



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80

JACQUELINE CORNEJO TINOCO

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO



TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DETECCIÓN DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

DIRECTOR DE TESIS

RAFAEL VILLA BARAJAS

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR / MAESTRO EN EDUCACION MÉDICA.

ASESOR

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

CO- ASESOR

LILIANA GARCÍA MARTÍNEZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

CO-ASESOR ESTADISTICO

MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO

ANALISTA COORDINADOR

CIBIMI-IMSS MORELIA MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO

ANALISTA COORDINADOR

CIBIMI-IMSS MORELIA.

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO FEBRERO 2014

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JACQUELINE CORNEJO TINOCO

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

DRA OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. LUIS ESTRADA SALAZAR

COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. RUBÉN RICARDO GARCÍA JIMENEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD UMF No. 80

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LOPEZ.

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UMF No. 80

DR. JOSÉ RAMÓN SARABIA RAMÍREZ

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No.

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DR. VICTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

Este trabajo se realizó en foros especializados.

XIX Jornadas de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 80

IMSS Morelia, Michoacán.

Noveno Consejo Estatal de Ciencia, Tecnología e Innovación de Michoacán. Tercer encuentro de Beneficiarios del Programa de Becas. Tesis, Conacyt-CECTI

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.80, del instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Morelia Michoacán México, avalado por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Investigador Principal

Jacqueline Cornejo Tinoco

Médico Residente del curso de Especialidad en Medicina Familiar

Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Director de Tesis

Rafael Villa Barajas

Médico Especialista en Medicina Familiar / Maestro en educación médica

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asesor de Tesis

Dra. Paula Chacón Valladares

Médico Especialista En Medicina Familiar

Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Co- Asesor

Dra. Liliana Teresa García Martínez

Médico Especialista en Psiquiatría

Co- Asesor Estadístico:

Mat Carlos Gómez Alonso

Coordinador Analista

Centro de Investigación Biomédica

AGRADECIMIENTOS

Especialmente a ti mi Dios porque siempre cuidaste de mí y me diste el regalo más hermoso, que es ser madre, Gracias por ese regalo de amor, que fue el motivo que me impulso a culminar , cuando quise desistir , Para ti mi pequeño Irving todo lo que tengo y lo que soy.

Quien me demuestra que vale la pena vivir así como intentar mejorar cada día, y por la satisfacción que me genera el recordar el compromiso que tengo, para ti.

A mi esposo David por su apoyo incondicional y cariño, durante mi residencia, el cual hizo posible ver culminada mi meta.

A mis padres : Dionisia Tinoco que aunque ya no está conmigo tangiblemente , si lo está en sus enseñanzas sobre todo por el gran amor, coraje y fuerza para realizar las cosas , y que está a cada paso de mi vida, este triunfo también es para ti, a mi padre Jorge Cornejo que me enseñó a ser independiente, y ha sido un ejemplo de honestidad, entereza y ha sido una guía a lo largo de mi vida, quiero que sepas que si comprendo lo difícil que ha de ser guiar a los hijos solo, no me queda más que decir mil gracias por todo.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida, simplemente por ser ellos.

A Lilia gracias por todo.

Siempre resultara difícil agradecer a todos aquellos que de una u otra manera me han acompañado en este camino de investigación, porque nunca alcanza el tiempo el papel o la memoria para mencionar o dar con justicia todos los créditos y méritos a quienes se lo merecen. Por lo tanto quiero agradecer a todos ellos cuanto han hecho por mí, para que este trabajo saliera adelante lo mejor posible.

A mi asesora Dra. Pula Chacón por confiar en mí, a nuestro director de tesis Dr. R Rafael Villa Barajas digno representante de nuestra Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Mat Carlos Gómez Alonso, quien es pieza importante en nuestros estudios de tesis, por su dedicación y sencillez gracias.

DEDICATORIA

Quiero dedicar mi tesis a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades, sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

A mi padre por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

A mi esposo y a mi hijo por ser mi motivación, inspiración y felicidad

Con honor y agradecimiento al psiquiatra Dr. Álvaro del Castrillo, por el que fue posible este proyecto de investigación.

Muy especialmente a todos nuestros pacientes diabéticos quienes día a día batallan con esta enfermedad que de una forma positiva o negativa, cambia todos sus esquemas de vida y los expone a nuevos retos. A ellos quienes nos brindan la oportunidad de trabajar, y de poner en práctica nuestros conocimientos

La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar.

Contenido

	Índice	Página
I.	Resumen.....	2
II.	Abstrac.....	3
III.	Abreviaturas.....	4
IV.	Glosario.....	5
V.	Relación de cuadros y figuras.....	9
VI.	Introducción.....	10
VII.	Antecedentes.....	12
VIII.	Planteamiento del problema.....	21
IX.	Justificación.....	25
X.	Objetivos e hipótesis.....	28
XI.	Material y Métodos.....	30
XII.	Resultados.....	46
XIII.	Discusión.....	67
XIV.	Conclusiones.....	74
XV.	Sugerencias.....	76
XVI.	Referencias bibliográficas.....	78
XVII.	Relación de anexos.....	83

Total de páginas 87

I. RESUMEN

TITULO: Detección de distorsiones cognitivas en pacientes diabéticos tipo 2

INTRODUCCION: Las distorsiones cognitivas son pensamientos negativos, involuntarios automáticos que afectan la triada cognitiva

OBJETIVO: Identificar la frecuencia de las distorsiones cognitivas en los pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2.

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal, comparativo, analítico, en pacientes con DM2 de la UMF # 80. Se realizó en 198 pacientes ambos sexos, entre la edad de 30 a 64 años con DM2. La búsqueda del paciente diabético por el investigador se realizó en la sala de espera de los consultorios de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N.80 IMSS, se aplicó la escala DAS. Se utilizó alfa de Cronbach, método de mitades de Guttman y Spearman – Brown para la validez del instrumento en nuestra población. El análisis del cuestionario se evaluó mediante análisis cualitativo. Para las variables categóricas se expresó en frecuencias y porcentajes. Se realizó Anova por edad.

RESULTADOS: Se encontró que las distorsiones cognitivas están presentes con una frecuencia para el dominio de aprobación en un 13.7 % en el área de amor en un 15.3% en el área de ejecución en un 7.4%, en el área de perfeccionismo 9.6%, derechos sobre otros en un 14.8%, omnipotencia 15.8%, autonomía en un 5.3%. Algunas distorsiones cognitivas como aprobación y amor tuvieron significancia estadística con un $P < 0.05$, al asociarlo con la glucosa en los dominios de Aprobación con una significancia .005, y un riesgo relativo 1.517(1.034,2.225). Amor .000, RR 2.069(1.520,2.816). Los triglicéridos asociados a distorsiones cognitivas se encontró una significancia estadísticas para el dominio de aprobación y amor con un $P < 0.05$ Aprobación .000 RR 1.881(1.453,2.434), Amor .000, RR 1.976(1.544,2.530). El colesterol asociado a distorsiones cognitivas no se encontró significancia, se encontró significancia estadística en el dominio de aprobación para presión arterial. A sí mismo no se encontró significancia estadística entre las distorsiones cognitivas y la edad de los pacientes.

CONCLUSIONES: Identificar distorsiones cognitivas nos permitirá trabajar una psicoterapia dirigida a modificar pensamientos automáticos que están presentes en la población con DM,

PALABRAS CLAVE: distorsiones cognitivas, diabetes, terapia cognitivo conductual.

II. ABSTRAC

TITLE : Detection of cognitive distortions in type 2 diabetic patients.

INTRODUCTION: Cognitive distortions are negative thoughts that affect automatic involuntary cognitive triad.

OBJECTIVE: To identify the frequency of cognitive distortions in patients with type 2 diabetes mellitus.

MATERIAL AND METHODS: Cross-sectional, comparative, analytical, in patients with DM2 of the FMU # 80. Was performed in 198 patients both sexes between the age of 30-64 years DM2. The diabetic patient search was conducted by the researcher in the waiting room of the outpatient clinics of the Family Medicine Unit IMSS No.80, DAS scale was applied. We used Cronbach's alpha, Guttman halves method and Spearman - Brown for the validity of the instrument in our population. The questionnaire analysis was evaluated by qualitative analysis. For categorical variables are expressed in frequencies and percentages. ANOVA was performed by age.

RESULTS: It was found that cognitive distortions are present at a frequency for domain approval by 13.7 % in the love area by 15.3 % on the launchpad by 7.4 % in the 9.6 % area perfectionism, rights over others by 14.8 % , 15.8 % omnipotence , autonomy by 5.3 % . Some cognitive distortions as approval and love were statistically significant at $P < 0.05$, by associating with glucose Approval domains with a .058 significance, and a relative risk 1.517 (1.034, 2.225). Love .000, RR 2.069 (1.520, 2.816) . Triglycerides associated with cognitive distortions found statistical significance for approval and love mastering a $P < 0.05$ Approval RR 1.881 0.000 (1.453, 2.434) , Love .000, RR 1.976 (1.544,2.530) . Cholesterol associated with cognitive distortions found statistical significance at $P < 0.05$, in the domain of .003 and approval for approval and love RR 1.870 (1.318, 2.652), love with RR 1.522 (1.033, 2.241). To himself no statistical significance was found between cognitive distortions and age of patients.

CONCLUSIONS: Identifying cognitive distortions allow us to work a psychotherapy aimed at modifying automatic thoughts that are present in the population with DM.

KEYWORDS: cognitive distortions, diabetes, cognitive behavioral therapy.

III. ABREVIATURAS

ADA: Asociación Americana de Diabetes.

cm: Centímetros.

DAS: Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck.

DM2: Diabetes mellitus tipo 2.

DMS IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

IMC: Índice de masa corporal.

Kg: Kilogramos.

Mg/dl: Miligramos por decilitro.

MmHg: Milímetros de mercurio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PA: Presión Arterial.

PAS: Presión Arterial Sistólica.

PAD: Presión Arterial Diastólica.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

IV. GLOSARIO

ACTITUD: Es una organización durable de los procesos emocionales, motivacionales, perceptivos y cognoscitivos referentes a ciertos aspectos del mundo de un individuo, o sea que toda actitud supone un elemento cognoscitivo, la creencia; en realidad, la actitud es una creencia adicionada de carga afectiva y volitiva, mientras la creencia es emocionalmente neutra”.

CONTROL METABOLICO: El concepto incluye parámetros bioquímicos con el objetivo de revertir o retardar la progresión de daño micro o macro vascular.

COGNITIVO: Desde el punto de vista de la psicoterapia cognitiva y de la psicología social, se define como aquellas funciones mentales relacionadas con el esquema mental, que incluyen el auto concepto, las metas, las actitudes, los valores, las creencias, el conocimiento, el temperamento, los mecanismos de defensa, los estilos de afrontamiento o los pensamientos automáticos.

DIABETES MELLITUS: Trastorno metabólico caracterizado por hiperglicemia resultante de los defectos de la secreción o acción de insulina.

