende comprobar.

CAPÍTULO III: Consta del Marco Metodológico compuesto por el diseño, tipo, nivel de la investigación, población y muestra; a su vez las técnicas e instrumentos que se utilizarán.

CAPÍTULO IV: Se realiza el Análisis e Interpretación de resultados obtenidos de la investigación mediante cuadros y representaciones gráficas.

CAPÍTULO V: Se presentan las Conclusiones y Recomendaciones a las que se llegó una vez culminado el presente proyecto de investigación.

CAPÍTULO I

MARCO

REFERENCIAL

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

El presente proyecto perteneciente al campo de la salud mental se dirige a analizar los pensamientos automáticos en el proceso de adaptación a la enfermedad en pacientes con pie diabético. Las personas al recibir el diagnóstico sobre lo que padecen sufren un impacto psíquico y físico, el cual afecta las áreas Biopsicosocial del paciente, en algunos de los casos la desinformación sobre la enfermedad genera incertidumbre, angustia e ira, la cual va a influir en la calidad de vida. La investigación parte de la existencia de una desadaptación que presenta el paciente frente al pie diabético alterando la calidad de vida de los mismos. Teniendo en cuenta que los pensamientos automáticos son procesos que afectan a toda la población en general con variaciones en cuanto a frecuencia e intensidad, siendo perjudiciales a nivel cognitivo, conductual, emocional y fisiológico. De todos estos factores nace la necesidad de investigar como incide los pensamientos automáticos y calidad de vida de los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

1.2. PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA:

El impacto al recibir la noticia de un diagnóstico clínico sea cual sea la enfermedad genera ansiedad, angustia, temor, desesperación y puede afectar muchas emociones, como es normal de esperarse el diagnóstico clínico de pie diabético comienza con una variabilidad de emociones mencionadas anteriormente que comienzan a influir con el desarrollo de su interacción con la sociedad, llegando a alterar su calidad de vida.

Debemos tener en cuenta que el diagnóstico de pie diabético se presenta en un grupo amplio en la sociedad, atacando a la población adulta mayor en muchos de los casos, con una prevalencia en el género femenino, hay que considerar que esta patología con características pandémicas y devastadoras, en nuestro país es la primera causa de muerte y de amputaciones, según datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública en años anteriores.

El pie diabético en el Ecuador es considerada actualmente como la epidemia del siglo, factores como la obesidad y el estilo de vida inadecuadas están provocando un aumento en la prevalencia de esta patología considerada actualmente como la primera causa de muerte en nuestra población (INEC, 2007).

Si bien un grupo determinado de esta población se enfrentará a nuevos cambios en su calidad de vida, existirán otros grupos que no lleguen a asimilar la noticia de su patología, impidiendo su desarrollo activo para sí mismo y para la sociedad. Al estar afectada la calidad de vida del individuo se evidenciará, disminución de atención y concentración, desesperanza, angustia, ansiedad, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa e inutilidad, distorsión de la imagen corporal, aprensión, tensión muscular, etc. Son síntomas que pueden estar experimentando personas que han recibido el diagnóstico de pie diabético, si estos síntomas son detectados y tratados a tiempo los resultados son positivos y con una evolución favorable.

La cognición es el primer pensamiento, luego la emoción genera y que conducta llegará a obtener referente a la noticia de la enfermedad, llegando a pensar de sí mismo “Me voy a morir”, “Soy inútil”, “Es injusto”, “No puedo hacer nada”, “Dios me castiga”, son algunos de los pensamientos más relevantes que podrían tener frente a la patología. Mismo que si no son identificados a tiempo se pueden ir intensificando e impidiendo la adherencia a cualquier tratamiento referente de su patología.

Los pensamientos automáticos son difíciles de desviar. Puesto que son reflexivos y creíbles, los pensamientos automáticos se entretajan inadvertidamente a través del flujo del diálogo interno. Parecen ir y venir con voluntad propia. También tienden a actuar como señales de otro pensamiento. Todos hemos tenido la experiencia de un pensamiento deprimente que dispara una larga cadena de pensamientos deprimentes asociados. Los pensamientos automáticos son aprendidos. Desde la infancia la gente ha ido expresando aquello que piensa. Todas las personas han sido condicionadas por la familia, los amigos, y

los medios de información para interpretar los sucesos de cierta forma. (Beck & Clark, 1988).

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo influyen los pensamientos automáticos en la calidad de vida de los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente de Riobamba periodo Junio - Noviembre 2016?

1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

- ¿Cuáles son los pensamientos automáticos con mayor prevalencia en los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente De Riobamba periodo Junio - Noviembre 2016?
- ¿Cuál es grado en el que se ve afectado el perfil de la calidad de vida de los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente De Riobamba Periodo Junio - Noviembre 2016?
- ¿Cuál es la relación de los pensamientos automáticos con el perfil de la calidad de vida de los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente De Riobamba Periodo Junio - Noviembre 2016?
- ¿Cuál serán las estrategias de intervención psicológica adecuada para pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente De Riobamba Periodo Junio - Noviembre 2016?

1.5.OBJETIVOS:

1.5.1. OBJETIVO GENERAL:

Analizar que pensamientos automáticos influyen en la calidad de vida de los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los pensamientos automáticos en los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.
- Establecer el grado en el que se ve afectado el perfil de calidad de vida de los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.
- Asociar los pensamientos automáticos con el perfil de la calidad de vida de los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.
- Plantear estrategias de intervención psicológica para controlar y modificar los pensamientos automáticos y mejorar el perfil de calidad de vida de los pacientes con pie diabético del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

1.6 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo pretende aportar nuevos conocimientos identificando los tipos de pensamientos automáticos y como estos vendrán a influir en la calidad de vida de los pacientes con pie diabético he intentado mejorar el manejo terapéutico a futuro y lograr disminuir el índice de morbilidad ocasionado por esta patología, mediante la identificación de los pensamientos automáticos las mismas que serán conocidas por el personal médico para un mejor manejo integral del paciente.

La influencia en estos errores del pensamientos pueden desencadenar alteraciones en la calidad de vida del paciente con pie diabético por eso es necesario investigar, ya que en el año 2011 se registraron 700 casos de pacientes con úlceras en las extremidades inferiores, de los cuales fue necesario amputar a más de 500 de estos pacientes, afectando su desenvolvimiento biopsicosocial, generando dificultades en la adherencia al tratamiento médico.

Al ser un grupo vulnerado son desplazados por considerarse una población inactiva, lo que genera sentimientos de inconformidad; siendo que en todo el proceso de enfermedad necesitan del apoyo de la familia y la sociedad , porque el paciente con pie diabético atraviesa un período en el cual deja de cumplir varias actividades, al igual que se enfrenta a pérdidas, enfermedades, disminución de fuerza física, deterioro cognitivo, y al no encontrar dicho apoyo, puede convertir al paciente a desarrollar diferentes enfermedades mentales.

Se considera al estudio factible, se cuenta con la autorización y colaboración de los pacientes con pie diabético que asisten al Hospital Provincial General Docente de Riobamba, se ha manejado bibliografía actualizada, con los recursos económicos necesarios, materiales, tiempo requerido, y aceptación del director del Hospital Provincial General Docente Riobamba al igual que el departamento de docencia de la institución, ofreciendo una apertura para la ejecución del proyecto.

CAPÍTULO II

MARCO

TEÓRICO

2.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes investigaciones que se relacionan con las variables del presente estudio y entre ellos están las siguientes:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. REALIZADO EN MÉXICO EN EL AÑO 2003 POR; JOSÉ LAURO DE LOS RÍOS CASTILLO, JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA, PEDRO BARRIOS SANTIAGO.

El objetivo de la presente fue determinar el impacto del deterioro de la calidad de vida en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Se realizó un estudio transversal en el cual se buscó identificar y tipificar las posibles peculiaridades funcionales de la enfermedad.

Los sujetos que participaron fueron 100 pacientes que acudían a la consulta externa de la Clínica-Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” del IMSS, en San Luis Potosí, diagnosticados con DM2 por sus médicos tratantes. Los resultados revelaron que 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la DM2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Se concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresivo y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad.

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS TIPO 2. POLICLÍNICO HERMANOS CRUZ.

REALIZADA EN CUBA EN EL AÑO 2010 POR; MARÍA DE LA CARIDAD CASANOVA MORENO, MARICELA TRASANCOS DELGADO.

El objetivo de la presente investigación es relacionar algunos aspectos relacionados con la calidad de vida en los adultos mayores diabéticos tipo 2.

Se incluyeron a 91 pacientes diabéticos tipo 2, que recibieron servicio de atención integral al diabético. Para darle salida a los objetivos propuestos, a cada paciente le fue aplicada una encuesta, y para medir la calidad de vida, se aplicó el cuestionario perfil de calidad de vida en los enfermos crónicos. Como resultados existió un predominio del sexo femenino. Al relacionar la calidad de vida con las variables estudiadas se vieron afectados el grupo de diabéticos con más de 10 años de evolución, los sobrepesos, los portadores de enfermedades cerebro vasculares y con más de una enfermedad crónica no transmisible asociada, de forma general, la calidad de vida se vio afectada en el estado de ánimo negativo, la capacidad psicológica y física así como el estado de ánimo positivo.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

2.2.1.1. INTRODUCCIÓN

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias, estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. (Ellis, 1962), diferenció dos tipos de creencias, creencias “racionales” y creencias “irracionales”. Las primeras se caracterizan por ser preferenciales, funcionales y más adaptativas que las segundas, las cuales se presentan de manera dogmática y absolutista. “El cambio conductual está al servicio del cambio cognitivo y el objetivo final es producir un profundo cambio filosófico más que un simple alivio del síntoma” , “Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en la mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones”.

Los pensamientos que mantienen esta auto plática reflejan los condicionamientos familiares y estereotipos sociales, y toda clase de sugerencias “hipnóticas” que, inconscientemente,

penetran en nosotros. Por lo general, los contenidos de este auto diálogo son dramáticos y relativamente idiosincráticos. Es importante observar estos pensamientos automáticos. Cuando se toma conciencia del flujo automático de imágenes y sugerencias verbales, que generamos ante los acontecimientos cotidianos, posibilitamos, en gran medida, el control de nuestras reacciones emocionales.

(Meichenbaum, 1987) Diferencia distintos niveles cognitivos, eventos, procesos y estructuras. Una actitud no crítica posibilitaría, en principio, el acceso a eventos cognitivos automáticos, imágenes y pensamientos identificables que pueden ser recuperados voluntariamente y que forman parte de este diálogo interno; automatismos que implican atribuciones, expectativas, auto y hetero evaluaciones, pensamientos irrelevantes a la acción que se desarrolla, etc. Esta actitud facilitara insight acerca de cómo cada uno procesa o construye la propia realidad.

2.2.1.2. DEFINICIÓN

Los pensamientos automáticos tienen varias definiciones, que citamos a continuación:

- (Sanchez, 2015) refiere que: “Los pensamientos automáticos constituyen un diálogo interno con uno mismo a nivel mental y que se lo expresa como pensamientos o imágenes y están relacionados con los estados emocionales de gran intensidad como la euforia, la depresión, la ansiedad, la ira, etc.”
- El primero en definir de una manera adecuada a los pensamientos automáticos fue (Beck, 1995), el mismo menciona que: “Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento sino más bien que estos aparecen de forma automática. Estos pensamientos pueden tener forma verbal y/o visual como imágenes. El diálogo interno fue denominado al inicio “autocharla” por Albert Ellis y Aaron

Beck, a menudo de varios años, este término fue tomando forma con Beck, es así que lo llega a denominar “pensamientos automáticos”, a lo cual (Mckay, 1988), concuerda con esto, detallándolo así: “Porque describe más adecuadamente la forma en que se experimenta los pensamientos como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo; y se graban como plausibles o válidos.”