DISLIPIDEMIA: Diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos.

DISTORSIÓN COGNITIVA Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva.

DISTORSION COGNITIVA EN APROBACION

La persona estará pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales, y será muy sensible a las señales que los demás le muestren sobre sus comportamientos, actitudes, etc.

Es legítimo el hecho de querer tener un cierto nivel de aprobación por parte de los demás, sin embargo cuando ya se convierte en una necesidad en sí misma con comportamientos muy activos, casi obsesivos, en la dirección de obtenerla

estamos hablando de una actitud disfuncional que nos hace depender y en mucho de la valoración que los demás tengan de nosotros.

La necesidad de aprobación disfuncional conlleva el tener que buscar el “aprobado” de los demás de una manera casi obsesiva, con emociones negativas e incertidumbre.

DISTORSION COGNITIVA EN AMOR

La persona se valorará en función del amor de otras personas. Esto le generará una extrema dependencia y una baja autoestima cuando crea no tenerlo o sea rechazada.

Lo anterior lleva a establecer patrones de comportamiento problemáticos, no adaptativos, que son modulados por dicha necesidad patológica: entre ellos, los de búsqueda excesiva de gestos de amor, renuncias a sus derechos personales, involucrarse en tareas que nadie quiere hacer, llamar la atención de manera desmedida.

Los individuos pasarán por diversas fases y estados que pueden ir desde una dependencia emocional a estados depresivos y problemas significativos de autoestima.

DISTORSION COGNITIVA EN EJECUCION

La persona estará extremadamente pendiente de ser competente en sus tareas poniendo su valor en manos de los resultados conseguidos, expuestos a las situaciones que considere como fracasos y excesivamente centrados en el trabajo, olvidando otros aspectos de la vida como el ocio o la diversión. Esta actitud disfuncional aparece comúnmente asociada a niveles altos de perfeccionismo patológico: darse a valer como persona por el logro conseguido es poner en manos de las ejecuciones nuestro propio valor así como el de los otros, sin tener en cuenta otras características personales que hacen que una persona pueda ser considerada como valiosa. Por ello, la tendencia estará en la competitividad, una

orientación excesiva al trabajo perfecto, etc., a costa de la renuncia a actividades lúdicas y de disfrute.

DISTORSION COGNITIVA EN PERFECCIONISMO

La persona estará excesivamente pendiente de no cometer errores en sus actividades, se exigirá hacerlo todo sin falta, y ante la mínima desviación se valorará negativamente a sí misma, de manera rígida, o a otros si no cumplen con sus normas. Su actitud general será de rigidez con poca flexibilidad ante los cambios de la vida.

DISTORSION COGNITICA EN DERECHO SOBRE OTROS

La persona creerá de manera egocéntrica (centrada en si misma) que tiene unos derechos que los otros deben de corresponder, olvidándose de los propios derechos y deseos de los demás que no tienen por qué coincidir con los personales. Será fácil presa de la ira.

DISTORSION COGNITIVA EN OMNIPOTENCIA

La persona se creerá excesivamente responsable de la conducta y los sentimientos de las otras personas con las que se relacionan, como si aquellas dependieran como “bebes” de ella. Se olvidará y hasta anulará las decisiones de los demás. No tendrá en cuenta que los demás son responsables de sí mismos.

DISTORSION COGNITIVA EN AUTONOMIA

La persona creerá que sus sentimientos son inmodificables o dependen de las situaciones que viven, por lo que estará a merced de ellos. No se dará cuenta de que esos sentimientos dependen en gran parte de su forma de interpretar los acontecimientos y de las decisiones de sus actos, y que por lo tanto puede llegar a controlarlos en gran parte.

CREENCIA: Es una organización durable de las percepciones y de los conocimientos relativos a ciertos aspectos del mundo de un individuo.

ESQUEMA COGNITIVO:

Un esquema para la psicología cognitiva es: A) un conjunto almacenado de conocimiento con el que interactúa la información entrante; B) tiene una estructura interna consistente que organiza la información entrante en forma particular; C) en global información genérica prototípica, de forma que los casos específicos se procesan utilizando el apropiado prototipo esquemático para imponer estructura; y finalmente, d) que es de naturaleza modular de forma que la activación de una parte tenderá a producir la activación de la totalidad”.

FACTOR DE RIESGO: Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad, su asociación tiene efectos aditivos, para el desarrollo de alteraciones en la salud.

TERAPIA COGNITIVA: Es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales. (Beck, 1979).

V. RELACION DE CUADROS Y FIGURAS

	Pág.
Cuadro I	Características de las variables de laboratorio..... 40
Cuadro II	Medidas de asociación entre el IMC y genero del participante..... 41
Cuadro III	Presión arterial rangos de control y descontrol..... 42
Figura 1.	Frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo a la escala DAS en los diferentes dominios del instrumento. 43
Cuadro IV	Dominios del instrumento por grupo en base a la glucosa..... 44
Cuadro V	Glucosa asociada a distorsiones cognitivas..... 46
Cuadro VI	Dominios del instrumento por grupo en base a triglicéridos..... 47
Cuadro VII	Los triglicéridos asociados a distorsiones cognitivas..... 49
Cuadro VIII	Dominios del instrumento por grupo en base al colesterol..... 50
Cuadro IX	Colesterol asociado a distorsiones cognitivas..... 52
Cuadro X	Dominios del instrumento por grupo en base a presión arterial..... 53
Cuadro XI	Presión arterial asociado a distorsiones cognitivas..... 55
Cuadro XII	Anova por grupo de edad..... 57

VI.- INTRODUCCION

VI. INTRODUCCION

En México la diabetes mellitus 2 es un asunto preocupante de salud pública.

La prevalencia global de la DM 2 en México parece particularmente alta en comparación con otros países. En algunos países de Asia la prevalencia es de 4.6 hasta 8.5%, en Inglaterra 3.7% y en Italia 4.5%. La prevalencia en Chile 4.2%. El estudio NHANES (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de EE.UU). Reportó una prevalencia de diagnóstico previo DM 2 del 5.4% y 2.7% sin diagnosticar sumando un 8.1%, pero en la población hispana fue la prevalencia de 1.9 veces la prevalencia global, es decir un 15.4% lo que demuestra su alta prevalencia.

Sus efectos físicos y emocionales deterioran la calidad de vida de las personas a lo largo del proceso de cronicidad. La diabetes mellitus 2 se reconoce como una enfermedad crónico-degenerativa que tiene un alto costo económico y social, ocasionado por su tratamiento, control y sobre todo por sus complicaciones; todo esto implica que las personas que la padecen tengan una pérdida de salud.

Es fundamental reconocer los diferentes factores que condicionan su control, ya que es una enfermedad multifactorial.

Sin embargo se ha observado que el control metabólico de los diabéticos si es mejorable con el conocimiento de su enfermedad, y de sus complicaciones, por lo tanto está relacionado con el nivel educativo. Por lo que es necesario formar a los pacientes en estos aspectos, lo que posiblemente influya en un mejor control y calidad de vida.

Sabemos que el control integral en el paciente diabético es difícil ya que el problema es multifactorial y es difícil aislar o asociar las variables involucradas, sin embargo estudios en psiquiatría y psicología han demostrado el papel que juegan de forma indirecta las distorsiones cognitivas negativas en el control metabólico

VII.- ANTECEDENTES

VII. ANTECEDENTES

En base a los criterios de la Asociación de Diabetes Americana (ADA), La Norma Oficial Mexicana y Las Guía De Práctica Clínica Del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de diagnóstico y tratamiento de diabetes. Esta se define como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Se establece el diagnóstico de diabetes, si cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l); glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l); o bien glucemia ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua. El diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día¹.

A sí mismo el control glucémico según la ADA, recomienda cifras 90-130mg/dl que debe tomarse cada mes, mismas cifras que maneja la Norma oficial Mexicana y las Guías de Práctica Clínica. Se llama caso en control metabólico al paciente que presenta de manera regular glucosa en ayuno normal, IMC menor a 25, lípidos y presión arterial normales².

En México la diabetes mellitus 2 es un asunto preocupante de salud pública.

La prevalencia global de la DM 2 en México parece particularmente alta en comparación con otros países. En algunos países de Asia la prevalencia es de 4.6 hasta 8.5%, en Inglaterra 3.7% y en Italia 4.5%. La prevalencia en Chile 4.2%. El estudio NHANES (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de EE.UU). Reportó una prevalencia de diagnóstico previo DM 2 del 5.4% y 2.7% sin diagnosticar sumando un 8.1%, pero en la población hispana fue la prevalencia de 1.9 veces la prevalencia global, es decir un 15.4% lo que demuestra su alta prevalencia³.

Sus efectos físicos y emocionales deterioran la calidad de vida de las personas a lo largo del proceso de cronicidad. La diabetes mellitus 2 se reconoce como una enfermedad crónico-degenerativa que tiene un alto costo económico y social, ocasionado por su tratamiento, control y sobre todo por sus complicaciones; todo esto implica que las personas que la padecen tengan una pérdida de salud. Es fundamental reconocer los diferentes factores que condicionan su control, ya que es una enfermedad multifactorial.

En diversos estudios que se han realizado sobre qué factores influyen sobre el control de la diabetes se ha observado que el control metabólico de los pacientes en muchos de los casos no está relacionado con la funcionalidad familiar, tampoco se ha encontrado relación con las características propias del paciente, como edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación, ni con las comorbilidades, como hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad ⁴.

Sin embargo se ha observado que el control metabólico de los diabéticos si es mejorable con el conocimiento de su enfermedad, y de sus complicaciones, por lo tanto está relacionado con el nivel educativo. Por lo que es necesario formar a los pacientes en estos aspectos, lo que posiblemente influya en un mejor control y calidad de vida.

Se debe implicar al paciente de modo activo en la consecución de los objetivos de control adecuados, no conformándonos con un control "aceptable" y teniendo presente el control integral del diabético, existe un bajo porcentaje de pertenencia a asociación de diabéticos, lo cual puede dificultar la interpretación del diferente grado de conocimiento de los objetivos del control metabólico⁵.

Sabemos que el control integral en el paciente diabético es difícil ya que el problema es multifactorial y es difícil o aislar o asociar las variables involucradas, sin embargo estudios en psiquiatría y psicología han demostrado el papel que juegan de forma indirecta las distorsiones cognitivas negativas en el control metabólico⁶.

Es importante mencionar el uso del término cognitivo ya que se utiliza en ciencias de la salud, para denominar dos áreas científicas con diferencias suficientes como para constituir especialidades diferentes en el ámbito de las ciencias, de la las neurociencias cognitivas salud, y la psicoterapia cognitiva o cognitivo-conductual.

El que dichas áreas científicas utilicen una misma denominación constituye una fuente de confusión terminológica en la literatura científica, plantea un problema que excede el del propio termino en si y presenta un ejemplo del alcance de la polisemia en las ciencias de la salud. A si tenemos varias perspectivas.

Perspectiva de las neurociencias: Todas aquellas funciones mentales susceptibles de estudio experimental, neurofisiológico y estructural, o computacional, con el propósito de abordar bajo este prisma el conjunto de procesos mentales.

La enfocada a nuestra investigación es desde la perspectiva de la psicoterapia cognitiva y de la psicología social que define la función cognición como aquellas funciones mentales relacionadas con el esquema mental, que incluyen el auto concepto, las metas, las actitudes, los valores, las creencias, el conocimiento, el temperamento y el carácter, las preferencias, las habilidades, los mecanismos de defensa, los estilos de afrontamiento o los pensamientos automáticos.

Desde la perspectiva integradora de contexto de un mapa conceptual de las funciones mentales: Está formada por funciones genéricas como la orientación la inteligencia, y funciones específicas como orientación, la atención la memoria, el cálculo, lenguaje y otras funciones cognitivas de alto nivel. Donde se usa el DSM-IV⁷.

Las distorsiones cognitivas son comunes en el ser humano, sin embargo se han estudiado muy poco, se ha observado que los pacientes crónicos presentan mayor comorbilidad y mayores puntuaciones en las actitudes disfuncionales⁸.

Entre los psicólogos más destacados en la aplicación al campo de la psicología clínica se encuentran Albert Ellis y Aaron Beck. A las interpretaciones exageradas e incongruentes de la realidad, Beck las ha denominado distorsiones cognitivas.

A los eventos capaces de suscitar emociones y de activar determinados procesos de pensamientos acerca de los cuales las personas tienden a perturbarse a sí mismas se les ha llamado eventos activadores. Estas distorsiones cognitivas se ven influenciadas por algunas variables como el género o la percepción que tienen de sus relaciones familiares⁹. Así mismo se observa la mayor tendencia de la mujer a la vulnerabilidad emocional¹⁰.

Para evaluar las actitudes disfuncionales se han desarrollado y validado instrumentos sobre en todo en pacientes con padecimientos crónicos en diversos países. En México uno de los más destacados fue realizado en el instituto nacional de Cardiología realizado en pacientes con insuficiencia renal crónica, enfatizando sobre la necesidad de evaluar las distorsiones cognitivas para comprender mejor los factores psicosociales involucrados y sus consecuencias¹¹.

A nivel internacional uno de los instrumentos más utilizados ha sido el DAS (Escala de actitudes disfuncionales). Escala que está constituida por grupos, cada grupo formado por 5 ítems representado siete componentes básicos: La necesidad de aprobación, necesidad de amor, necesidad de ejecución, perfeccionismo, derechos sobre otros, omnipotencia y autonomía. Según las puntuaciones obtenidas en cada dimensión se confecciona un perfil de vulnerabilidad cognitiva que facilita el diseño de intervención específico, según las distintas áreas del problema. Existen varias versiones de este instrumento, en nuestra investigación se realizó una versión reducida de 35 ítems, en esta versión cada ítem se puntúa entre menos dos como totalmente de acuerdo hasta más dos totalmente en desacuerdo¹².

La versión original era de 100 ítems, posteriormente fue rediseñada a 40 ítems, 35 ítems, 21 ítems, incluso versiones más cortas, todas demostraban que eran útiles y podrían ayudar al investigador y al clínico a la evaluación de las actitudes disfuncionales¹³.

La escala Das no fue creada por Beck como lo mencionan muchos artículos, si no por su discípula Weissman con motivo de una tesis doctoral. No obstante la primera presentación pública de la escala se efectuó en un congreso de Chicago,

y convencionalmente se admite que la escala pertenece intelectualmente a ambos autores. Sanz J. y Vázquez (1993), realizan la adaptación y validación española de la escala de actitudes disfuncionales, posteriormente en 1994, se toman algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de las DAS, obteniendo una consistencia moderada, con un alfa de Cronbach .84.

En cuanto a la validez de los DAS, los resultados muestran que es capaz de distinguir adecuadamente entre los deprimidos y no deprimidos, tanto en la puntuación global como en cada una de las escalas, el Das se concibió como un instrumentos para evaluar cogniciones latentes no manifiestas siguiendo el concepto de Beck de actitud disfuncional¹⁴.

En puerto Rico, Bonilla Bernal, Portell, Arcel y Santos en 1995 realizaron otra traducción y adaptación obteniendo una confiabilidad interna de .85, en otro estudio donde se observaba la asociación entre ideación suicida y actitudes disfuncionales y autoestima se tuvo una confiabilidad de 0.83 ¹⁵.

A sí mismo en México se han realizado escalas de constructos psicológicos, en donde se emplea como parte de dicha sesión la escala DAS, derivados del análisis psicométrico en jóvenes mexicanos, con un alfa de Cronbach de .80 lo que demuestra una vez más su confiabilidad ¹⁶.

A si se ha encontrado que la presencia de distorsiones cognitivas lleva a los pacientes a padecer en muchos de los casos a alteraciones emocionales algunas de ellas neuroticas¹⁷.

No solo los pacientes diabéticos si no en general aquellos con padecimientos crónicos como los que padecen con artritis reumatoide fibromialgia, lumbalgia crónica etc. Ha resultado incuestionable el importante papel que las emociones negativas juegan y que interfieren con el pronóstico del paciente afectando su calidad de vida¹⁸.

Es bien sabido que los pacientes crónicos, como aquellos que padecen DM 2, presentan una actitud más negativa frente a la enfermedad, esto puede deberse al miedo a las complicaciones y los síntomas lo que afecta el funcionamiento psicosocial y ocupacional y puede empeorar la evolución de la enfermedad, las cuales son barreras para una terapia eficaz; asimismo, los sentimientos de enojo, culpa, resentimiento, miedo y tristeza interfieren con el individuo. Las personas con diabetes Mellitus tipo 2 pueden desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico¹⁹.

Sin embargo no se han encontrado estudios sobre el papel que juegan las distorsiones negativas en el diabético tipo 2 y son pocos los encontrados para diabetes tipo 1.

Tampoco se trata de otorgar a las distorsiones cognitivas un papel causal sobre la vulnerabilidad sino que éstas desempeñan, al menos, un factor concomitante y agravante de las alteraciones anímicas²⁰.

También se han identificado algunas características diferenciales entre los trastornos de anímicos de mayor prevalencia que podrían indicar el camino hacia el establecimiento de perfiles característicos y el desarrollo de programas de prevención¹⁶. Es por eso que en diversos estudios se puede predecir el nivel de depresión por variables que se derivan de los modelos conductual, de actitudes disfuncionales²¹.

En programas de tipo cognitivo conductual donde se ha evaluado, la vulnerabilidad emocional como el estrés, y la glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipos 2, se ha observado la mejora tanto en los niveles de estrés, así como en el control glucémico²².

Lo que demuestra el beneficio de las terapias, una de las más utilizadas es la terapia cognitivo- conductual que se ha consolidado como una arma poderosa y de primera línea en el tratamiento de enfermedades psicopatológicas, y está avalada por un impresionante número de investigaciones. En las últimas décadas ha crecido su uso en la atención primaria²³.

Uno de los objetivos de las intervenciones psicológicas o psicosocial en el proceso de enfermedad es ayudar a que los pacientes utilicen sus defensas adaptativas para enfrentarse adecuadamente con los sentimientos negativos que acompañan la enfermedad, demostrando mejores resultados la cognitivo conductual²⁴.

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento, el manejo de la depresión y la ansiedad con herramientas cognitivo-conductuales, como por ejemplo, la teoría de Beck, para el manejo de la depresión, el manejo de las ideas irracionales que plantea Ellis, el entrenamiento en autoeficacia que propone Albert Bandura podrían ayudar a los pacientes a evitar cogniciones irracionales²⁵.

Tomando en cuenta que la diabetes mellitus es una enfermedad que indiscutiblemente tiene efectos sobre la calidad de vida de las personas que la padecen, los comportamientos creencias y emociones derivadas de esta condición crónica modulan en gran medida el impacto que tendrá sobre la calidad de vida del paciente²⁶.

El uso de la terapia cognitivo conductual ha sido aplicada en diferentes edades, tanto en la infancia como en la edad adulta así como en personas mayores con padecimientos crónicos teniendo un resultado positivo ²⁷. En diversos estudios que se han realizado se ha observado que ha mayor tiempo de cronicidad mayor deterioro de la calidad de vida y mayor percepción de gravedad de su enfermedad²⁸.

Como se mencionó anteriormente las modificaciones en los niveles de control metabólico se relaciona con el estilo de vida, así como también el afrontamiento cognitivo y emocional por lo que las modificaciones en el estilo de vida deben incluir el manejo emocional , es por eso que se requiere más que un enfoque multidisciplinario una tendencia a la disciplina lo cual parece lejano en nuestras unidades de medicina familiar , debido a que no existen en estas clínicas, profesionales de la psicología, que lleven a la práctica estrategias de evaluación, intervención y seguimiento, en pacientes deprimidos en pro de una atención integral, y aunque en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se reconoce la

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

Importancia de la atención psicológica en la diabetes, los psicólogos y psiquiatras, se ubican principalmente en segundo y tercer nivel atención y resultan insuficientes para atender a toda la población que requiere de estos servicios especializados²⁹.

VIII.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pirámide de la población ha ido en aumento por la mayor esperanza de vida y disminución de la fecundidad, esto ha traído como consecuencia el aumento de patologías crónicas, una de las más frecuentes y que producen complicaciones en el paciente, es la diabetes, afectando no solo su salud física si no su estado emocional y el de la familia, así como su calidad de vida.

En la actualidad hay más de 346 millones de personas diabéticas en el mundo, sin embargo la Federación Internacional de la Diabetes estima unos 20 millones, generando un gasto en tratamiento y control, de aproximadamente 465 billones de dólares, así mismo, a causa de las complicaciones de esta enfermedad, mueren 4.6 millones de personas en el mundo, es decir, aproximadamente una persona cada 7 segundos fallece. Los efectos físicos y emocionales deterioran la calidad de vida del enfermo, así como de su entorno familiar, lo que conlleva a la pérdida de la salud.

Participar en el control adecuado del paciente diabético es fundamental, identificar los diferentes factores que condicionan su control sin dejar a un lado el aspecto psicológico, ya que es una enfermedad multifactorial que requiere cambios en el estilo de vida de las personas, esto influye notablemente en el funcionamiento psicológico y psicosocial de quienes la padecen. Además, el sistema nervioso y el endocrino no actúan de forma autónoma, sino que están estrechamente relacionados; ambos constituyen un sistema psiconeuroendocrino, capaz de integrar y coordinar las funciones metabólicas del organismo.