- (Beck, 1979) Aparecen también como obligaciones que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias, también tienden a dramatizar o a exagerar las cosas, esto hace que la persona adelante lo peor para ella y tenga un futuro catastrófico y que interprete los acontecimientos de forma rígida. Estos son difíciles de controlar y son el reflejo de actitudes y creencias que se han aprendido en la infancia o adolescencia o que son patrones familiares y de otras influencias sociales

2.2.1.3. ELEMENTOS DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Es necesario mencionar que pensamiento según (Anaya, 2010) es un término genérico que indica un conjunto de actividades mentales tales como el razonamiento, la abstracción, la generalización, etc., cuyas finalidades son, entre otras, la resolución de problemas, la adopción de decisiones y la representación de la realidad externa, considerado también como el conjunto de cualidades en el ser humano cuya función es interpretar y comprender el mundo, reflexionar consciente y racionalmente sobre su propia existencia y solucionar efectivamente las dificultades que le impone el medio ambiente.

(Donoso, 2011) El pensamiento tiene tres elementos son:

- 1.- La direccionalidad: hacia donde está dirigido dicho pensamiento, que pueden ser positivos o negativos.
- 2.- El curso o la velocidad de pensamientos, que son rápidos y breves.
- 3.- El contenido es decir lo que se piensa concretamente y condicionan la conducta y el afecto.

2.2.1.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Los pensamientos automáticos constituyen un flujo de pensamiento que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto. Estos pensamientos no son patrimonio sólo de las personas con trastornos psicológicos, sino que son una experiencia común para todos. La mayor parte del tiempo no tenemos demasiado registro de los pensamientos automáticos, pero con un poco de entrenamiento podemos evocarlos a la consciencia. Aunque los pensamientos automáticos parecen surgir espontáneamente, anteceden al disparo de las emociones, es decir, se presentan antes de aparezcan los sentimientos desagradables o agradables.

(Mckay, 1988) Explica: “Los pensamientos automáticos serían los contenidos de las distorsiones cognitivas, derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales”

Se pueden detectar pensamientos automáticos tanto positivos como negativos, mismos que están presentes en lo largo de la vida del ser humano, dependiendo cada uno de estos como llegue afectar al individuo, para eso el terapeuta cognitivo se interesa en la identificación de los pensamientos disfuncionales, es decir, de aquellos que distorsionan la realidad, son emocionalmente perturbadores y/o interfieren con la capacidad del paciente para alcanzar sus objetivos. Como los pensamientos automáticos producen errores del pensamiento, recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos, pueden ser agrupados en las llamadas distorsiones cognitivas en función de los errores que comenten.

Las distorsiones cognitivas son engaños que nos creemos y de los que estamos completamente convencidos, distorsionan la realidad sobre lo que pensamos sobre nosotros mismo, sobre otras personas, sobre el futuro, y sobre lo que nos rodea, comúnmente causan emociones o conductas disfuncionales caracterizadas por causar sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.

2.2.1.4.1 PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS POSITIVOS

Los pensamientos automáticos positivos son más reflexivos y nos traen mejor bienestar como personas, (Bastida, 2010) refiere que los pensamientos positivos son aquellos que nos ayudan a potenciar las emociones positivas (alegría, ilusión, bienestar físico, etc.), además de comportamientos que nos conllevan a gratificaciones y resolución de problemas.

El pensamiento positivo consiste en aprovechar la sugestionabilidad de la mente subconsciente para forzarla a seguir una dirección deseable. La mente subconsciente no razona, no juzga si la información es correcta o errónea, razonable o absurda, veraz o falsa. Se limita a almacenarla, sólo para suscitar, en un estado posterior, el comportamiento que se ajuste a la información almacenada. Al romper ese círculo vicioso para dar lugar a un comportamiento positivo.

- La calidad de sus pensamientos determina la calidad de vida.
- Cualquier cosa que transmita a los demás le será devuelta como un boomerang.
- Una persona que se interesa suscita el interés.
- Es de importancia fundamental preocuparse de sí mismo y esforzarse por conseguir la felicidad.

2.2.1.4.2 PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS

Los pensamientos automáticos disfuncionales son casi siempre negativos. Son específicos y discretos, con un estilo telegráfico; vale decir, se trata de frases cortas, pero concisas y con un mensaje concreto, no son resultado del razonamiento y reflexión sino que ocurren como “por reflejo”, son relativamente autónomos. Los pensamientos negativos que son destructivos, que se basan en los pensamientos de odio, rencor, culpabilidad, cólera, o de envidia.

También están los pensamientos negativos que te limitan, que se basan en los pensamientos de víctima, de preocupación, de temor y de autocrítica negativa. Y por último están los pensamientos negativos catastróficos, que consisten básicamente en pensar que todo va a salir mal. Igualmente el pensamiento negativo es un experto en desarrollar razones que te

digas; tú no puedes, no lo lograrás, tú eres débil y tú eres inadecuado. Y cuando enfrentamos una situación difícil es el que dice “perderás” y cuando aparece una oportunidad “no puedes hacerlo”, entre otros.

(Fox, 1963) Explica: “Cualquier pensamiento que no sea positivo y de naturaleza constructiva, relacionado con uno mismo o con otro, es un pensamiento negativo. No hay que preocuparse mucho en cuanto a la clasificación; en la práctica nunca se tendrá dudas de si es positivo o negativo; aunque el cerebro trate de engañarnos, el corazón le dirá la verdad”

2.2.1.5 TIPOS DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS

Varios autores (Ruiz, Lujan, & Navas, 1996, 1998) mencionan los distintos tipos de pensamientos automáticos negativos:

1.- FILTRAJE O ABSTRACCIÓN SELECTIVA

Esta distorsión está caracterizada por una especie de visión de túnel; sólo se ve un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un simple detalle y todo el evento o situación queda teñida por este detalle.

Cada persona posee su túnel particular por el que observa el mundo. Algunos son hipersensibles a todo aquello que sugiere pérdida, y se ciegan ante cualquier indicación de beneficio. Para otros, la más débil posibilidad de peligro sobresale como una púa en una escena que es en conjunto agradable. La gente deprimida selecciona elementos que sugieren pérdidas, los ansiosos seleccionan peligros, y los que frecuentemente experimentan cólera buscan evidencias de injusticia. Los mecanismos del recuerdo también pueden ser selectivos. De una historia completa o del conjunto de la experiencia sólo se recuerdan normalmente algunas clases de sucesos. Como resultado, se puede revisar el pasado y re experimentar recuerdos que pueden hacernos sentir cólera, ansiedad o depresión.

Las palabras claves con las que se puede identificar esta distorsión son: “No puedo soportar esto”, “No aguanto que”, “Es horrible”, “Es insoportable”.

Ejemplo: “Es horrible enterarme que tengo esta enfermedad, creo que la solución inmediata es que me amputen mi extremidad”

2.- PENSAMIENTO POLARIZADO

La característica principal de esta distorsión es la insistencia en las elecciones dicotómicas: se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios. Las personas y los pensamientos son buenos o malos, maravillosos u horribles. Esto crea un mundo en blanco y negro, y como las personas que padecen este tipo de distorsión fracasan en todos los matices del gris.

En este tipo de pensamiento distorsionado se pueden destacar frases como: “Siento que no valgo nada”, “Me siento roto, destruido y vacío”, “Me siento por el piso”, “Me siento un fracasado”, “Me siento destrozado”, “No tengo acción de nada”, “Soy un inútil”.

Ejemplo: “Desde que tengo la enfermedad, siento que ya no tendré la oportunidad de trabajar nunca más, y en mi familia me siento inútil”

3.- SOBREGENERALIZACION

En esta distorsión se produce una extensión, una conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia. Una experiencia desagradable significa que siempre que se repita una situación similar, se repetirá la experiencia desagradable.

Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida. Las sobregeneralizaciones se expresan a menudo en forma de afirmaciones absolutas, como si existiera alguna ley inmutable que gobernara y limitara el curso de la felicidad. Se está sobregeneralizando cuando se afirma radicalmente que «nadie me quiere... nunca seré capaz de confiar en alguien otra vez... siempre estaré triste... nunca podré conseguir un trabajo mejor... nadie querrá ser mi amigo».

Las palabras clave que indican que una persona este sobregeneralizando son: “Todo”, “Nadie”, “Nunca”, “Siempre”, “Todos”, “Ninguno”.

Ejemplo: “Nunca podre tener una vida tranquila y normal, con tantas visitas al hospital por esta enfermedad”

4.- INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO

Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. A veces, esas interpretaciones se basan en un mecanismo llamado proyectivo que consiste en asignar a los demás los propios sentimientos y motivaciones, como si los demás fueran similares a uno mismo. A partir de una información muy vaga, una mirada, un gesto o un comentario indirecto, se extraen conclusiones acerca de lo que piensan los demás.

Las frases claves de esta distorsión son: “Eso es porque...”, “Eso se debe a...”, “Sé que eso es por...”.

Ejemplo: “Sé que mi familia piensa que soy inútil, es por la enfermedad que tengo yo lo sé, al igual que esos doctores que me tienen lastima”

5.- VISIÓN CATASTRÓFICA

Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en dar rienda suelta a la imaginación consistente en lo peor para uno mismo, sin prueba alguna de que aquello suceda en la vida real. La visión catastrófica es un magnífico camino para el desarrollo de la ansiedad. Cuando una persona tiene tendencia a tener pensamientos catastróficos está adelantándose a posibles desastres.

La persona que catastrófica, presenta pensamientos que a menudo empiezan con las palabras como: “Fallaré en el examen”, “Sé que no tengo posibilidades de ganar”.

Ejemplo: “Sé que si no me amputan mi pie, moriré solo y abandonado por mi familia”

6.- PERSONALIZACIÓN

Un aspecto importante de la personalización es el hábito de compararse continuamente con los demás. La presunción subyacente es que su valor es cuestionable. Por lo tanto, continuamente se encontrará forzado a probar su valor como persona midiéndose a sí mismo en relación con los demás. Si de esta comparación resulta vencedor, gozará de un momento de alivio. Pero si resulta perdedor, se sentirá humillado. El error básico de pensamiento en la personalización es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.

Las palabras claves de este pensamiento deformado son: “Lo dice por mí”, “Hago esto mejor (o peor) que tal”.

Ejemplo: “La enfermera que está en el área de curaciones cuando está enojada, sé que es porque me va atender a mí ya que con los demás no es así”

7.- FALACIA DE CONTROL

Existen dos formas en que puede distorsionarse el sentido de poder y control de una persona. Una persona puede verse así misma impotente y externamente controlada, u omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor.

La persona que se siente externamente controlada se bloquea. No cree que pueda construir su propia vida o introducir cualquier diferencia en el mundo que le rodea. Allí donde mire sólo ve pruebas de la indefensión humana. Otra persona u otra cosa son las responsables de su dolor, sus pérdidas o sus fracasos. Ellas son las culpables. Desde esta óptica es difícil encontrar soluciones, porque probablemente no funcionarán.

El polo opuesto de la falacia del control externo es la falacia del control omnipotente. La persona que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos. Lleva el mundo sobre sus hombros. La omnipotencia depende de tres elementos: la sensibilidad hacia las personas que le rodean, una creencia exagerada de su poder para saciar todas las necesidades, y la expectativa de que es ella, y no los demás, la persona responsable de satisfacer estas necesidades.

Las palabras clave para identificar este pensamiento distorsionado son: “No puedo hacer nada por...”, “Solo me sentiré bien si tal persona cambia tal...”, “Yo soy el responsable de todo”

Ejemplo: “Yo soy el responsable de mi enfermedad, si hubiese hecho caso a las indicaciones de mis doctores no estaría pasando por esta situación”

8.- FALACIA DE JUSTICIA

Este tipo de pensamiento distorsionado se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. El inconveniente es que dos personas raramente se ponen de acuerdo sobre lo que es justo, y no existe tribunal o juez que pueda ayudarlos. La justicia es una evaluación subjetiva de la medida en que lo que uno espera, necesita o desea de la otra persona, ésta se lo proporciona. La justicia, definida así, puede ser tan fácilmente puesta al servicio de los propios intereses, que cada persona queda inmovilizada en su propio punto de vista. El resultado es la impresión de estar viviendo en las trincheras y un sentimiento de enojo cada vez mayor.