En el primer nivel de atención como médicos familiares podemos identificar distorsiones cognitivas, los pacientes con estas distorsiones presentan mayor riesgo de alteraciones emocionales, las cuales producirán alteraciones en la percepción acerca de si mismo, del mundo y del futuro y lo llevan a ser más susceptibles y más vulnerables a desarrollar trastornos psicopatológicos. Los pensamientos que presentaran estos pacientes ocultaran, ignoraran o disfrazan la realidad y harán imposibles nuestros esfuerzos para que el paciente tenga una adecuada adherencia terapéutica.

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

Es bien conocida que la efectividad del tratamiento médico de las patologías crónicas esta medida por la adhesión al tratamiento por parte del paciente, dicha adhesión esta notablemente influenciada por el funcionamiento cognitivo, emocional conductual y social del individuo, por lo que hay que considerar los aspectos psicológicos como factores intervinientes en la salud en general.

En estudios en los que se ha evaluado las distorsiones cognitivas en pacientes con enfermedades crónicas, se ha demostrado el papel que juegan las emociones negativas interfiriendo en el control del paciente, afectando su calidad de vida.

En algunos casos el paciente a pesar de los intentos del médico por lograr que esté controlado metabólicamente esto no es posible. En nuestro ejercicio profesional no identificamos dichas alteraciones limitándonos a tratar la patología orgánica, pudiendo ser estos factores que contribuyan al mal control metabólico y a la dificultad para la adherencia terapéutica.

Existen estudios en pacientes diabéticos tipo 1, en los que se ha observado que las distorsiones cognitivas se ven asociadas a mayor estrés, el cual a su vez repercute en una menor adherencia en el tratamiento y como consecuencia en un deficiente control metabólico.

De ahí la importancia de identificar alteraciones cognitivas y darles atención médica y psicológica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, sin embargo, no se han encontrado estudios acerca de la frecuencia de dichas alteraciones en pacientes diabéticos, son pocos los estudios que hablan sobre distorsiones cognitiva y control metabólico en pacientes tipo 1, además son estudios realizados en EU., no se encontró uno para diabetes tipo 2.

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las detecciones encontradas de distorsiones cognitivas en pacientes diabéticos tipo 2, de la Umf No. 80, a través de la escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck?

IX.- JUSTIFICACION

IX. JUSTIFICACIÓN

Las últimas estadísticas indican que de cada cien egresos hospitalarios en el país, tres son por diabetes mellitus, la tasa de morbilidad hospitalaria más elevada se presenta en la población de 75 a 79 años, a nivel nacional en 2009, mueren por diabetes mellitus 72 de cada 100 mil habitantes. La tasa de mortalidad observada por cada 100mil habitantes en 2009, fue de 69.92 para los hombres y 74.35 para las mujeres.

En nuestra unidad de MF 80 se cuenta con 18, 250 pacientes confirmados con diabetes mellitus.

Se sabe que las distorsiones cognitivas alteran la calidad de vida de los pacientes crónicos, predisponiéndolos a desarrollar trastornos psicopatológicos, los cuales disminuyen su motivación. El detectar oportunamente estas alteraciones en individuos con perfil de riesgo como los diabéticos es beneficioso para el paciente y su familia, nos permitiría abordarlo de una forma integral, que repercutirá en una mejora en la atención médica con mejores resultados terapéuticos lo cual se podría verse reflejado en una mejor calidad de vida, una vez detectado el problema.

En la unidad de Medicina Familiar 80, se evidencia la escasez de estudios que analicen la frecuencia de distorsiones cognitivas en pacientes diabéticos o de otra patología, las cuales, de ser detectadas, podrían ser tratadas mediante reconstrucción cognitiva y a si ser controladas por el mismo paciente, repercutiendo en un mejor control metabólico de este, disminución de complicaciones de la diabetes y una mejor calidad de vida.

Una vez detectado el problema, que tan frecuente son las distorsiones cognitivas, cuales son las más frecuentes en los pacientes diabéticos, si tiene relación o no con el control metabólico. Se busca que este conocimiento permita diseñar y, en su caso, instrumentar intervenciones en la reconstrucción cognitiva dando como resultados mejorar la calidad de vida, Ya que no se puede intervenir

adecuadamente si se desconoce el problema de fondo. Esto a su vez permite individualizar cada caso para un mejor resultado terapéutico.

Por lo anterior mencionamos lo importante en incluir el manejo emocional y aunque en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se reconoce la importancia de la atención psicológica en la diabetes, los psicólogos y psiquiatras, se ubican principalmente en segundo y tercer nivel atención y resultan insuficientes para atender a toda la población que requiere de estos servicios especializado , además de ser evidente la escasez de estudios que detecten distorsiones cognitivas que pueden predisponer a una persona a padecer padecimientos psicológicos o en muchos casos influir sobre su control metabólico.

X.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

X. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Las distorsiones cognitivas juegan un papel importante en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la frecuencia de las distorsiones cognitivas en los pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, en la UMF No. 80.

OBJETIVOS: ESPECÍFICOS:

Conocer la frecuencia de las distorsiones cognitivas en los pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 mediante la aplicación de la escala de Weissman Beck.

- Identificar si las distorsiones cognitivas participan en el control metabólico del paciente.
- Identificar si la edad participa en la frecuencia de las distorsiones cognitivas.
- Identificar qué tipo de predominio es más frecuente.

XI.- MATERIAL Y MÉTODOS

XI. MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACION DE ESTUDIO.

Pacientes Diabéticos Derechohabientes de la unidad de Medicina familiar No. 80. IMSS.

Pertencientes a la consulta externa de medicina familiar de ambos turnos.

LUGAR DE ESTUDIO

Derechohabientes de la unidad de Medicina Familiar No. 80 IMSS Morelia.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional.

METODO DE OBSERVACION

Comparativo.

TIPO DE ANALISIS

Analítico.

TEMPORALIDAD

Transversal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente con diagnóstico de DM 2.
- Pacientes entre 30-64 años de edad ambos sexos.
- Que acepte participar en el protocolo de estudio.
- Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N. 80.
- Ambos sexos.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Paciente con neoplasia.
- Paciente con diagnóstico de demencia o Alzheimer.
- Paciente con antecedente de enfermedad infecciosa o inflamatoria del cerebro.
- Paciente con alcoholismo o drogadicción.
- Pacientes con pérdidas recientes de un familiar.
- Paciente menor de 30 años y mayor de 65 años.
- Pacientes con patologías psiquiátricas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente que no aceptó participar.
- Que no termine el cuestionario DAS.
- Que durante el cuestionario no entendió o comprendió las preguntas.
- Paciente el cual no se encuentre completos sus datos en el expediente electrónico.

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

Variable independiente: Distorsiones cognitivas.

Variable dependiente: Adultos con diabetes mellitus.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

A.- DESCRIPCION VARIABLES INDEPENDIENTES

1.-Aprobación:

Definición conceptual: Distorsión cognitiva en la que la persona estará pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales, y será muy sensible a las señales.

Clasificación de variable según la medición: Cualitativo.

Indicador: más de 15 puntos, dominio alterado.

Escala de Medición: dicotómica.

2.- Amor:

Definición conceptual: La persona se valorará en función del amor de otras personas. Esto le generará una extrema dependencia y una baja autoestima cuando crea no tenerlo o sea rechazada.

Clasificación de variable según medición: Cualitativo.

Indicador: más de 15 puntos, dominio alterado.

Escala de Medición: dicotómica.

3.- Ejecución

Definición conceptual: La persona estará extremadamente pendiente de ser competente en sus tareas poniendo su valor en manos de los resultados conseguidos, expuestos a las situaciones que considere como fracasos y excesivamente centrados en el trabajo, olvidando otros aspectos de la vida como el ocio o la diversión.

Clasificación de variable según medición: Cualitativo.

Indicador: más de 15 puntos, dominio alterado.

Escala de Medición: dicotómica.

4.- Perfeccionismo:

Definición conceptual: La persona estará excesivamente pendiente de no cometer errores en sus actividades, se exigirá hacerlo todo sin falta, y ante la mínima desviación se valorará negativamente a sí misma, de manera rígida, o a otros si no cumplen con sus normas. Su actitud general será de rigidez con poca flexibilidad ante los cambios de la vida.

Clasificación de variable según medición: Cualitativo.

Indicador: más de 15 puntos, dominio alterado.

Escala de Medición: dicotómica.

5.-Derecho sobre otros:

Definición conceptual: La persona creerá de manera egocéntrica (centrada en si misma) que tiene unos derechos que los otros deben de corresponder, olvidándose de los propios derechos y deseos de los demás que no tienen por qué coincidir con los personales. Sera fácil presa de la ira.

Clasificación de variable según medición: Cualitativo

Indicador: más de 15 puntos, dominio alterado.

Escala de Medición: dicotómica.

6.- Omnipotencia:

La persona se creerá excesivamente responsable de la conducta y los sentimientos de las otras personas con las que se relacionan, como si aquellas dependieran como “bebes” de ella. Se olvidará y hasta anulará las decisiones de los demás. No tendrá en cuenta que los demás son responsables de sí mismos.

Clasificación de variable según medición: Cualitativo.

Indicador: más de 15 puntos, dominio alterado.

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

Escala de Medición: dicotómica.

7.- Autonomía:

Definición conceptual: La persona creerá que sus sentimientos son inmodificables o dependen de las situaciones que viven, por lo que estará a merced de ellos. No se dará cuenta de que esos sentimientos dependen en gran parte de su forma de interpretar los acontecimientos y de las decisiones de sus actos, y que por lo tanto puede llegar a controlarlos en gran parte.

Clasificación de variable según medición: Cualitativo.

Indicador: más de 15 puntos, dominio alterado.

Escala de Medición: dicotómica.

B.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES

Variables Clínicas

Presión Arterial Sistólica:

Definición conceptual: Corresponde al valor máximo de la tensión arterial en sístole. Se refiere al efecto de la presión que ejerce la sangre eyectada del corazón sobre la pared de los vasos.

Clasificación de variable: Cuantitativa.

Indicador: mm Hg.

Escala de Medición entre 100 y 140 mm Hg (lo ideal sería tener una presión sistólica que no superara los 120 mm Hg, o, a lo más, los 130 mm Hg.

Presión Arterial diastólica:

Definición conceptual: Corresponde al valor mínimo de la tensión arterial cuando el corazón está en diástole o entre latidos cardiacos. Depende fundamentalmente

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

de la resistencia vascular periférica. Se refiere al efecto de la distensibilidad de la pared de las arterias, es decir el efecto de la presión que ejerce la sangre sobre la pared del vaso.

Clasificación de variable: Cuantitativa.

Indicador: mm Hg.

Escala de Medición entre 60 y 90 mm Hg (lo ideal sería tener una presión diastólica por debajo de los 90mm hg).

Índice de masa corporal o índice de quetelet:

Definición conceptual: Medida que se obtiene dividiendo el peso del cuerpo entre la talla al cuadrado.

Definición operacional: Kilogramo sobre metro cuadrado.

Clasificación de variable: Cuantitativa.

Indicador: kg/M².

Escala de Medición continúa.