Se expresa a menudo con frases condicionales como: “Es injusto que...”, “No hay derecho a...”, “Si de verdad tal, entonces...cual”

Ejemplo: “Es injusto que me pase a mi esta enfermedad que soy una persona buena, tranquila y no a otras personas malas”

9.- RAZONAMIENTO EMOCIONAL

En la raíz de esta distorsión está la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor. Si se siente culpable, tiene que haber hecho algo mal. Si se considera feo, entonces tiene que ser feo. Si se siente colérico, es que alguien se ha aprovechado de él.

Todas las cosas negativas que se sienten sobre uno mismo y los demás deben ser verdaderas porque se siente como verdadera. El problema con el razonamiento emocional

es que las emociones por sí mismas no tienen validez. Son productos del pensamiento. Si una persona tiene pensamientos y creencias deformadas, sus emociones reflejan estas distorsiones. Creer siempre en las emociones propias es como creerse todo lo que se escribe.

Las palabras claves en este caso son: "Si me siento así...es porque soy/ o ha ocurrido...".

Ejemplo: "Estoy tan triste y tengo demasiado enojo y todo esto es por irresponsabilidad mía.

10.- FALACIA DE CAMBIO

La única persona a la que uno puede controlar realmente, o tener muchas esperanzas de cambiar, es uno mismo. La falacia del cambio, sin embargo, supone que una persona cambiará para adaptarse a nosotros si se la presiona lo suficiente. La atención y energía se dirige, por lo tanto, hacia los demás porque la esperanza de felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan nuestras necesidades. El resultado normal es que la otra persona se siente atacada o cohibida y no cambia en absoluto.

Las palabras claves son: "Si... cambiara tal cosa, entonces yo podría tal cosa".

Ejemplo: "Si los doctores y las enfermeras me trataran mejor, me recuperare más rápido"

11.- ETIQUETAS GLOBALES

Cada una de estas etiquetas puede contener algo de verdad. Pero en un juicio global se generalizan una o dos cualidades. El rótulo ignora toda evidencia contraria, convirtiendo tu visión del mundo en estereotipada y unidimensional.

Las etiquetas globales únicamente contemplan una característica o conducta, implicando así a todo el conjunto. Las palabras claves para detectar las etiquetas globales son: "Soy un", "Es un", "Son unos...".

Ejemplo: "Soy un enfermo", "Soy un discapacitado", "Desde que tengo esta enfermedad soy un inútil"

12.- CULPABILIDAD

En este estilo de pensamiento, alguien está siempre haciendo algo a otra persona y ésta no tiene la responsabilidad de expresar sus necesidades, decir que no, ni decidir dónde quiere ir o qué quiere hacer. Algunas personas focalizan la culpabilidad en ellas mismas exclusivamente. Se castigan constantemente a sí mismas por ser incompetentes, insensibles, estúpidas, débiles, etc. Siempre están a punto para creer que se han equivocado.

Otra característica de la culpa es que a menudo no lleva a la persona a cambiar de conducta sino solo a darle vueltas a los malos actos. En este caso las palabras claves aparecen en torno a: “Mi culpa”, “Su culpa”, “Culpa de...”.

Ejemplo: “Siento que mi recuperación no es favorable, todo es culpa de los doctores y del hospital que no me atienden como es debido”

13.- LOS DEBERÍAS

Consiste en que la persona se comporta de acuerdo con unas reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas. Las reglas son correctas e indiscutibles. Cualquier desviación hacia valores o normas particulares es mala. Como resultado, a menudo la persona adopta la posición de juez y encuentra faltas. La gente lo irrita. Los demás no piensan ni actúan consecuentemente.

Las palabras claves como puede deducirse son: “Debería de...”, “No debería de...”, “Tengo que...”, “No tengo que...”, “Tiene que...”.

Ejemplo: “Deberían cambiarme de medicación y atenderme primero por mi enfermedad”

14.- TENER RAZÓN

En esta distorsión, la persona se pone normalmente a la defensiva: tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones del mundo son justas y todas sus acciones adecuadas. No está interesado en la posible veracidad de una opinión diferente a la suya, sino sólo de defenderla. Cada decisión que toma es justa, todo trabajo realizado está bien hecho. Nunca se equivoca.

Las opiniones de este tipo de personas raramente cambian porque tienen dificultad para escuchar nuevas informaciones. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignoran.

Las palabras claves que denotan esta distorsión son: “Yo tengo razón”, “Sé que estoy en lo cierto, él/ella está equivocado”.

Ejemplo: “Sé que tengo la razón al no tomar el medicamento, no es necesario el doctor se está equivocando”

15.- FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA

Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará “mágicamente” en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad.

El efecto suele ser acumulador en un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles para la actualidad.

En este caso las palabras claves que indican esta distorsión son: "El día de mañana tendré mi recompensa", "Las cosas mejoraran en un futuro”.

Ejemplo: “Los doctores se equivocan con tanta medicación, yo sé que me recuperare porque he sido una buena samaritana y sé que Dios está conmigo y no me abandonara”

2.2.2. CALIDAD DE VIDA

2.2.2.1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad mencionar que la calidad de vida, entendiendo a la misma como el bienestar social general de los individuos, significa contemplar un concepto que está

incorporado en el lenguaje de la vida cotidiana; lo que ha llevado a que en las últimas décadas sea investigado y aplicado en diferentes campos. Al hablar de calidad de vida en el caso de las personas nos referimos a los elementos o condiciones en el que vive y hacen que su existencia sea realizada y digna de ser vivida, estos factores pueden ser tanto emotivos como culturales o materiales y en este sentido es que tenemos que considerar las diferencias individuales.

Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social, derechos. Mencionando la importancia de lo subjetivo que rodea a ésta temática, lo más importante es que se está hablando de la felicidad de las personas.

2.2.2.2. DEFINICIÓN

- (Schalock, Verdugo, Martinez, & Gomez, 2008), calidad de vida se entiende como un concepto multidimensional, compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, que está influido por factores tanto ambientales como personales, así como por su interacción, y que se mejora a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida. Su medición hace referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, tiene en cuenta el contexto de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas, e incluye tanto experiencias humanas comunes como experiencias vitales únicas. De este modo, los principales usos del concepto de calidad de vida son de tres tipos. Primero, como un marco de referencia para la prestación de servicios. Segundo, como un fundamento para las prácticas basadas en la evidencia. Y tercero, como un vehículo para desarrollar estrategias de mejora de la calidad.
- (Estrada, 2005), la calidad de vida es un concepto complejo compuesto por un lado por las cantidades de sustento y por el otro, es un sentimiento de felicidad o tristeza,

expectativas desmedidas o aumentadas, alta o baja moral; ambos se dan a partir de la interacción de todos los recursos disponibles con los intereses y valores particulares de un ambiente social. También indica que la calidad de vida implica una evaluación cognitiva expresada como un juicio que incluye la satisfacción, la importancia, las expectativas disminuidas o aumentadas sobre una variedad de dimensiones y significados relevantes identificados por el propio sujeto.

- (Moreno, 2005), calidad de vida se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene pública, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuo sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.

2.2.2.3. SALUD, ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA

El concepto de salud se define en una serie de formas referido a los individuos y las comunidades o grupos de personas. Para la Organización Mundial de la Salud en términos muy amplios define la salud como "Un estado de completo bienestar físico, mental y el bienestar social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Según la OMS, la salud es mucho más que el individuo esté libre de la enfermedad o la discapacidad. Para estar saludable, una persona tiene que tener una actitud positiva y un sentido de bienestar completo. (OMS, 1948)

En esta representación, se entiende la salud como la condición natural o "normal" de la vida, y precisamente esta es la causa de que no nos percatemos de ella. Lo que altera esta situación es la enfermedad, que interrumpe el devenir "normal" del tiempo que hace cumplir el ciclo de vida de las personas. Esta interrupción no es deseable, lo importante es vivir sin tener que observar nada extraño, sin tener consciencia ni siquiera del funcionamiento de nuestros órganos, pues si esto ocurre, significa que hay una dolencia, una lesión, ya que "solo cuando algo no funcionan bien, es cuando nos damos cuenta de ello". (Gavidia, 1997)

Las construcciones mentales que realizan las personas están en función de los conocimientos que poseen. La salud y la enfermedad están siempre unidas, pero mientras tenemos una idea clara del significado de enfermedad, no ocurría lo mismo con el significado de salud.

Todos comprendemos el significado de enfermedad y tenemos formada una representación de ella, ya que la hemos padecido en algún momento, pero no ocurre lo mismo con la idea de salud. La salud forma parte de la propia vida, parece consustancial con nosotros, se vive con ella y no nos la cuestionamos. Concebimos las cosas en función de lo que tiene significado para nosotros y en este caso se encuentra la enfermedad, pero no la salud.

El concepto de enfermedad está involucrado en la mayoría de las áreas de la medicina, psicología y otras áreas que se basan en un proceso de desarrollo. Durante gran parte de la era moderna se ha producido una dialéctica entre dos conceptos de la enfermedad. Por un lado, se ha producido la idea de que una enfermedad es sólo un conjunto de síntomas observables con un curso predecible.

Esta idea se aplica a la psiquiatría como la base para el diagnóstico diferencial. Este enfoque fue suplantado por la medicina por el concepto de enfermedades con procesos destructivos en los órganos del cuerpo. Este es quizás la concepción central del punto de vista médico de la enfermedad. Así mismo como nuestra población al tener un claro concepto de su enfermedad, comienzan a generarse demasiadas ideas a futuro o en ese momento que vendrían a ser los pensamientos automáticos, muchas de estas catastróficas y como consecuencia llegando a afectar su calidad de vida, sin antes consultar la idea de cómo mejorar su estado médico, teniendo muchas alternativas de tratamientos para mejorar su salud.

La idea de salud como expresión de equilibrio siempre ha estado presente completando el concepto de oposición a la enfermedad. En principio, no se consideraba la posibilidad de equilibrio entre estas dos situaciones, entre salud y la enfermedad, sino que lo que se

pretendía era buscar el equilibrio del organismo con todos los agentes que intervienen en su vida. (Gavidia, 1997)

Nada limita tanto la calidad de vida como experimentar día a día el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades. Se sufre en estos casos de la experiencia de una involución que fácilmente puede afectar el auto concepto, al sentido de la vida y provocar estados o procesos depresivos.

La preocupación por la calidad en la enfermedad proviene en parte de la constatación de que no basta alargar la vida, que gran parte de los enfermos desea vivir. No meramente sobrevivir. Es este el lado positivo del grueso debate que considera los límites de la prolongación artificial de la vida y la viabilidad social de la eutanasia.

“Todos los hombres deseamos vivir más tiempo, pero ninguno queremos ser viejos”

Anónimo

La importancia de calidad de vida en las personas enfermas proviene principalmente de la consideración del paciente no solo como organismo enfermo sino como persona en interacción. El relanzamiento de la calidad de vida desde la perspectiva medica proviene del modelo biopsicosocial que considera al enfermo como agente social y que por lo mismo se pregunta por las repercusiones de los ciudadanos médicos en la vida y en las necesidades sociales del enfermo. A nivel mental y social, la persona necesita estar en armonía con el medio que lo rodea para mantener su auto concepto y ser útil a la sociedad de la que forma parte. (Gavidia, 1997)

2.2.2.4 PERFIL DE CALIDAD DE VIDA

(Schalock, Verdugo, Martinez, & Gomez, 2008) Para evaluar el perfil de calidad de vida proponen ocho dimensiones del modelo, que han sido fruto de más de una década de investigación nacional e internacionales presentadas a continuación:

1.- Bienestar emocional

El Bienestar emocional es un concepto amplio, que tiene que ver con la experiencia subjetiva de sentirse bien, en armonía y con tranquilidad consigo mismo y con las personas que conforman los diferentes sistemas y subsistemas como en el hogar, la escuela, el colegio, el trabajo. Todos aspiramos a sentirnos a gusto con nosotros mismos y con el mundo que nos rodea, buscamos ese sentimiento de equilibrio y de felicidad, que se reflejara en la capacidad de flexibilidad y de resiliencia frente a los problemas.

También hace referencia al desarrollo de la inteligencia emocional de la persona para saber distinguir sus emociones y así saber interpretar los sentimientos, emociones de los demás.

En este apartado incluimos información relacionada con la felicidad, la importancia del pensamiento de las cualidades como el contenido del mismo y la capacidad de generar pensamientos positivos que consecuentemente generarán emociones positivas, el desarrollo de una autoestima, autoimagen, e introspección juegan un papel primordial que nos alejan de aquellos problemas o trastornos emocionales como son la depresión, la ansiedad, las obsesiones, el pesimismo, la frustración, las pérdidas, etc.

2.- Bienestar físico

Es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio donde muestra que tiene resistencia, fuerza, agilidad, habilidad, subordinación, coordinación y flexibilidad. Hoy en día se prioriza el bienestar físico y fundamentalmente en promocionar un mejor estilo de vida que eleve la salud humana. Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación

3.- Bienestar material

La capacidad para cubrir las necesidades y deseos materiales es el nivel de ingresos que se perciben. Bien por medio del trabajo, por medio de los beneficios del capital o las rentas de

la propiedad, o a través de la seguridad social o la asistencia social. Como las personas viven en familia a veces hay que considerar no sólo los ingresos individuales sino los de la familia en su conjunto, que indican mejor el nivel de bienestar material que sus miembros pueden disfrutar.

Tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Así como para cubrir las demandas que conlleva vivir con una enfermedad crónica, estos gastos suelen ser con mayor prevalencia en el hogar ya que muchas personas no cuentan con un seguro que les cubra todos los implementos de curación, traslado, incluso de la supervisión médica domiciliar con el respaldo de otros profesionales de salud (enfermeras, psicólogos).

La atención hospitalaria si bien cubre la atención integral del paciente en cuanto a medicinas, terapias, consultas entre otros muchas veces es insuficiente debido a la carencia de recursos económicos para el seguimiento del paciente.

Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

4.- Relaciones interpersonales

La socialización con sus pares en diferentes situaciones, circunstancias y características. Tal como lo dice su nombre, las relaciones interpersonales se caracterizan por darse entre dos o más personas, son aquellas que suponen que un individuo interactúa con otro y por tanto, entra en su vida al mismo tiempo que deja que esa otra persona entre en la suya. Las relaciones interpersonales son lo opuesto a las relaciones intrapersonales, aquellas que una persona establece en su interior y que tienen como objetivo fortalecer su yo individual.

Tiene mucho que ver con las habilidades sociales con las que cuenta la persona para poder entablar una nueva experiencia con su entorno en este caso, el espacio hospitalario, la relación médico paciente, en cómo saber llegar a un entendimiento pleno sin resistencias al dialogo profesional partiendo desde el punto de vista de la enfermedad. El entendimiento,

la comunicación verbal y no verbal son factores a evaluar ampliado desde la perspectiva de los vínculos afectivos que se desarrollan con cada miembro del hogar y fuera del mismo.

5.- Inclusión social

Es la situación que asegura que todos los ciudadanos sin excepción, puedan ejercer sus derechos, aprovechar sus habilidades y tomar ventaja de las oportunidades que encuentran en su medio, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Por eso es de vital importancia que no exista algún tipo de exclusión para cualquier persona, conociendo que la participación es un derecho mas no un privilegio, ya que el ser parte de grupos o de la sociedad mismo ayuda de forma positiva para tener una mejor calidad de vida.

Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.

6.- Desarrollo personal

Conocido también como superación personal, crecimiento personal, cambio personal o desarrollo humano, es un proceso de transformación mediante el cual una persona adopta nuevas ideas o formas de pensamiento, que le permiten generar nuevos comportamientos y actitudes, que dan como resultado un mejoramiento de su calidad de vida.

(Dongil & Antonio, 2014), refieren que cuando una persona adulta mayor hace balance sobre su vida puede ocurrir que experimente sosiego, tranquilidad y se sienta satisfecha al menos con gran parte de lo que ha sido su vida. Pero también puede suceder que algún acontecimiento negativo o traumático del pasado le atormente. Así pues, el impacto psicológico de acontecimientos pasados depende de los acontecimientos positivos que se han vivido y las adversidades sufridas, pero también depende de cómo se interpretan, como se recuerdan y las vueltas que le demos.

Mientras que el desarrollo personal se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación)

7.- Autodeterminación

A la autonomía o independencia de una persona, un grupo, una comunidad o una nación. Al tener autodeterminación, se tiene la capacidad o facultad para tomar determinaciones por cuenta propia, sin tener que pedir permiso o rendir cuentas.

Es un proceso por el que las personas van adquiriendo las habilidades y desarrollando las actitudes necesarias que les van a permitir ser responsables en mayor medida de lo que sucede en sus vidas.

Desde las primeras edades y en situaciones naturales vamos teniendo la oportunidad de experimentar la realización de elecciones, de manifestar que es lo que no nos gusta de los otros o de gestionar aspectos de nuestra vida que para nosotros son relevantes.

Esas situaciones tan frecuentes nos enseñan cuales son las consecuencias de algunas de nuestras elecciones, que aspectos nuestros gustan a los otros o no e incluso hasta donde somos capaces de llegar sin necesitar de los demás.

Definiendo como somos y ayudándonos a encaminar nuestro proyecto personal. Es evidente, pues, la importancia que el proceso de autodeterminación tiene desde un primer momento en la realización de elecciones y durante toda la vida de una persona.

Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones

8.- Derechos

El derecho es el conjunto de leyes, resoluciones, reglamentos creadas por un Estado, que pueden tener un carácter permanente y obligatorio de acuerdo a la necesidad de cada una y que son de estricto cumplimiento por todas las personas que habitan en esa comunidad para garantizar la buena convivencia social entre estas y que la resolución de los conflictos de tipo interpersonal lleguen a buen puerto.

Dentro de la constitución de la república y según la declaración Universal de los Derechos Humanos, de la que Ecuador es suscrito, expreso en sus artículos 3, 5 y 9.

Art. 3.- Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Art. 5.- Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Art. 9.- Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

De misma manera en el **Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

2.2.3. PIE DIABÉTICO

2.2.3.1. DEFINICIÓN

- (Quintana, 2010) , definen el Pie Diabético, como una alteración clínica de base etiopatogenia neuropatía e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

- (Bakker & Houtum, 2008), al definirlo como un padecimiento multifactorial, su atención integral se debe proporcionar en clínicas dedicadas a evitar las secuelas de la diabetes en el pie, detectar a tiempo las complicaciones y proporcionar un tratamiento bien estructurado que contemple programas que permitan una curación más rápida y mejoren su evolución, con reducción de la estancia hospitalaria, intervenciones quirúrgicas y en consecuencia el gasto social.
- (OMS, 2003), define al pie diabético “como la infección, ulceración y destrucción de alteraciones neurológicas y diversos grados de enfermedad vascular periférica.”

2.2.3.2 ETIOLOGÍA

El pie del paciente diabético es muy sensible a todas formas de traumatismos: el talón y las prominencias óseas resultan especialmente vulnerables. Los daños a los nervios periféricos de los pies provocan trastornos sensoriales, úlceras de la planta del pie, atrofia de la piel, etc. Y debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies se puede producir gangrena. Es frecuente en los pacientes diabéticos que las lesiones propias del denominado pie diabético trascurren sin dolor, debido a lo cual se suele agravar la lesión antes de que el paciente pida ayuda especializada. Deformidades del pie: Alteraciones estructurales del pie como la presencia de dedo de martillo, dedos en garra, cabezas metatarsianas prominentes, amputaciones u otra cirugía del pie.

2.2.3.3 SÍNTOMAS

Los síntomas que pueden ayudar a reconocer algunos problemas potenciales son:

- Pérdida de sensibilidad, impide sentir lesiones en los pies,
- Disminución en la circulación sanguínea de los pies (los médicos le llaman “ausencia de pulsos en los pies”)
- Deformidad en los pies
- Historial de úlceras en los pies

- Amputaciones previas

Se puede prevenir la aparición de úlceras y otros problemas en los pies controlando los factores de riesgo como: fumar, beber alcohol, niveles de colesterol elevados y altos niveles de glucosa en sangre. Se debe tener especial cuidado con los pies y examinarlos regularmente.

Revisar todos los días si no hay cortadas o ampollas, ya que podría no ser sentida. Un buen cuidado de los pies le ayudará a evitar infecciones serias, así como a disminuir en un 50% el riesgo de una amputación.

Algunos signos que ayudarán a reconocer algunos problemas potenciales son:

- Dedos de martillo, especialmente con zonas rojas en la parte alta.
- Arco alto.
- Callos.
- Uñas negras y quebradizas.

2.2.3.4. TRATAMIENTO

El tratamiento local de la úlcera tiene como objetivo principal:

- Eliminar el tejido necrótico.
- Controlar la carga bacteriana.
- Controlar el exudado.
- Facilitar el crecimiento del tejido sano.

Para eliminar el tejido necrótico lo primero que habrá que hacer es la limpieza de la lesión con suero fisiológico a temperatura ambiente realizando el secado posterior con la mínima fuerza para no dañar el nuevo tejido.

Los valores normales de glucosa en la sangre son de 70-110mg/dl o 80-120 mg/dl, en valores superiores a los establecidos se podría hablar de problemas con los niveles de glucosa en sangre.

2.2.3.5 COMPLICACIONES

- **COMPLICACIONES FÍSICAS**

Más de la mitad del total de amputaciones de extremidad inferior tiene origen diabético. De hecho, la ulceración del pie es un problema creciente en todo el mundo y existen pocas pruebas que muestren una reducción del número de úlceras y amputaciones del pie en personas con diabetes. A fin de aliviar el sufrimiento de las personas afectadas por esta frecuente y discapacitadora complicación diabética, debemos mejorar nuestra comprensión de los factores psicosociales implicados en el desarrollo de las úlceras de pie diabético y de la manera en que las lesiones diabéticas del pie influyen sobre el funcionamiento diario y la calidad de vida de la persona.

(Col, 2012), refiere: “La úlcera del pie constituye una de las complicaciones más frecuentes de los individuos con diagnóstico de DM apareciendo en un 15% de los pacientes diabéticos, quienes tienen 15 a 40 veces más riesgo de amputación en comparación con los no diabéticos, y los hombres, al menos 50% más que las mujeres.

- **COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS**

La limitación de la movilidad causa problemas en las relaciones sociales e interpersonales. Las personas suelen percibir una disminución de su autoestima debido a la incapacidad de realizar funciones sociales y familiares. Los cambios en el concepto de sí mismas a nivel social (percibir que uno es una carga para la familia), a su vez, genera una reducción de la calidad de vida.

2.2.3.6 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

Los efectos de la ulceración del pie diabético en el funcionamiento y el bienestar físico y psicosocial de la persona, se ha descubierto que las úlceras del pie pueden ser una fuente de discapacidad grave que, a su vez, tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida. El estatus psicológico de las personas con úlceras crónicas del pie de origen diabético con el

de quienes se habían sometido a la amputación de una extremidad inferior y el de las personas con diabetes sin antecedentes de ulceración del pie.

Los pacientes con úlceras crónicas de pie diabético quienes atravesaron por un proceso quirúrgico de amputación desarrollaron un desajuste biopsicosocial bastante peor a su situación dentro de su entorno doméstico y social y manifestaban una calidad de vida peor en general, en comparación con las personas sin lesiones (Vileikyte, 2004).