Género:

Definición conceptual: Accidente Gramatical que aparece en el sustantivo, el adjetivo, el pronombre, y el artículo, que indica si son masculinos o femeninos o neutros.

Definición Operacional: Femenino y Masculino

Clasificación de la variable: Cualitativa

Edad:

Definición Conceptual: Años de vida del paciente

Definición operacional: En años.

Clasificación de la variable cuantitativa.

VARIABLES BIOQUÍMICAS

Glucosa en ayuno:

Definición conceptual: Monosacárido (C H O), que representa la principal fuente de energía que se encuentra en el plasma sanguíneo y resulta de al menos horas de ayuno.

Clasificación de la variable: Cuantitativa.

Indicador: mg/dl.

Escala de Medición: Ordinal.

Valores Normales: 70-130mg/dl.

Colesterol:

Definición conceptual: Es un esteroide (lípidos) que se encuentra en los tejidos corporales y en plasma sanguíneo de los vertebrados. Se presenta en altas concentraciones en el hígado, médula espinal, páncreas y tejido cerebral.

Clasificación de la variable: Cuantitativa.

Indicador: mg/dl.

Escala de Medición: Ordinal.

Valores Normales: 50-200 mg/dl.

Triglicéridos:

Definición conceptual: Sustancias lipídicas distribuidas en diversos tejidos del organismo formadas por la combinación de tres moléculas esterificadas de ácidos grasos como glicerol, siendo la principal forma de almacenamiento de energía en el organismo.

Clasificación de la variable: Cuantitativa.

Indicador: mg/dl.

Escala de Medición: Ordinal.

Valores Normales: 50-200 mg/dl.

ESTIMACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Utilizamos la fórmula de población finita ya que conocemos el total de la población. Con un resultado de 154 pacientes.

Sin embargo se realizó la escala DAS a 189 pacientes, esperando que no se encontraran datos en el expediente electrónico o no cumplieran con los criterios de inclusión.

DESCRIPCION OPERATIVA DEL ESTUDIO

Primera etapa: Se realizó la búsqueda de paciente diabético por el investigador, una vez que se obtuvo el protocolo aprobado por el comité local de investigación en salud, y previo consentimiento informado. Se realizó en la sala de espera de los consultorios de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N.80 IMSS, de ambos turnos, siguiendo un orden por consultorio.

A los pacientes que se identificó que cumplían con los criterios de selección se les invito a participar en el protocolo de estudio, se les explico en qué consistiría, se les informo que su participación consistía en responder un cuestionario que detecta las distorsiones cognitivas, explicándolo en términos en los que el

paciente lo entendió. Se le explico al paciente que sus datos eran obtenidos de forma confidencial y que no se divulgaría su identidad pudiendo retirarse en cualquier momento del estudio sin que esto afectara su atención médica.

A los pacientes que aceptaron participar se trasladaron a una oficina junto con el investigador esto con la finalidad, de realizar el interrogatorio en condiciones óptimas y se respetó la privacidad del paciente, donde se otorgó un consentimiento informado para la aplicación de dicho cuestionario y se aplicó el cuestionario denominado escala de DAS (Escala de actitudes disfuncionales) de Weismman de Beck para detectar distorsiones cognitivas. La forma como se evaluó la escala es dicotómica, presenta 35 ítems presentando 7 dominios el instrumento, para cada grupo de creencias o dominios que sume un total de 15 o más puntos se considera con distorsión cognitiva que va a generar problemas en ese dominio. Así mismo se registraron en el carnet de citas que se aplicó la escala DAS, esto último en la mayoría de los pacientes ya que algunos no contaban con él en ese momento.

Se citó al paciente ocho días después para entrega de resultados, o en algunos casos en los que el estudio no detecto ninguna distorsión cognitiva, el resultado se dio a conocer al paciente poco después de terminado de aplicado el instrumento DAS.

Posteriormente se revisó el expediente electrónico tomando en cuenta las tres últimas cifras de glicemia en ayuno, así como el IMC, presión arterial colesterol y triglicéridos, para catalogarlo como controlado o no controlado. Se tomó en cuenta que coincidiera la fecha de la encuesta DAS con el registro del expediente electrónico.

Se excluyó del estudio a derechohabientes que no entendieron o comprendían las preguntas, así como aquellos que completaron el cuestionario sin embargo no se encontraban registros de laboratorio o tensión arterial , IMC.

INTEGRACION DE GRUPOS

Se tomó la cifra de glicemia en ayuno del paciente como lo indica los criterios de calidad del IMSS la guía de práctica clínica y la norma oficial mexicana. Cifra igual o menor a 130mgdl con control glicémico adecuado así como IMC menor a 25, lípidos y presión arterial normal para control metabólico.

DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS

La escala DAS (escala de actitudes disfuncionales) valora 7 de las principales distorsiones cognitivas encontradas en ser humano. La cual fue diseñada por Weissman (1978) con la modificación de Beck por lo que se atribuye a ambos autores.

Consta de una escala de 35 ítems para cada grupo de creencias que sume un total de 15 o más puntos se considera que va a generar problemas en ese tema al que se refiere.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1.- Aprobación: | De la actitud 1 a la 5 |
| 2.- Amor: | De la actitud 6 a la 10 |
| 3.- Ejecución: | De la actitud 11 a la 15 |
| 4.- Perfeccionismo: | De la actitud 16 a la 20 |
| 5.- Derecho sobre los otros: | De la actitud 21 a la 25 |
| 6.- Omnipotencia: | De la actitud 26 a la 30 |
| 7.- Autonomía: | De la actitud 31 a la 35 |

Para cada grupo de creencias que sume un total de 15 o más puntos se consideran que va a generar problemas en ese tema al que se refiere.

- **Aprobación:**

La persona estará pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales, y será muy sensible a las señales que los demás le muestren sobre sus comportamientos, actitudes, etc.

Es legítimo el hecho de querer tener un cierto nivel de aprobación por parte de los demás, sin embargo cuando ya se convierte en una necesidad en sí misma con comportamientos muy activos, casi obsesivos, en la dirección de obtenerla estamos hablando de una actitud disfuncional que nos hace depender y en mucho de la valoración que los demás tengan de nosotros.

La necesidad de aprobación disfuncional conlleva el tener que buscar el “aprobado” de los demás de una manera casi obsesiva, con emociones negativas e incertidumbre.

- **Amor:**

La persona se valorará en función del amor de otras personas. Esto le generará una extrema dependencia y una baja autoestima cuando crea no tenerlo o sea rechazada.

Lo anterior lleva a establecer patrones de comportamiento problemáticos, no adaptativos, que son modulados por dicha necesidad patológica: entre ellos, los de búsqueda excesiva de gestos de amor, renunciando a sus derechos personales, involucrarse en tareas que nadie quiere hacer, llamar la atención de manera desmedida.

Los individuos pasarán por diversas fases y estados que pueden ir desde una dependencia emocional a estados depresivos y problemas significativos de autoestima.

- **Ejecución:**

La persona estará extremadamente pendiente de ser competente en sus tareas poniendo su valor en manos de los resultados conseguidos, expuestos a las situaciones que considere como fracasos y excesivamente centrados en el trabajo, olvidando otros aspectos de la vida como el ocio o la diversión. Esta actitud disfuncional aparece comúnmente asociada a niveles altos de perfeccionismo patológico: darse a valer como persona por el logro conseguido es poner en manos de las ejecuciones nuestro propio valor así como el de los otros, sin tener en cuenta otras características personales que hacen que una persona pueda ser considerada como valiosa. Por ello, la tendencia estará en la competitividad, una orientación excesiva al trabajo perfecto, etc., a costa de la renuncia a actividades lúdicas y de disfrute.

- **Perfeccionismo:**

La persona estará excesivamente pendiente de no cometer errores en sus actividades, se exigirá hacerlo todo sin falta, y ante la mínima desviación se valorará negativamente a sí misma, de manera rígida, o a otros si no cumplen con sus normas. Su actitud general será de rigidez con poca flexibilidad ante los cambios de la vida.

- **Derecho sobre otros:**

La persona creará de manera egocéntrica (centrada en si misma) que tiene unos derechos que los otros deben de corresponder, olvidándose de los propios derechos y deseos de los demás que no tienen por qué coincidir con los personales. Será fácil presa de la ira.

- **Omnipotencia:**

La persona se creará excesivamente responsable de la conducta y los sentimientos de las otras personas con las que se relacionan, como si aquellas dependieran como “bebes” de ella. Se olvidará y hasta anulará las decisiones de los demás. No tendrá en cuenta que los demás son responsables de sí mismos.

- **Autonomía:**

La persona creerá que sus sentimientos son inmodificables o dependen de las situaciones que viven, por lo que estará a merced de ellos. No se dará cuenta de que esos sentimientos dependen en gran parte de su forma de interpretar los acontecimientos y de las decisiones de sus actos, y que por lo tanto puede llegar a controlarlos en gran parte.

Aquellos pacientes que acudieron a la cita y que se identificó con distorsiones cognitivas y que manifestaron tener problemas por dichas actitudes se les envió a psicología si así lo desearon.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística para las variables categóricas se expresó en frecuencias y porcentajes.

Se utilizó Anova (análisis de varianza) para la edad.

El análisis del cuestionario se evaluará mediante análisis cualitativa.

Se evaluó mediante pruebas no paramétricas (chi cuadrada de Pearson), se realizaron tablas de contingencia, para asociar todos los diferentes dominios del instrumento y obtener su riesgo relativo, asociado a un no control. Se estimó el riesgo con intervalo de confianza al 95%.

Se utilizó alfa de Cronbach, método de mitades de Guttman y Spearman – Brown. Para la validez del instrumento con una muestra de 147 pacientes.

El análisis de fiabilidad del instrumento con un total de .789 para α Cronbach, y de .855 para Spearman- Brown.

El análisis de datos se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 18.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este protocolo cumplió con los requisitos estipulados en la declaración de Helsinki de 1975 y la Norma Oficial Mexicana en materia de investigación de Ley General de Salud, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica, es un estudio que asegura la confidencialidad de los datos otorgados por los participantes, la seguridad de las intervenciones propuesta, además requiere y estipula la autorización del participante mediante un consentimiento informado, el participante conserva su autonomía y libertad para ejercer su decisión en caso de desear retirarse del estudio.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- ya que en estos pacientes serán tratados prevaleciendo el criterio de respeto a su dignidad individual, así como la protección de sus derechos y bienestar de cada uno. Artículo 14.- ya que todos los pacientes serán tratados bajo los principios científicos, éticos y contarán con el consentimiento informado y por escrito de los participantes o su representante legal. Artículo 16.- en el presente estudio se mantendrá la privacidad de cada individuo sujeto de la presente investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

El propósito de la presente investigación es detectar distorsiones cognitivas en pacientes con diabetes, para en base al resultado obtenido emplear técnicas terapéuticas y profilácticas que ayuden al paciente diabético a controlar estas distorsiones para mejorar su control metabólico y calidad de vida, teniendo una visión con enfoque de riesgo, preventiva, continua, e integral de la diabetes.