Los efectos negativos que en general tiene cualquier enfermedad sobre la salud y el bienestar, se añade esta característica de permanencia, lo cual constituye de entrada un factor estresante. Si unido esta circunstancia examinamos otros factores como procesos dolorosos, deterioro, tratamientos difíciles, etc. La situación se complica aún más. El carácter estresante de la enfermedad surge como consecuencia de las múltiples demandas de ajuste que esta plantea, y depende de factores como su duración, su intensidad y gravedad, así como de la interpretación y valoración que la persona hace de su situación.

Los enfermos crónicos se enfrentan a un proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad y del ciclo vital. Por su parte, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social son las variables predictores de la adaptación psicosocial a las enfermedades crónicas. La relación entre apoyo social y diferentes enfermedades crónicas conceden especial importancia de que en esas circunstancias los sujetos valoran de forma más marcada determinados tipos de apoyo social; además es posible que ante un estresor concreto, sean más necesitadas, requeridas o valoradas determinadas fuentes de apoyo social. En este sentido, con pacientes que provenía de personas cercanas, como la pareja, la familia, o los amigos, mientras que en el caso del apoyo informacional, las fuentes más valoradas eran otros pacientes de cáncer y el equipo sanitario.

Determinadas actitudes y comportamientos de las personas que rodean a un enfermo crónico también son percibidas por este como ineficaces o inadecuados, ante lo cual responde de diversas maneras, tales como la evitación física, negativa de conversar

abiertamente sobre la enfermedad, rechazo de los contactos sociales e incluso algunas muestras de rechazo.

2.2.4. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON PIE DIABÉTICO.

El siguiente modelo de intervención psicológica se realizó basado en los resultados obtenidos en la investigación, siguiendo la corriente Cognitiva – Conductual y Familiar.

Dirigido al profesional Psicólogo Clínico, a estudiantes de psicología clínica que realizan sus pasantías y profesionales del área de Salud Mental, que se pueda aplicar los pacientes con pie diabético, para trabajar a nivel individual y grupal, con el fin de controlar y modificar los pensamientos automáticos negativos y mejorar la calidad de vida.

A continuación se describen las siguientes estrategias:

2.2.4.1 TERAPIA INDIVIDUAL

a) Psicoeducación

Es una estrategia de intervención psicológica que persigue: educar al paciente, miembros de la familia o cuidadores en torno a la clínica de la enfermedad, sus factores etiológicos, factores que alivian o exacerbar los síntomas o la gravedad, opciones de tratamiento, evolución esperada y recursos de la comunidad; enseñar habilidades de afrontamiento para manejar los pensamientos negativos y sus efectos sobre la calidad de vida, ofrecen un contexto para resolver problemas donde la familia o cuidadores aprenden a aplicar el conocimiento que proporcione apoyo continuado a los miembros de la familia (Bulacio, 2005)

Los objetivos son: motivar al paciente con pie diabético a continuar con el tratamiento médico – psicológico, explicar y enseñar al paciente y familiares información acerca del origen, complicaciones y cómo manejar ciertos problemas de la enfermedad. Mejorar la

calidad de vida del paciente y de los cuidadores creando ambientes con muy bajo nivel de estrés.

b) Detención de pensamiento

También llamada bloqueo o parada de pensamiento, consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados a la enfermedad. Es decir, “se entrena al paciente para que excluya incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo.” (Lozano, 1999)

El objetivo es: reducir, eliminar y bloquear los pensamientos frecuentes como: Soy un inútil ya no apporto últimamente con los gastos de mi hogar, Soy un enfermo y sé que algún día moriré solo, deberían entender que soy una persona vulnerable y tratarme mejor, no he hecho nada a nadie para merecer esta enfermedad. Son pensamientos que generan emociones negativas como: tristeza, frustración, ira, desesperanza, llanto, ansiedad, sentimientos de inferioridad, etc. Causando malestar y afectando ciertas áreas importantes que determinan la calidad de vida del paciente con pie diabético, intentando que estas emociones queden “paradas” antes de poder surgir.

c) Control y programación de actividades

Contrarresta la escasa motivación del paciente la preocupación en torno a sus pensamientos (no volveré a caminar, no volveré a trabajar). Además el hecho de llevar a cabo estas actividades demostrara al paciente que puede ser eficaz y capaz de controlar su tiempo.

El objetivo es: motivar, estimular, incentivar al paciente a realizar las actividades que le causaban satisfacción, mismas que ha dejado de poner en práctica por su enfermedad causando malestar emocional, etc.

d) Reestructuración cognitiva

Es una de las técnicas cognitivo conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos que dispone el terapeuta cognitivo-conductual, para ello es necesario

comprender todo aquello que se piensa y que dan origen a diversas emociones y en la manera de actuar en base a como las personas tienden a interpretar de forma diferente una situación conflictiva. Estas variaciones dependen de factores individuales “experiencias anteriores frente a una enfermedad los propios miedos y expectativas personales” (Cando, 2010)

El objetivo principal identificar, analizar y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos (distorsiones cognitivas) que los pacientes con pie diabético experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

2.2.4.2 TERAPIA GRUPAL

a) Entrenamiento asertivo

Siendo la técnica centrada en el entrenamiento de habilidades sociales específicas utilizando técnicas como role-playing, imitación, etc. Mismas que se han perdido en los pacientes causada por los efectos de la enfermedad.

El objetivo incentivar a los pacientes con pie diabético a generar la capacidad de expresar sus emociones y pensamientos mediante una comunicación asertiva, sin agresividad o sumisión, con puntos de vista alternativos para aclarar los factores que interfieren con su expresión adecuada a nivel emocional, personal e interpersonal.

2.2.4.3 TERAPIA FAMILIAR

a) Modelos conductuales:

Se describe a la familia como un ente psicosomático, en la cual la familia parece funcionar óptimamente cuando uno de sus miembros se encuentran enfermos. Entre las características se descubren sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema.

La siguiente intervención psicológica es la base teórica a partir de la cual se desarrollaron principalmente los modelos conductuales de terapia familiar son los principios de la modificación de conducta y el aprendizaje social. Estos modelos comparten dos principios fundamentales: a) enfatizan la importancia de las normas familiares y de los procesos de comunicación familiar y b) consideran a las familias como contextos de aprendizaje crítico, creados, y simultáneamente contestados por sus miembros. Se centran, por lo tanto, en las condiciones bajo las cuales se aprende, influencia y cambia la conducta.

El objetivo se basa en el aprendizaje de conductas, en guiar a los miembros de la familia a aprender modos más efectivos de relacionarse, utilizando el cambio de las consecuencias de su conducta interpersonal, o las contingencias del reforzamiento. El terapeuta enseña a la familia o a la pareja, formas más efectivas de influir en las conductas ajenas reforzándolas de una manera positiva.

Se sugiere utilizar técnicas o talleres recreacionales reforzando su autoestima, relaciones interpersonales, habilidades sociales, entre otras para evitar generar malestar en el paciente con pie diabético.

2.3. HIPÓTESIS.

Los pensamientos automáticos influyen en la calidad de vida de los pacientes con pie diabético, del Hospital Provincial General Docente de Riobamba

2.4. VARIABLES:

2.4.1. Variable Independiente:

Pensamientos automáticos

2.4.2. Variable Dependiente:

Calidad de vida

2.5. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Auto concepto:** Reflejo de las percepciones de sí mismo acerca de cómo es visto por los demás; es una especie de reflejo de la vida social del individuo. Se nutre de la percepción que personas significativas del entorno social tienen sobre uno mismo. Representación de una realidad multidimensional en la que unas dimensiones adquieren más valor que otras.
- **Cognición:** Valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. / Pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no.
- **Diabetes:** La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre)
- **Distorsiones cognitivas:** Para Beck, "los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior". Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno.
- **Estado de ánimo:** Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad
- **Emoción:** Reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refiere a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo.
- **Falacia:** Engaño o mentira que se esconde bajo algo, en especial cuando se pone de manifiesto su falta de verdad

- **Inadaptación social:** Estado en el que el sujeto establece relaciones conflictivas con su entorno social. / Falla o dificultad en la adaptación, global o parcial, de una persona a la sociedad, ya sea porque no logra integrarse a ésta, o porque rechaza los valores que la fundamentan.
- **Neuropatía:** Es una enfermedad del sistema nervioso periférico. Un alto porcentaje de personas con diabetes desarrollará daños en su sistema nervioso en algún momento de su vida. Las tres principales formas de daños del sistema nervioso son: neuropatía periférica, neuropatía autonómica y mono neuropatía, aunque la forma más común es la periférica, que afecta principalmente a las piernas y a los pies.
- **Pensamiento:** Término genérico que indica un conjunto de actividades mentales, como el razonamiento, la abstracción, la generalización, etc. Cuyas finalidades son, entre otras, la resolución de problemas, la adopción de decisiones y la representación de la realidad externa.
- **Percepción:** Continuación fisiológica del proceso de sensación, que implica la transformación del mundo físico en imágenes mentales. Estas imágenes mentales tienen características diferentes de la realidad física externa, pues se forman únicamente de la información pertinente, con la exclusión de datos redundantes, de ahí que se hable de la existencia de un filtrado en la información.
- **Razonamiento:** A la facultad que permite resolver problemas, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los hechos, estableciendo conexiones causales y lógicas necesarias entre ellos.
- **Resiliencia:** Capacidad de adaptarse exitosamente, de competir o de funcionamiento positivo a pesar de las condiciones de alto riesgo, del estrés crónico o después de trauma grave o prolongado.

- **Vida cotidiana:** Conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción cultural.

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación se la realizó mediante una investigación cuantitativa, no experimental, se identificó los diferentes tipos de pensamientos automáticos y su influencia en la calidad de vida en los pacientes con pie diabético en el servicio de consulta externa del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación de campo: Se realizó en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en la área de consulta externa, esta investigación se centrará en hacer el estudio donde el fenómeno se da de manera natural, de este modo se buscará conseguir la situación lo más real posible.

Documental:(Banea, 1985), manifiesta que la investigación documental es una técnica que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos, de bibliotecas, hemerotecas, centros de documentación e información En el presente estudio se revisaron documentos que permitieron describir, explicar, analizar, comparar, criticar el tema investigado

Transversal: Son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición o resultado en una población definida y en un punto específico.

Se realizó en un periodo determinado, Junio – Noviembre 2016.

3.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo: se basara en el nivel descriptivo ya que podremos identificar a través de baterías psicológicas como: “Escala de perfil de calidad de vida, GENCAT, la existencia de la variable dependiente planteada, además mediante el “Inventario de pensamientos automáticos (Ruíz y Lujan)”, buscaremos la presencia de pensamientos automáticos en la población de estudio.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Está conformada por 80 pacientes que asisten a chequeos, diarios, semanales, mensuales del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Muestra: La constituyen 20 pacientes con diagnóstico de pie diabético que asisten al área de consulta externa del Hospital Provincial General Docente Riobamba y cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que acudan a consulta externa.
- Pacientes que firmen la hoja de consentimiento informado con diagnóstico de pie diabético.
- Pacientes que cumplan el criterio de edad de los instrumentos de evaluación (TEST).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no acudan a consulta externa (Hospitalización)
- Pacientes que no firmen la hoja de consentimiento informado con diagnóstico de pie diabético.
- Pacientes que no cumplan con el criterio de edad de los instrumentos de evaluación (TEST)

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Técnica que ayuda a observar la reacción frente al diagnóstico de su enfermedad y como conlleva el mismo tratamiento, obteniendo información de reacciones y manifestaciones anímicas.

REACTIVOS PSICOLÓGICOS: Son instrumentos experimentales, que se emplean con la finalidad de evaluar características específicas de un fenómeno.

3.5.2. INSTRUMENTOS

REGISTRO DE PACIENTES: Un registro de pacientes es un fichero, documento o conjunto organizado de datos de salud de personas que padecen una enfermedad, ligada a una identificación personal de las mismas. (ANEXO 1)

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN): Juan José Ruiz Sánchez (psicólogo) y Juan José Imbernon González (Psiquiatra) autores del libro “Sentirse Mejor”: Cómo enfrentar los problemas emocionales con Terapia Cognitiva”, en colaboración de Ruiz y Lujan, en 1991 han elaborado una escala para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos agrupados en sus 15 distorsiones correspondientes. Es una escala de fácil y rápida administración que permite detectar los principales tipos de pensamientos automáticos. Una puntuación de 2 o más para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente de manera importante ese tema. Una puntuación de 6 o más en total de cada distorsión puede ser indicativa de cierta tendencia a una afectación mayor por determinada forma de interpretar los hechos de su vida. (ANEXO 2)

ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA: Alonso, Martínez, Sánchez, han elaborado una escala para identificar el perfil de calidad de vida de una persona, mismo que se subdivide en escalas (Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos), siendo una evaluación objetiva con una duración de aplicación de 10-15 minutos, para adultos a partir de 18 años. Es una escala de fácil y rápida administración. Una puntuación de 1 a 4 en cada sub escala, consta de 69 ítems. Al final se obtendrá el perfil de calidad de vida. (ANEXO 3)

3.6 TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los resultados y análisis de la investigación, de las baterías psicológicas mencionadas antes y que serán aplicadas en relación a las dos variables de las pacientes con diagnóstico que acudan al área de consulta externa del HPGDR, se realizó utilizando un método estadístico descriptivo, analizando e interpretado mediante estadísticas básicas de Microsoft Excel y Microsoft Word, para posteriormente graficar pasteles y tablas en los que se exponen los porcentajes y valores conseguidos, para subsiguientemente elaborar conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados del inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan de los pacientes de pie diabético del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

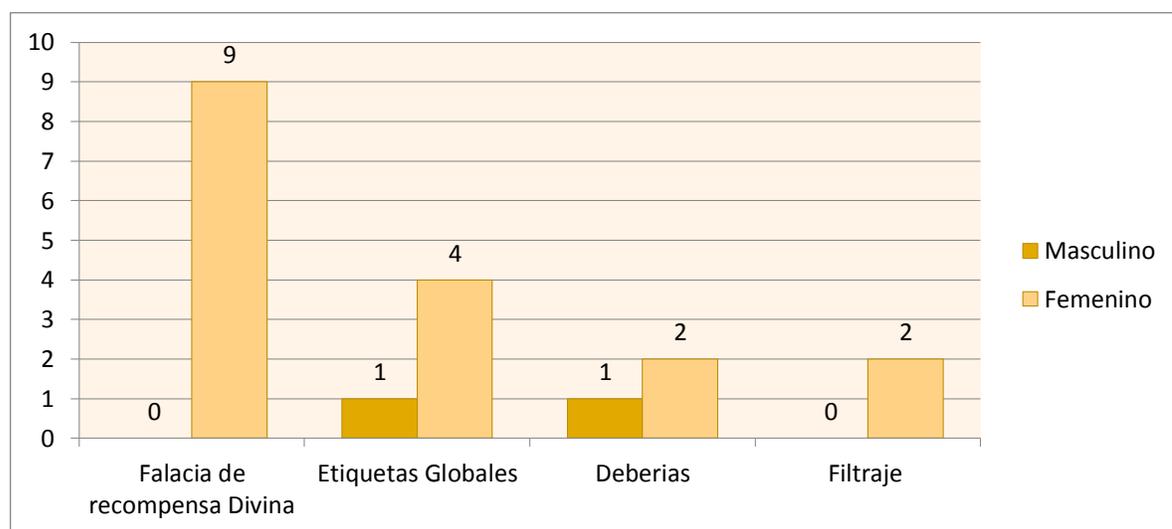
Tabla N°1: Tipos de pensamientos automáticos por género.

| Pensamientos automáticos | Frecuencia | | Porcentaje | | Total |
|----------------------------------|------------|-----------|------------|------------|-------------|
| | Sexo | | Sexo | | |
| | M | F | M | F | |
| Falacia de Recompensa divina | - | 9 | 0% | 45% | 45% |
| Etiquetas globales | 1 | 4 | 5% | 20% | 25% |
| Deberías | 1 | 2 | 5% | 10% | 15% |
| Filtraje o abstracción selectiva | - | 3 | 0% | 15% | 15% |
| TOTAL | 2 | 18 | 10% | 90% | 100% |

Fuente: Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan aplicado en pacientes con pie diabético

Elaborado: Jairo Ponce Ríos, Darwin Ruiz Naranjo

GRÁFICO N° 1: Tipos de pensamientos automáticos por género.



Fuente: Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan aplicado en pacientes con pie diabético

Elaborado: Jairo Ponce Ríos, Darwin Ruiz Naranjo

ANÁLISIS

Se evidencia que el 90 % de pacientes son de sexo femenino los mismos que presentan los siguientes pensamientos automáticos: “Falacia De Recompensa Divina” 45%, “Etiquetas globales” 20%, “Deberías” 10% y “Filtraje o abstracción selectiva” 15%, mientras que el 10% restante corresponde al sexo masculino con los siguientes pensamientos automáticos: “Etiquetas globales” 5% y “Deberías” 5%.

INTERPRETACIÓN

En relación con el inventario de pensamientos automáticos que dieron como resultado cuatro pensamientos más relevantes:

“Falacia de Recompensa Divina” 45% siendo la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que mejorara “mágicamente” en el futuro o tendrá una recompensa si la deja tal cual, mismo que causa malestar a nivel emocional, entendiendo que los pacientes no hacen un tratamiento adecuado, pensando que sus molestias no sanaran y que encomendarse a su Fè tendrán resultados positivos en su enfermedad.

“Etiquetas Globales” 25% consiste en poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás, los pacientes se etiquetan con sobrenombres como “Soy un inútil”, “Soy una carga”, “Soy un discapacitado”, “Soy un enfermo”, entre otras causando malestar a nivel emocional tanto como para la familia como para ellos.

“Deberías” 15% consiste en que la persona se comporta de acuerdo con unas reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas, los pacientes siendo intransigentes con sus médicos y familiares, llegando a tal vez señalarlos culpables de su enfermedad.

“Filtraje O Abstracción Selectiva” 15%, sólo destaca un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un simple detalle y todo el evento o situación queda teñida por este detalle, como los pacientes señalan solo su enfermedad olvidándose de las demás soluciones y alternativas de tratamiento, pensando en cómo empeorará su salud.

4.2 Análisis e interpretación de resultados de la escala GENCAT de perfil de calidad de vida

Tabla y Gráfico N°2: Perfil de calidad de vida de los pacientes con pie diabético

| PERCENTIL | BIENESTAR EMOCIONAL | RELACIONES INTERPERSONALES | BIENESTAR MATERIAL | DESARROLLO PERSONAL | BIENESTAR FISICO | AUTODETERMINACION | INCLUSIÓN SOCIAL | DERECHOS | INDICE DE CV |
|-----------|---------------------|----------------------------|--------------------|---------------------|------------------|-------------------|------------------|----------|--------------|
| 99 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | >130 |
| 95 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 122-130 |
| 90 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 118-121 |
| 85 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 114-117 |
| 80 | | | | | | | | | 112-113 |
| 75 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 110-111 |
| 70 | | | | | | | | | 108-109 |
| 65 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 106-107 |
| 60 | | | | | | | | | 104-105 |
| 55 | | | | | | | | | 102-103 |
| 50 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 100 - 101 |
| 45 | | | | | | | | | 98-99 |
| 40 | | | | | | | | | 96-97 |
| 35 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 94-95 |
| 30 | | | | | | | | | 92-93 |
| 25 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 89-91 |
| 20 | | | | | | | | | 86-88 |
| 15 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 84-85 |
| 10 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 79-83 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 68-78 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | <68 |

Fuente: Escala GENCAT de calidad de vida aplicado en pacientes con pie diabético

Elaborado: Jairo Ponce Ríos, Darwin Ruiz Naranjo

ANÁLISIS

El perfil de calidad de vida de los pacientes con pie diabético, se encontró puntuaciones de 6/20 en Bienestar Material, 6/20 en Bienestar Físico y por ultimo 7/20 en Derechos lo que indica que existe más dificultad en estas tres sub escalas del perfil de Calidad Vida.

INTERPRETACIÓN

En relación con la escala GENCAT dieron como resultado el perfil de calidad de vida de los pacientes con pie diabético:

Los autores de la escala mencionada que calidad de vida se entiende como un concepto multidimensional, compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, que está influido por factores tanto ambientales como personales, así como por su interacción, y que se mejora a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida, que principalmente son tres sub escalas las más afectadas en relación a las demás que por medio la observación y la aplicación, lo cuales son Bienestar Físico 45%, Bienestar Material 35% y Derechos 25%.

4.3 Análisis e interpretación de resultados de las sub escalas GENCAT de calidad de vida

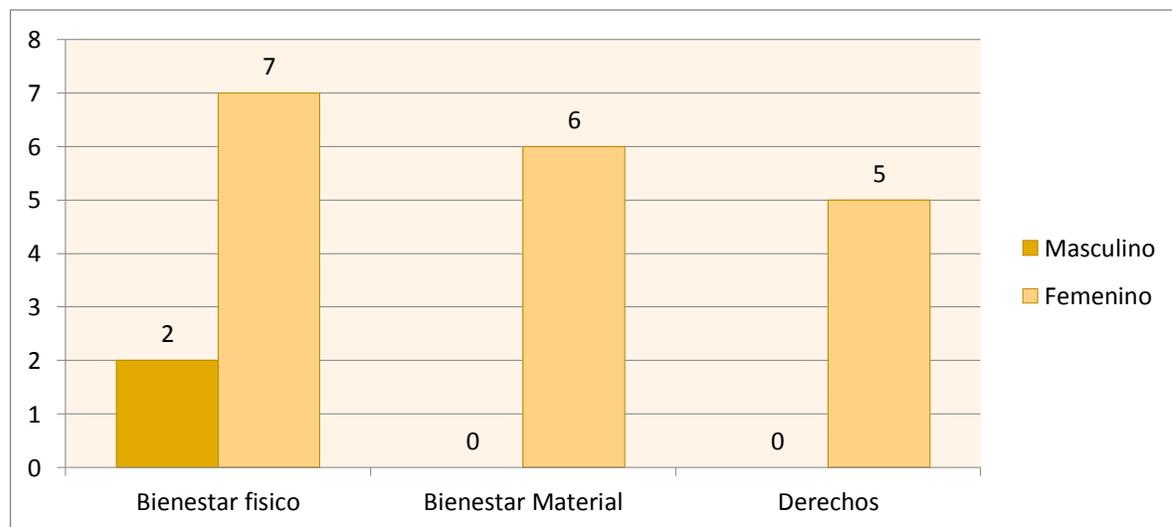
Tabla N° 3: Sub escalas más afectadas del perfil de calidad de vida

| Sub escalas | Frecuencia | | Porcentaje | | Total |
|---------------------------|------------|-----------|------------|------------|-------------|
| | Sexo | | Sexo | | |
| | M | F | M | F | |
| Bienestar Físico | 2 | 7 | 10% | 35% | 45% |
| Bienestar material | 0 | 6 | 0% | 30% | 30% |
| Derecho | 0 | 5 | 0% | 25% | 25% |
| TOTAL | 2 | 18 | 10% | 90% | 100% |

Fuente: Escala GENCAT de calidad de vida aplicado en pacientes con pie diabético

Elaborado: Jairo Ponce Ríos, Darwin Ruiz Naranjo

GRÁFICO N° 3: Sub escalas más afectadas del perfil de calidad de vida



Fuente: Escala GENCAT de calidad de vida aplicado en pacientes con pie diabético

Elaborado: Jairo Ponce Ríos, Darwin Ruiz Naranjo

ANÁLISIS

Con relación a la puntuación obtenida de la escala GENCAT de calidad de vida, se evidencia que la sub escalas más afectadas son: Bienestar Físico con un 45%, Bienestar Material con un 30%, y Derecho un 25%.