Este proyecto está basado en base a las Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos .La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del

paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente".

La preocupación por el interés del individuo siempre prevalecerá sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

Siempre se respetó el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Se tomaron precauciones para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad. El beneficio de la presente investigación es mayor que el riesgo de la misma.

Al ser publicados los resultados de la presente investigación no se alteraran los mismos, manteniendo la exactitud de los mismos. Basándonos en la presente declaración. En la presente investigación se proporcionara la información suficiente del objetivo, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que les pueda acarrear, a cada posible participante, así como que son libres de elegir participar o abstenerse, así como poder revocar su consentimiento que ha otorgado a participar. Se tomara en cuenta el tratamiento de la persona enferma, el médico debe tener la libertad de usar un nuevo método diagnóstico y terapéutico, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.

La negativa del paciente a participar en un estudio no debe nunca interferir en la relación médico-paciente.

XII.- RESULTADOS

XII. RESULTADOS

Se incluyeron a 189 pacientes con diagnostico de diabetes Mellitus tipo 2, 112 (59.2%) correspondieron al sexo femenino y 77 (40.7%) al sexo masculino. El rango de edad fue de 30 a 60 años. Con la finalidad de analizar si la edad era un factor para asociarlo con las distorsiones se agruparon en 4 grupos. De 30 a 39 años fueron 21 (11.1%) participantes, 40 a 49 años con 58 (30.6%), de 50 a 60 años 94 (49.7%) y más de 60 años con 16(8.4%) participantes.

Se les aplico la encuesta de actitudes disfuncionales a los 189 diabéticos, se revisó el expediente electrónico del cual se obtuvo el último reporte de glucosa, hipertensión arterial, triglicéridos, y colesterol así como IMC. Las características de las variables por laboratorio para los diabéticos en control glucémico fue de 112 con una media de 115.43 ± 1.2 y para el grupo descontrolado le correspondió a de 77 pacientes y sus media fue de 203.64 ± 7.8 . Para el colesterol en el grupo controlado le correspondió 115 pacientes con una media de 165.00 ± 2.2 , los descontrolados fueron 74 y sus media de 233.90 ± 3.4 , para los triglicéridos con cifras controladas fueron 98 y sus media de 133.70 ± 1.7 , los descontrolados fueron 91 con una media de 256.23 ± 12.3 . Como se puede observar en el cuadro I.

Cuadro I. Características de las variables de laboratorio por grupo.

Se puede observar que de las variables de laboratorio, el mayor descontrol se encuentra en los triglicéridos, seguido de la glucosa.

VARIABLE	N	EN CONTROL $\bar{X} \pm E.E$	N	SIN CONTROL $\bar{X} \pm E.E$	t	Sig
PAD	154	120 ± 0.4	35	140.02 ± 0.8	16.230	.000*
PAS	154	73.59 ± 0.4	35	88.02 ± 0.8	16.230	.000*
Glucosa	112	115.43 ± 1.2	77	203.64 ± 7.8	13.226	.000*
Colesterol	115	165.00 ± 2.2	74	233.90 ± 3.4	17.306	.000*
Triglicéridos	98	133.70 ± 1.7	91	256.23 ± 12.3	10.158	.000*

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

Cuadro II. Medida de asociación entre IMC y género del participante

En cuanto al estado nutricional de acuerdo al IMC, se encontró con bajo peso el 1.1% (2) y le correspondió al sexo femenino, IMC dentro del rango normal fue del 18.6% (35) de los cuales el 10.1% (19) fue para el sexo femenino y el 8.5% (16) al masculino, el sobre peso se encontró en el 50.8% (96) de los cuales 30.2% (57) fueron para el sexo femenino y el 20.6% (39) al masculino, los diferentes grados de obesidad se encontró en el 29.6% (56), predominando la obesidad grado I y se observo el mismo patrón de predominar en el sexo femenino. Cuadro II.

		<u>Genero del participante</u>			
			Femenino	Masculino	Total.
IMC	Bajo peso	Frecuencia	2		2
		% del total	1.1%		1.1%
IMC	Normal	Frecuencia	19	16	35
		% del total	10.1%	8.5%	18.5%
IMC	Sobrepeso	Frecuencia	57	39	96
		% del total	30.2%	20.6%	50.8%
IMC	Obesidad I	Frecuencia	27	17	44
		% del total	14.3%	9.0%	23.3%
IMC	Obesidad II	Frecuencia	7	1	8
		% del total	3.7%	0.5%	4.2%
IMC	Obesidad III	Frecuencia	3	1	4
		% del total	1.6%	0.5%	2.1%
Total		Frecuencia	115	74	189
		% del total	60.8%	39.2%	100.0%

Cuadro III. Presión arterial.

La presión arterial diastólica en rangos de control fueron 154 pacientes con una media de 120 ± 0.4 , descontrolados 35 y sus media fue de 140.02 ± 0.8 . La presión arterial sistólica en rangos de control en 154 pacientes y su media de 73.59 ± 0.4 , los descontrolados fueron 35 y sus media de 88.02 ± 0.8 .

VARIABLE	n	EN CONTROL $\bar{X} \pm E.E$	n	SIN CONTROL $\bar{X} \pm E.E$	t	Sig
PAD	154	120 ± 0.4	35	140.02 ± 0.8	16.230	.000*
PAS	154	73.59 ± 0.4	35	88.02 ± 0.8	16.230	.000*

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

En cuanto a la frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo a la escala DAS, por frecuencia el porcentaje más elevado fue en Omnipotencia con el 15.8%, amor con el 15.30, derechos sobre otros con 14.8%, aprobación con 13.7%, perfeccionismo el 9.6% y ejecución con el 7.4%. **Figura I.**

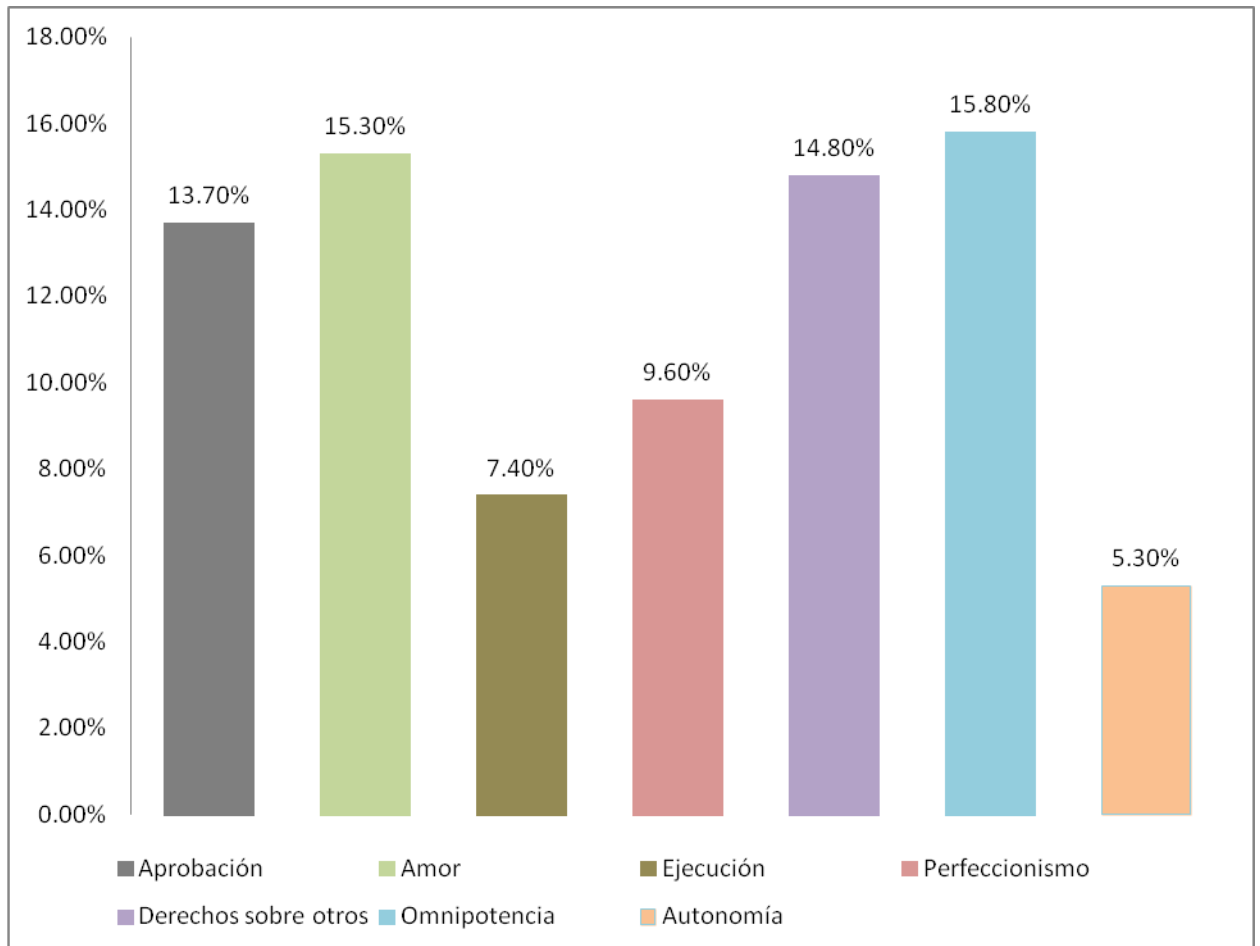


Figura 1. Frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo a la escala DAS. En los diferentes dominios del instrumento. Se puede observar que las distorsiones cognitivas están presentes en los pacientes diabéticos en un rango de 5.3% al 15.8% con un mayor porcentaje en los dominios de omnipotencia y amor.

Cuadro IV. Dominios del instrumento por grupo en base a la glucosa.

La relación de las distorsiones cognitivas con el control o descontrol de la glucosa mostro: en los pacientes en control las medias fueron más elevadas en los dominios de ejecución, perfeccionismo y derecho sobre otros, y en los pacientes sin control las medias más elevadas se encontró en los dominios de: aprobación, amor, ejecución, omnipotencia y autonomía, al buscar significancia estadística en esta asociación solamente se encontró en el dominio de amor con un valor de $p < .005$. Tabla IV.