INTERPRETACIÓN

En la escala GENCAT de calidad de vida se obtuvo como resultado tres sub escalas con mayor prevalencia, es de mucha importancia analizar cada una de ellas:

“Bienestar físico” un 45%, encerrando la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio donde muestra que tiene resistencia, fuerza, agilidad, habilidad, subordinación, coordinación y flexibilidad, entendiéndose que es una población mayor a los 55 años sus capacidades van disminuyendo, limitándolos a depender de ayuda.

“Bienestar emocional” un 30% haciendo referencia al desarrollo de la inteligencia emocional de la persona para saber distinguir sus emociones y así saber interpretar los sentimientos, emociones de los demás, viéndose afectado por su enfermedad comenzando a sentirse insatisfecho consigo mismo y los demás, estar con humor deprimido, entre otras y la incertidumbre de un tratamiento adecuado.

“Derechos” un 25%, es el conjunto de leyes, resoluciones, reglamentos creadas por un Estado, que pueden tener un carácter permanente y obligatorio de acuerdo a la necesidad de cada una, muchos de estos pacientes se ven olvidados y no amparados por derechos a nivel hospitalario, viéndose vulnerada su intimidad.

4.4 Análisis e interpretación de resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan con la escala GENCAT de calidad de vida.

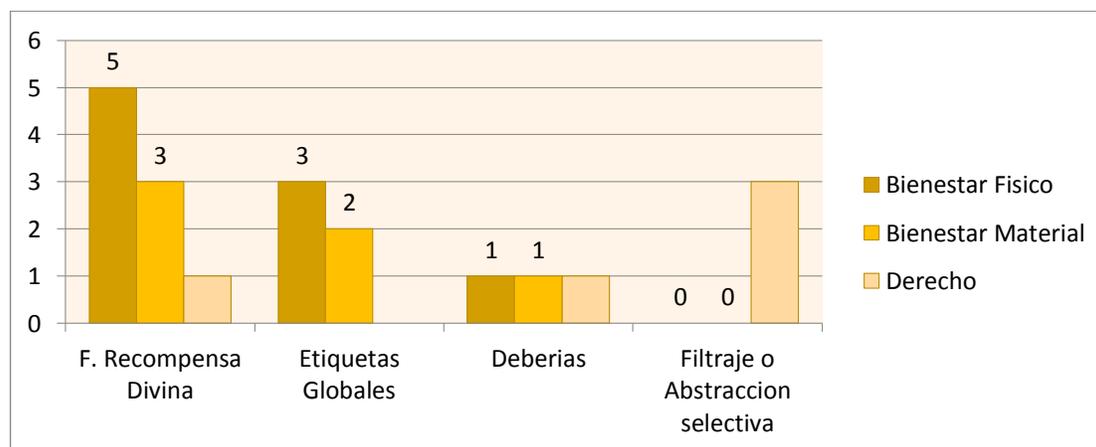
Tabla N°4: Pensamientos automáticos y Sub escalas afectadas de perfil de calidad de vida en pacientes con pie diabético

| Pensamientos automáticos | Frecuencia | | | Porcentaje | | | TOTAL |
|----------------------------------|------------------|--------------------|----------|------------|------------|------------|-------------|
| | Sub escalas | | | | | | |
| | Bienestar físico | Bienestar Material | Derecho | | | | |
| Falacia de recompensa divina | 5 | 3 | 1 | 25% | 15% | 5% | 45% |
| Etiqueta Globales | 3 | 2 | 0 | 15% | 10% | 0% | 30% |
| Deberías | 1 | 1 | 1 | 5% | 5% | 5% | 25% |
| Filtraje o abstracción selectiva | 0 | 0 | 3 | 0% | 0% | 15% | 15% |
| TOTAL | 9 | 6 | 5 | 45% | 30% | 25% | 100% |

Fuente: Inventario De Pensamientos Automáticos y su relación con escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con pie diabético

Elaborado: Jairo Ponce Ríos, Darwin Ruiz Naranjo

GRÁFICO N° 4: Pensamientos automáticos y Sub escalas afectadas de perfil de calidad de vida en pacientes con pie diabético



Fuente: Inventario De Pensamientos Automáticos y su relación con escala GENCAT de Calidad de Vida en pacientes con pie diabético

Elaborado: Jairo Ponce Ríos, Darwin Ruiz Naranjo

ANÁLISIS

Una vez que establecemos los resultados obtenidos de los dos instrumentos de evaluación de pensamientos automáticos y calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de pie diabético, el pensamiento automático que más se presenta es “Falacia de recompensa divina” afectando en la sub escala de Bienestar físico con un 25 %, Bienestar material 15% y Derechos con un 5%, en segundo lugar el pensamiento “Etiquetas globales” afectando la sub escala de Bienestar Físico 15% y Bienestar material 10%, tercer lugar el pensamiento “Deberías” afectando la sub escala de Bienestar Físico 5%, Bienestar Material 5% y Derechos 5%, cuarto lugar el pensamiento “Filtraje o abstracción selectiva” afectando en la sub escala de Derecho 15%.

INTERPRETACIÓN

En relación con el inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan y escala GENCAT de calidad de vida, consideramos que el pensamiento que más influencia tiene sobre los pacientes es la Falacia de recompensa divina perjudicando el perfil de calidad de vida siendo afectadas las sub escalas de Bienestar físico en un mayor porcentaje, Bienestar Material y Derechos. Para ello Beck, (1995), menciona que: “Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento sino más bien que estos aparecen de forma automática.

El diagnóstico de Pie diabético es un impacto emocional para la persona y su entorno, teniendo que estar sometidos a evaluaciones constantes de su glucosa, curaciones, dietas, situaciones estresantes y a su vez entreteniéndose un pensamiento negativo que deja al sistema inmunitario en una situación delicada durante horas, en el caso de los pacientes con el pensamiento “Falacia de Recompensa divina” el más afectado, conociendo que es la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorara “Mágicamente” en el futuro, todo estos detonantes que alteran su perfil de calidad de vida.

CAPÍTULO IV
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los pensamientos automáticos que más se presentaron en los pacientes con diagnóstico de pie diabético fueron “Falacia de recompensa divina” con 45%, el pensamiento “Etiquetas globales” con 25%, el pensamiento “Deberías” con 15%, el pensamiento “Filtraje o abstracción selectiva” con 15%, causando malestar emocional al desempeñar actividades consigo mismo y su entorno.
- El perfil de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de pie diabético las sub escalas más afectadas fueron: Bienestar Físico un 45%, Bienestar Material un 30%, y Derecho un 25%, afectando su desenvolvimiento en sus actividades cotidianas y para con sus pares.
- Se puede asociar los pensamientos automáticos con el perfil de calidad de vida de los pacientes obteniendo como resultado que el pensamiento automático que más se presento fue “Falacia de recompensa divina” afecto en la sub escala de Bienestar físico con un 25 %, Bienestar material 15% y Derechos con un 5%, el pensamiento “Etiquetas globales” afecto la sub escala de Bienestar Físico 15% y Bienestar material 10%, el pensamiento “Deberías” afecto la sub escala de Bienestar Físico 5%, Bienestar Material 5% y Derechos 5%, el pensamiento “Filtraje o abstracción selectiva” afecto en la sub escala de Derecho 15%.
- El modelo de intervención que se diseño es basado en un modelo Cognitivo/Conductual dirigido a los pacientes con pie diabético, para controlar y modificar los pensamientos automáticos y mejorar la calidad de vida, por medio de las siguientes estrategias: Terapia individual (Psicoeducación, Detención de pensamiento, Control y programación de actividades, Restructuración cognitiva), Terapia grupal (Entrenamiento asertivo), Terapia familiar (Modelos conductuales).

5.2. RECOMENDACIONES

En base al estudio realizado y las conclusiones expuestas recomendamos lo siguiente:

- Se recomienda integrar el modelo de intervención propuesto, diseñado con el propósito de modificar los pensamientos negativos, para que no se vea afectada la calidad de vida.
- Se sugiere el trabajo dual con el médico tratante y el terapeuta para así poder llevar registros de cómo se siente el paciente luego de la atención con la finalidad que se afiancen al tratamiento de ambos profesionales.
- Motivar a los pacientes con pie diabético a que sigan asistiendo a sus chequeos semanales o mensuales, con el apoyo psicológico para que no se afecte su calidad de vida.
- Incentivar a los pacientes que realicen actividades integrativas dentro de su familia como fuera de la misma, lo que ayudara a mejorar su visión de calidad de vida al sentirse integrado en una sociedad activa.

5.3 BIBLIOGRAFÍA

- Anaya, N. (Febrero de 2010). Diccionario de psicología. Bogota, Colombia: Litoperla ediciones.
- Bakker, k., & Houtum, V. (2008). DIABETES/METABOLISM RESEARCH AND REVIEWS. *Practical guidelines on the management and*, 1-2.
- Banea, S. (1985). *INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DEL LA INVESTIGACIÓN*. Mexico: Mexico D.F.
- Bastida, A. (2010). *Psicologia Online*. Recuperado el 10 de Octubre de 2016, de <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/articulos/2011/pensamiento-positivo-emociones-comportamiento-y-salud.html>
- Beck, A. (1979). *Terapia cognitiva para la depresion*. New york: Guilford.
- Beck, A. (1995). *terapia cognitiva*. new york.
- Beck, A., & Clark, A. (1988). *Cognitive theory and therapy of axiety and depression*. San Diego: AcademicPress.
- Bulacio, J. (2005). que es la psicoeducacion. *USO DE LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA*, 1-2.
- Col, Y. (2012). protocolo del Servicio de Endocrinología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. *Evaluación y tratamiento del pie diabético.*, 1-2.
- Dongil, E., & Antonio, C. (2014). Desarrollo Personal y Bienestar. *Desarrollo Personal y Bienestar*, 3-7.

- Donoso, D. (Enero de 2011). Estudio de caso. Quito , Pichincha, Ecuador.
- Ellis, A. (1962). *Psicologos Cordoba*. Recuperado el Octubre de 2016, de creencias pensamientos automaticos: <http://psicologoscordoba.org/creencias-pensamientos-automaticos/>
- Estrada, G. (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en mexico*. Mexico: Plaza y Valdes.
- Fox, E. (1963). *La dieta mental de siete dias*. derecho reservado: Derechos reservado.
- Gavidia, v. (1997). *Salud, educacion y calidad de vida*. España: Rev españa publica.
- INEC. (Septiembre de 2007). *Ecuador en cifras*. Recuperado el 03 de Octubre de 2016, de ecuador en cifras: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informe-de-actividades-2007/>
- Lozano, J. (1999). psicologia conductual. *EFICACIA DE LA TÉCNICA DE DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO*, 471-499.
- Mckay, M. (1988). *Tecnicas cognitivas para el tratamiento del estres*. Barcelona: Martinez roca.
- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculacion de estres. *Manual de inoculacion de estres*. Barcelona, Barcelona, España: Martinez Roca. S.A.
- Moreno, B. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud infantil. *CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD INFANTIL Y EL*, 46-52.
- OMS. (1948). *La verdadera definición de la buena salud*. Recuperado el 15 de oCTUBRE de 2016, de <http://www.lasaludes.com/la-verdadera-definicion-de-la-buena-salud/>

OMS. (2003). comunicaciones científicas. *Pie diabetico*, 1-2.

Quintana, L. (2010). Aspectos clínico-epidemiológicos . *Aspectos clínico-epidemiológicos de pacientes geriátricos con pie diabético*.

Ruiz, J., Lujan, J., & Navas. (1996, 1998). *Inventario de pensamientos automaticos*. España.

Sanchez, J. (2015). *psicologia on line*. Recuperado el 04 de Octubre de 2016, de psicologia on line: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7158/1/T-UCE-0007-320c.pdf>

Shalock, R., Verdugo, A., Martinez, B., & Gomez, L. (Marzo de 2008). Manual de aplicacion de la Escala GENCAT de calidad de vida. *Manual de aplicacion de la Escala GENCAT de calidad de vida*. Salamanca, España: biblioteca de catalunya.

Vileikyte. (2004). *Psychological aspects of diabetic neurophatic foot complications*. California: Res.

ANEXOS

ANEXO 1
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.



| Registro de pacientes | |
|------------------------------|-------------|
| Nombre | Edad |
| Ana Luisa | 59 |
| Edgar Ricardo | 68 |
| María | 69 |
| Rosa | 67 |
| María | 61 |
| Gloria Rosaura | 73 |
| Ana Josefina | 69 |
| Maria Estela | 52 |
| Patrona Olmedo | 82 |
| Flor Delfina | 68 |
| Jenny Beatriz | 65 |
| Adela | 62 |
| María Eugenia | 66 |
| Jackeline Deisy | 51 |
| Alicia | 57 |
| Aida Beatriz | 70 |
| María Elvira | 72 |
| Luz María | 71 |
| María Adelaida | 81 |
| José | 63 |

Evaluadores:

.....
 Jairo Aníbal Ponce Ríos
 060357970-7

.....
 Darwin Iván Ruiz Naranjo
 060464917-8

Área educación de la salud

.....
 Lic. Dora Carrión



ANEXO 2

Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan)

A continuación tienes una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos (pensando en general, no en situaciones concretas para cada una de ellas), siguiendo la escala:

0 = Nunca pienso eso;

1 = Algunas veces lo pienso;

2 = Bastante veces lo pienso;

3 = Con mucha frecuencia lo pienso.

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Solamente me pasan cosas malas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Todo lo que hago me sale mal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Sé que piensan mal de mi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Soy inferior a la gente en casi todo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. ¡No hay derecho a que me traten así! | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Mis problemas dependen de los que me rodean | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Soy un desastre como persona | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Debería de estar bien y no tener estos problemas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Sé que tengo la razón y no me entienden | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Es horrible que me pase esto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Mi vida es un continuo fracaso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Siempre tendré este problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Sé que me están mintiendo y engañando | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Soy superior a la gente en casi todo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Alguien que conozco es un imbécil. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. No debería cometer estos errores | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Ya vendrán mejores tiempos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Es insoportable, no puedo aguantar más. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Soy incompetente e inútil. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Nunca podré salir de esta situación | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Quieren hacerme daño | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero? | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 36. La gente hace las cosas mejor que yo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Soy una víctima de mis circunstancias | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Soy un neurótico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Lo que me pasa es un castigo que merezco | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Debería recibir más atención y cariño de otros | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor | 0 | 1 | 2 | 3 |

MÉTODO DE CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN)

Una puntuación de 2-5 indica que ese tema afecta actualmente de manera importante al paciente. Una puntuación de 6-9 indica que la persona tiene cierta tendencia a "sufrir" por la forma de interpretar los hechos en tu vida.

Sumar las puntuaciones obtenidas en cada una de las siguientes preguntas, de acuerdo al siguiente orden:

- 1-16-31 () Filtraje.
- 2-17-32 () Pensamiento polarizado.
- 3-18-33 () Sobre generalización:
- 4-19-34 () Interpretación del pensamiento.
- 5-20-35 () Visión catastrófica.
- 6-21-36 () Personalización.
- 7-22-37 () Falacia de control.
- 8-23-38 () Falacia de justicia.
- 9-24-39 () Razonamiento emocional.
- 10-25-40 () Falacia de cambio.
- 11-26-41 () Etiquetas globales.
- 12-27-42 () Culpabilidad.
- 13-28-43 () Los debería.
- 14-29-44 () Falacia de razón.
- 15-30-45 () Falacia de recompensa divina.

ANEXO 3

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y más)

| | | | |
|---|--|------------------------|--|
| Número de identificación: | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Nombre | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Apellidos | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Sexo | | | |
| <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer | | | |
| Dirección | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Localidad/Provincia/CP | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Teléfono | | Lengua hablada en casa | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Servicio | | Colectivo | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

| | Día | Mes | Año |
|---------------------|-----|-----|-----|
| Fecha de aplicación | ___ | ___ | ___ |
| Fecha de nacimiento | ___ | ___ | ___ |
| Edad cronológica | ___ | ___ | ___ |

Datos de la persona informante

| | | |
|---|-------------------------|------------------------|
| Nombre de la persona que completa el cuestionario | | |
| <input type="text"/> | | |
| Puesto de trabajo | | |
| <input type="text"/> | | |
| Agencia/Afiliación | | Lengua hablada en casa |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Dirección | | |
| <input type="text"/> | | |
| Correo electrónico | | Teléfono |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Nombre de otros informantes | Relación con la persona | Lengua hablada en casa |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

| BIENESTAR EMOCIONAL | | Siempre o Casi siempre | Frecuente- mente | Algunas veces | Nunca o Casi nunca |
|---------------------------------------|--|---------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1 | Se muestra satisfecho con su vida presente. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | Presenta síntomas de depresión. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Está alegre y de buen humor. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Presenta síntomas de ansiedad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Se muestra satisfecho consigo mismo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | Tiene problemas de comportamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntuación directa TOTAL _____ | | | | | |

| RELACIONES INTERPERSONALES | | Siempre o Casi siempre | Frecuente- mente | Algunas veces | Nunca o Casi nunca |
|---|---|---------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 9 | Realiza actividades que le gustan con otras personas. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | Mantiene con su familia la relación que desea. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | Se queja de la falta de amigos estables. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Valora negativamente sus relaciones de amistad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Manifiesta sentirse infravalorado por su familia. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16 | Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Tiene una vida sexual satisfactoria. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntuación directa TOTAL _____ | | | | | |
| <p>ITEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.</p> <p>ITEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p> | | | | | |

GENCAT. Escala de Calidad de vida

| BIENESTAR MATERIAL | | Siempre o Casi siempre | Frecuente- mente | Algunas veces | Nunca o Casi nunca |
|--|---|---------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 19 | El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21 | Dispone de los bienes materiales que necesita. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22 | Se muestra descontento con el lugar donde vive. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | El lugar donde vive está limpio. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24 | Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25 | Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntuación directa TOTAL _____ | | | | | |
| ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro. | | | | | |

| DESARROLLO PERSONAL | | Siempre o Casi siempre | Frecuente- mente | Algunas veces | Nunca o Casi nunca |
|---|--|---------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 27 | Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.). | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29 | El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30 | Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 32 | El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33 | Participa en la elaboración de su programa individual. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34 | Se muestra desmotivado en su trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Puntuación directa TOTAL _____ | | | | | |
| ITEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza. | | | | | |

GENCAT. Escala de Calidad de vida

| BIENESTAR FÍSICO | | Siempre o Casi siempre | Frecuente- mente | Algunas veces | Nunca o Casi nunca |
|---|--|---------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 35 | Tiene problemas de sueño. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Dispone de ayudas técnicas si las necesita. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37 | Sus hábitos de alimentación son saludables. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 38 | Su estado de salud le permite llevar una actividad normal. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 39 | Tiene un buen aseo personal. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 40 | En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 41 | Sus problemas de salud le producen dolor y malestar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42 | Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Puntuación directa TOTAL _____ | | | | | |
| <p>ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.</p> <p>ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.</p> <p>ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.</p> <p>ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".</p> | | | | | |

| AUTODETERMINACIÓN | | Siempre o Casi siempre | Frecuente- mente | Algunas veces | Nunca o Casi nunca |
|---|--|---------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 43 | Tiene metas, objetivos e intereses personales. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 44 | Elige cómo pasar su tiempo libre. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 45 | En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 46 | Defiende sus ideas y opiniones. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 47 | Otras personas deciden sobre su vida personal. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48 | Otras personas deciden cómo gastar su dinero. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49 | Otras personas deciden la hora a la que se acuesta. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50 | Organiza su propia vida. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 51 | Elige con quién vivir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Puntuación directa TOTAL _____ | | | | | |
| <p>ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.</p> | | | | | |

GENCAT. Escala de Calidad de vida

| INCLUSIÓN SOCIAL | | Siempre o Casi siempre | Frecuente- mente | Algunas veces | Nunca o Casi nunca |
|---------------------------------------|--|---------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 52 | Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...). | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 53 | Su familia le apoya cuando lo necesita. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 54 | Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55 | Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56 | Sus amigos le apoyan cuando lo necesita. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 57 | El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 58 | Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59 | Es rechazado o discriminado por los demás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Puntuación directa TOTAL _____ | | | | | |

| DERECHOS | | Siempre o Casi siempre | Frecuente- mente | Algunas veces | Nunca o Casi nunca |
|---------------------------------------|--|---------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 60 | Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61 | En su entorno es tratado con respeto. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 62 | Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 63 | Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64 | En el servicio al que acude se respeta su intimidad. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 65 | En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 66 | Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67 | En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...). | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 68 | El servicio respeta la privacidad de la información. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 69 | Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Puntuación directa TOTAL _____ | | | | | |

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Número de identificación:

Nombre y apellidos

Informante

Fecha de aplicación

Baremo usado

A Baremo para la muestra general

B Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)

C Baremo para personas con discapacidad intelectual

D Baremo para personas de otros colectivos (personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT
 1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones
 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles
 3. Introducir el Índice de Calidad de vida

| Dimensiones de Calidad de vida | Puntuaciones directas totales | Puntuaciones estándar | Percentiles de las dimensiones |
|---|-------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Bienestar emocional | | | |
| Relaciones interpersonales | | | |
| Bienestar material | | | |
| Desarrollo personal | | | |
| Bienestar físico | | | |
| Autodeterminación | | | |
| Inclusión social | | | |
| Derechos | | | |
| Puntuación estándar TOTAL (suma) | | | |
| ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta) | | | |
| Percentil del Índice de Calidad de vida | | | |

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida
 Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de vida.
 Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.

| Percentil | BE | RI | BM | DP | BF | AU | IS | DR | Índice de CV | Percentil |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|-----------|
| 99 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | 16-20 | >130 | 99 |
| 95 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 122-130 | 95 |
| 90 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 118-121 | 90 |
| 85 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 114-117 | 85 |
| 80 | | | | | | | | | 112-113 | 80 |
| 75 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 110-111 | 75 |
| 70 | | | | | | | | | 108-109 | 70 |
| 65 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 106-107 | 65 |
| 60 | | | | | | | | | 104-105 | 60 |
| 55 | | | | | | | | | 102-103 | 55 |
| 50 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 100-101 | 50 |
| 45 | | | | | | | | | 98-99 | 45 |
| 40 | | | | | | | | | 96-97 | 40 |
| 35 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 94-95 | 35 |
| 30 | | | | | | | | | 92-93 | 30 |
| 25 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 89-91 | 25 |
| 20 | | | | | | | | | 86-88 | 20 |
| 15 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 84-85 | 15 |
| 10 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 79-83 | 10 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 68-78 | 5 |
| 1 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | 1-4 | <68 | 1 |

ANEXO 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la señor(a).....ha sido informado de los siguientes puntos:

- La presente forma parte de la investigación: PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA PERIODO JUNIO - NOVIEMBRE 2016.
- La participación en esta investigación es totalmente voluntaria, pudiendo abandonarla en el momento que lo desee, sin ningún tipo de consecuencias.
- La participación en esta investigación no supone ningún riesgo para la salud física y mental.
- Se salvaguardara mi derecho a la intimidad y confidencialidad de la información que proporcione.

Una vez que ha sido informado de todo lo anterior, y se ha respondido a todas las preguntas o dudas que haya podido tener, doy mi consentimiento voluntario para que los datos que se deriven de mi participación en este proyecto sean publicados ámbitos de divulgación científica.

Lo que declaro en Riobamba con:

Fecha:.....

Firma.....