DOMINIO	EN CONTROL n =112 $\bar{X} \pm E.E$	SIN CONTROL n=77 $\bar{X} \pm E.E$	Sig
Aprobación	5.39 ± 0.4	6.73 ± 0.6	.086
Amor	5.98 ± 0.4	8.68 ± 0.7	.001*
Ejecución	6.25 ± 0.4	5.87 ± 0.4	.588
Perfeccionismo	6.91 ± 0.4	6.63 ± 0.5	.708
Derechos sobre otros	7.33 ± 0.5	7.15 ± 0.6	.829
Omnipotencia	7.52 ± 0.5	7.62 ± 0.6	.909
Autonomía	5.54 ± 0.3	5.75 ± 0.4	.752

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$)

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

Al analizar los dominios y relacionarlos con o sin distorsión y el control de la glucosa se encontró: aprobación con distorsión predominio en los pacientes no controlados, sin distorsión predominio en los pacientes en control, con significancia estadística con $p > .05$ y su riesgo relativo de 1.517(1.034,2.225), amor en el grupo con distorsiones predominio en los pacientes sin control y sin distorsión el mayor porcentaje fue para los pacientes en control, con significancia estadística y su riesgo relativo fue de 2.069 (1.520,2.816), ejecución, en los pacientes con distorsión, el porcentaje más elevado se encontró en pacientes en control y los pacientes sin distorsión también su porcentaje más elevado fue en el grupo en control, pero sin significancia estadística y su RR fue de .685(.294,1.597), perfeccionismo en los pacientes con distorsión predominio en los pacientes en control, en los pacientes sin distorsión predominio en el grupo en control, sin significancia estadística y su RR fue de .621(.287,1.345), omnipotencia en los pacientes con distorsión el porcentaje más elevado fue en el grupo en control y sin distorsión también en este grupo su frecuencia fue mayor pero sin significancia estadística y su RR fue de .978(.608,1.576), autonomía en los pacientes con distorsión el porcentaje más elevado fue en grupo sin control y sin distorsión fue en el grupo en control, sin significancia estadística y su RR fue de 1.504(.879,2.574). Tabla V.

Cuadro V. GLUCOSA ASOCIADA A DISTORSIONES CONGNITIVAS

FACTOR	Sin control	En control	Sig	Riesgo Relativo
	F (%)	F (%)		(LI, Ls)
APROBACION			.005*	1.517(1.034,2.225) *
Con distorsión	7.9%	5.8%		
Sin distorsión	32.8%	53.4%		
AMOR			.000*	2.069(1.520,2.816) *
Con distorsión	11.1%	4.2%		
Sin distorsión	29.6%	55.0%		
EJECUCIÓN			.336	.685(.294,1.597)
Con distorsión	2.1%	5.3%		
Sin distorsión	38.6%	54%		
PERFECCIONISMO			.177	.621(.287,1.345)
Con distorsión	2.6%	7.4%		
Sin distorsión	38.1%	51.9%		
DERECHOS SOBRE OTROS			.558	.858(.505,1.457)
Con distorsión	5.3%	9.5%		
Sin distorsión	35.4%	49.7%		
OMNIPOTENCIA			.928	.978(.608,1.576)
Con distorsión	6.3%	9.5%		
Sin distorsión	34.4%	49.7%		
AUTONOMÍA			.208	1.504(.879,2.574)
Con distorsión	3.2%	2.1%%		
Sin distorsión	37.8%	56.9%		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

Cuadro VI. Dominios del instrumento por grupo en base a los Triglicéridos.

Al realizar las distorsiones con las concentraciones de los triglicéridos encontramos, en el grupo en control las medias las elevadas se encontraron en los dominios de ejecución, perfeccionismo y derechos sobre otros y en el grupo sin control las medias mas elevadas se encontraron en los dominios de aprobación, amor, onnipotencia y autonomía, se encontró significancia estadística por $p < .05$ en aprobación y amor. Cuadro VI.

DOMINIO	EN CONTROL N =98 $\bar{X} \pm E.E$	SIN CONTROL N=91 $\bar{X} \pm E.E$	Sig
Aprobación	5.13 ± 0.4	6.80 ± 0.6	.029*
Amor	5.59 ± 0.4	8.68 ± 0.6	.000*
Ejecución	6.13 ± 0.4	6.05 ± 0.5	.910
Perfeccionismo	7.21 ± 0.5	6.35 ± 0.4	.230
Derechos sobre otros	7.55 ± 0.5	6.94 ± 0.5	.446
Omnipotencia	7.21 ± 0.5	7.94 ± 0.6	.377
Autonomía	5.50 ± 0.4	5.76 ± 0.4	.678

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$)

Los triglicéridos asociados a distorsiones cognitivas, en el dominio de aprobación en los pacientes con distorsiones el porcentaje más elevado se encontró en el grupo sin control, en los pacientes sin distorsiones la frecuencia más alta fue en el grupo en control, con significancia estadística y un RR de 1.881(1.453,2.434), amor en los pacientes con distorsiones la media más elevada se encontró en el grupo sin control y en los pacientes sin distorsión la media más elevada fue en el grupo en control, con significancia estadística, su RR fue de 1.976(1.544,2.530), dominio de ejecución en los pacientes con distorsión el porcentaje fue el mismo para ambos grupos, en los pacientes sin distorsiones fue discretamente más elevado en el grupo en control, sin significancia estadística y el RR fue de 1.042(.603,1.798), dominio de perfeccionismo, en los pacientes con distorsiones su porcentaje más elevado en el grupo en control, mismo comportamiento en los pacientes sin distorsiones, sin significancia estadística y el RR de .746(.406,1.370), dominio de derechos sobre otros, en los pacientes con distorsiones el porcentaje más elevado fue en el grupo en control, mismo comportamiento para los pacientes sin distorsiones, sin significancia estadística y su RR fue de .873(.554,1.378), para omnipotencia, en los pacientes con distorsiones la media más elevada se encontró en el grupo en control, mismo comportamiento en los pacientes sin distorsiones, sin significancia estadística y su RR fue de .964(.636,1.459) y autonomía, en los pacientes con distorsiones en ambos grupos se encontró la misma frecuencia, en los pacientes sin distorsiones el porcentaje fue discretamente mayor en el grupo en control, sin significancia estadística y su RR fue de 1.035(.547,1.959). Cuadro VII.

Cuadro VII. Los triglicéridos asociados a distorsión cognitiva.

FACTOR	Sin Control F (%)	En Control F (%)	Sig	Riesgo relativo (LI,LS)
APROBACION			.000	1.881(1.453,2.434)
Con distorsión	11.1%	2.6%		
Sin distorsión	37.0%	49.2%		
AMOR			.000	1.976(1.544,2.530)
Con distorsión	12.7%	2.6%		
Sin distorsión	35.4%	93(49.2%		
EJECUCIÓN			.885	1.042(.603,1.798)
Con distorsión	3.7%	3.7%		
Sin distorsión	44.4%	48.1%		
PERFECCIONISMO			.298	.746(.406,1.370)
Con distorsión	3.7%	6.3%		
Sin distorsión	44.4%	45.5%		
DERECHOS SOBRE OTROS			.544	.873(.554,1.378)
Con distorsión	6.3%	8.5%		
Sin distorsión	41.8%	43.4%		
OMNIPOTENCIA			.859	.964(.636,1.459)
Con distorsión	7.4%	8.5%		
Sin distorsión	40.7%	43.4%		
AUTONOMÍA			.917	1.035(.547,1.959)
Con distorsión	2.7%	2.7%		
Sin distorsión	45.7%	48.9%		

Cuadro VIII. Dominios del instrumento por grupo en base al Colesterol.

En la relación de los diferentes dominio y las concentraciones de colesterol encontramos en el grupo en control las medias más elevadas fueron en derechos sobre otros y en omnipotencia, en el grupo sin control las medias más elevadas se encontraron en aprobación, amor, perfeccionismo y autonomía, en ninguno se encontró significancia estadística. Cuadro VIII

DOMINIO	EN CONTROL N =115 $\bar{X} \pm E.E$	SIN CONTROL N=74 $\bar{X} \pm E.E$	Sig
Aprobación	5.34 ± 0.4	6.86 ± 0.7	.051
Amor	6.63 ± 0.4	7.77 ± 0.7	.172
Ejecución	5.99 ± 0.4	6.25 ± 0.5	.707
Perfeccionismo	6.73 ± 0.4	6.89 ± 0.5	.836
Derechos sobre otros	7.26 ± 0.5	7.24 ± 0.6	.974
Omnipotencia	7.75 ± 0.5	7.27 ± 0.6	.566
Autonomía	5.46 ± 0.3	5.89 ± 0.5	.516

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

Cuadro IX. Colesterol asociado a distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas asociadas a las concentraciones de colesterol se encontró en el dominio de probación en los pacientes con distorsiones la frecuencia más elevada en el grupo sin control, en los pacientes sin distorsiones fue más alta en el grupo en control, su RR fue de 1.870(1.318,2.652), para el dominio de amor en los pacientes con distorsiones la frecuencia más alta fue en el grupo sin control y en los pacientes sin distorsiones fue en el grupo en control y su RR fue de 1.522(1.033,2.241), en ejecución para los pacientes con distorsiones su frecuencia más elevada fue en el grupo en control, mismo comportamiento para las pacientes sin distorsiones y su RR fue de .906(.438,1.873), en perfeccionismo, en los pacientes con distracciones la media más elevada fue en el grupo en control, mismo comportamiento para los pacientes sin distorsiones y su RR fue de .935(.504,1.733), en derecho sobre otros, en los pacientes con distorsiones la media más elevada fue en el grupo en control, mismo comportamiento en los pacientes sin distorsiones y su valor de RR fue de .980(.528,1.530), para omnipotencia en los pacientes con distorsiones la frecuencia más elevada fue el el grupo en control y mismo comportamiento para los pacientes sin distorsiones y su valor de RR fue de .642(.345,1.196) y autonomía en los pacientes con distorsiones los dos grupos mostraron el mismo porcentaje y en los pacientes sin distorsiones su mayor frecuencia en el grupo en control, su valor de RR fue de 1.290(.676,2.463). En ninguno se encontró significancia estadística. Cuadro IX.

Cuadro IX. Colesterol asociado a distorsiones cognitivas

FACTOR	Sin control	En control	Sig	Riesgo Relativo (LI,Ls)
	F (%)	F (%)		
APROBACION			.006	1.870(1.318,2.652)
Con distorsión	9.0%	4.8%		
Sin distorsión	30.2%	56.1%		
AMOR			.055	1.522(1.033,2.241)
Con distorsión	8.5%	6.9%		
Sin distorsión	30.7%	54.0%		
EJECUCIÓN			.784	.906(.438,1.873)
Con distorsión	2.6%	4.8%		
Sin distorsión	36.5%	56.1%		
PERFECCIONISMO			.828	.935(.504,1.733)
Con distorsión	3.7%	6.3%		
Sin distorsión	35.4%	54.5%		
DERECHOS SOBRE OTROS			.686	.898(.528,1.530)
Con distorsión	5.3%	9.5%		
Sin distorsión	33.9%	51.3%		
OMNIPOTENCIA			.127	.642(.345,1.196)
Con distorsión	4.2%	11.6%		
Sin distorsión	34.9%	49.2%		
AUTONOMÍA			.479	1.290(.676,2.463)
Con distorsión	2.7%	2.7%		
Sin distorsión	36.7%	58.0%		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

En la relación de las distorsiones cognitivas y la presión arterial, en el grupo en control los dominios que mostraron las medias más elevadas fueron: omnipotencia y autonomía, en el grupo sin control fue en aprobación, amor, ejecución, perfeccionismo y derecho sobre otros, en ninguno se encontró significancia estadística. **Cuadro X.**

Cuadro X. Dominios del instrumento por grupo en base a la presión arterial.

DOMINIO	EN CONTROL N =154 $\bar{X} \pm E.E$	SIN CONTROL N=35 $\bar{X} \pm E.E$	Sig
Aprobación	5.73 ± 0.4	6.86 ± 1.0	.251
Amor	6.87 ± 0.4	8.00 ± 1.1	.280
Ejecución	5.88 ± 0.3	7.02 ± 0.9	.195
Perfeccionismo	6.77 ± 0.4	6.91 ± 0.7	.879
Derechos sobre otros	7.04 ± 0.4	8.20 ± 1.0	.258
Omnipotencia	7.77 ± 0.4	6.62 ± 0.8	.279
Autonomía	5.65 ± 0.3	5.51 ± 0.7	.865

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

La presión arterial asociada a las distorsiones cognitivas en los diferentes dominios encontramos: en aprobación en los pacientes con distorsiones el porcentaje más elevado fue en el grupo en control y mismo comportamiento para los pacientes sin distorsiones, con significancia estadística con $p > .05$ y su RR fue de 2.170(1.150,4.095), para amor en los pacientes con distorsiones la frecuencia más alta fue en el grupo control, mismo comportamiento para los pacientes sin distorsiones, sin significancia estadística y su RR fue de 1.635(.826,3.235), para ejecución en los pacientes con distorsiones la frecuencia más elevada fue en el grupo en control mismo comportamiento para los pacientes sin distorsiones, sin significancia estadística y su RR fue de 1.613(.664,3.918), perfeccionismo, en los pacientes con distorsiones su frecuencia más elevada fue en el grupo en control y mismo comportamiento para los pacientes sin distorsiones, sin significancia estadística y su RR fue de .839(.284,2.481), derechos sobre otros la frecuencia más elevada con y sin distorsiones fue en el grupo en control, sin significancia estadística y su RR fue de 1.438(.697,2.967), en omnipotencia, mismo comportamiento anterior con el predominio en el grupo en control, sin significancia estadística y su RR fue de .321(.081,1.268) y autonomía también las distorsiones cognitivas presentaron el porcentaje más elevado en el grupo en control, se existió significancia estadística y su RR fue de 1.079(.301,3.869).

Cuadro XI. Presión Arterial asociada a distorsiones cognitivas.

FACTOR	Sin control	En control	Sig	Riesgo Relativo (I,Ls)
	F (%)	F (%)		
APROBACION			.023	2.170(1.150,4.095)
Con distorsión	4.8%	9.0%		
Sin distorsión	13.8%	72.5%		
AMOR			.172	1.635(.826,3.235)
Con distorsión	4.2%	11.1%		
Sin distorsión	14.3%	70.4%		
EJECUCIÓN			.314	1.613(.664,3.918)
Con distorsión	2.1%	5.3%		
Sin distorsión	16.4%	76.2%		
PERFECCIONISMO			.747	.839(.284,2.481)
Con distorsión	1.6%	8.5%		
Sin distorsión	16.9%	73.0%		
DERECHOS SOBRE OTROS			.339	1.438(.697,2.967)
Con distorsión	3.7%	11.1%		
Sin distorsión	14.8%	70.4%		
OMNIPOTENCIA			.068	.321(.081,1.268)
Con distorsión	1.1%	14.8%		
Sin distorsión	17.5%	66.7%		
AUTONOMÍA			.908	1.079(.301,3.869)
Con distorsión	1.1%	4.3%		
Sin distorsión	17.6%	77.1%		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

Se utilizo Anova para comparar edad en los diferentes dominios, para lo cual se dividió en dos subgrupos de 30 a 49 años y de >de 50 años, en aprobación la media más elevada se encontró en el grupo mayor de 50 años, en amor fue en el grupo de 30 a 49 años, ejecución también fue en el grupo de 30 a 49 años, ejecución para los mayores de 50 años, perfeccionismo también en mayores de 50 años, derechos sobre otros fue en el rango de 30 a 49 años, omnipotencia fue en mayores de 50 años y autonomía en mayores de 50 años, en ninguno se encontró significancia estadística. **Cuadro XII.**

Cuadro XII. Anova por grupo de edad.

DOMINIO	n	X+E.E	F	Sig
APROBACIÓN			2.285	.080
30 - 49 AÑOS	79	9.62		
50 - >60 AÑOS	110	13.92		
AMOR				
30 - 49 AÑOS	79	14.19	.106	.957
50 - >60 AÑOS	110	13.57		
EJECUCIÓN				
30 - 49 AÑOS	79	11.32	.510	.676
50 - >60 AÑOS	110	12.83		
PERFECCIONISMO				
30 - 49 AÑOS	79	12.05	.897	.444
50 - >60 AÑOS	110	14.60		
DERECHOS SOBRE OTROS			.435	.729
30 - 49 AÑOS	79	14.53		
50 - >60 AÑOS	110	13.31		
OMNIPOTENCIA			.765	.515
30 - 49 AÑOS	79	13.59		
50 - >60 AÑOS	110	15.87		
AUTONOMÍA			1.30	.274
30 - 49 AÑOS	79	10.12		
50 - >60 AÑOS	110	12.46		

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

Lo que nos lleva a identificar que las distorsiones cognitivas en el área de amor, aprobación y autonomía; eran más frecuentes el número de pacientes descontrolados metabólicamente en glucosa, triglicéridos y colesterol.

Contrario a esto en el área de ejecución, perfeccionismo, derechos sobre otros y omnipotencia se ven más afectados los pacientes con un adecuado control en glucosa, colesterol y triglicéridos. De manera global en dichas áreas la alteración cognitiva que más predomina es la omnipotencia, seguida del amor y la aprobación.

XIII.- DISCUSIÓN

XIII. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con la finalidad de resaltar la importancia de la atención médica integral, abarcando el aspecto psicológico como los esquemas cognitivos, distorsiones cognitivas en nuestros pacientes diabéticos tipo 2, nuestra investigación forma parte de un total de 189 pacientes diabéticos ambos sexos, en la UMF N. 80. se realizó con la finalidad, de detectar distorsiones cognitivas que son comunes en los seres humanos, queriendo observar cual era la frecuencia de distorsiones cognitivas en nuestros pacientes ya que los estudios de investigación sobre distorsiones cognitivas son muy pocos en la literatura médica, aún más difícil encontrar fue la correlación de pacientes diabéticos con las distorsiones cognitivas en la literatura médica, es mucha la literatura que menciona lo poco que se realizan estudios donde se incluyan el aspecto psicológico en los pacientes diabéticos, y los pocos que hay se enfocan más hacia ansiedad y depresión en el paciente diabético, no tomando en cuenta las distorsiones cognitivas como factor de vulnerabilidad emocional.

El presente estudio es muy importante porque es el primer estudio que se hace en la unidad sobre distorsiones cognitivas, y nos menciona como las distorsiones cognitivas pueden participar de manera indirecta en el control del paciente diabético, la importancia del aspecto psicológico en nuestro pacientes, para retomar este aspecto, ya que ha quedado un poco abandonado en nuestra Unidad de medicina familiar, donde los psicólogos y psiquiatras se encuentran ubicados en segundo nivel, además de que no contamos con terapeutas suficientes para poder otorgar una atención integral en nuestros pacientes

El problema principal en nuestros pacientes diabéticos fue el estado nutricional deficiente de acuerdo a su índice de masa corporal, encontrando con peso bajo 1.1 % sobrepeso el 50.8% obesidad tipo 1 23.3% , obesidad tipo 2 ,el 4.2%, obesidad tipo 3 el 2.1% lo que nos habla que de 189 pacientes 154(81%) se encuentran en un estado nutricional deficiente del cual el mayor problema está en

el sobrepeso y obesidad tipo 1. Y que solo el 18.5% de nuestros pacientes diabéticos se encontraban con un peso normal.

La organización mundial de la salud anuncio que en el mundo existen más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad.

Nuestros datos concuerdan con lo publicado en la literatura sobre epidemiología de la obesidad y de nuestras autoridades sanitarias en México a través del ENSANUT 2012. El cual mencionan el problema de sobrepeso y obesidad, más del 50 % de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso y obesidad. Estimado en millones de personas estaríamos hablando de un poco más de 32671 millones además de la epidemia de obesidad se observa en México gran incremento en la incidencia de diabetes tipo 2 y la coexistencia de una u otra condiciones se le ha llamado a nivel global la epidemia gemela. El 80 por ciento de los casos de diabetes tipo 2 están relacionados al sobrepeso y obesidad cifra que es similar en nuestro estudio con un 81%³⁰.

Estas cifras son alarmantes para el futuro de México, el hecho de tener sobrepeso y obesidad conlleva a un mayor riesgo de mortalidad, así como al desarrollo de múltiples padecimientos especialmente enfermedad coronaria diabetes tipo 2, cáncer y apoplejía que hoy por hoy son las principales causas de muerte en nuestro país. Lo que debe demostrar la posibilidad y necesidad de realizar investigación en el nivel primario³¹.

Cabe mencionar que el ENSANUT 2012 el cual aunque registro una disminución en la incidencia de sobrepeso y obesidad en México comparado con el ENSANUT 2006 ya que la tendencia observada en años pasados sugería que para 2012 existirían 53 millones de adultos con este tipo de padecimientos, sin embargo, actualmente existen casi 48 millones de personas, es decir, 5.4 millones menos de los previstos en el año 2006.

En cuanto a la diabetes, en los últimos 6 años el número de personas con diagnóstico de diabetes pasó de 4.3 millones a 6.4 millones, de los cuales, únicamente 1.6 millones tienen un control metabólico adecuado. Asimismo, existen 22.4 millones de mexicanos mayores de 20 años que padecen hipertensión arterial, de los cuales, 11.2 millones han sido diagnosticados por un médico y el resto ignora que sufre dicho padecimiento ³².

Las variables de control metabólico con mayor porcentaje de descontrol se presentó en el IMC con sobrepeso y obesidad, así como triglicéridos, la presión arterial sistólica y diastólica estaban en rangos de control en un 81%, lo que llama la atención el grupo tal alto de pacientes con rango de control normal para presión arterial sistólica y diastólica que no concuerda con la literatura, que por el contrario es mucho mayor lo que puede indicar una incongruencia entre las cifras de tensión arterial del paciente y las reportadas en el expediente electrónico.

En cuanto al control metabólico es nuestro estudio es alarmante la cifra tan alta de porcentaje de pacientes con descontrol metabólico y esto concuerda con nuestra literatura consultada que reporta los pobres resultados del control metabólico reportando que solo el 26% tenían un buen control metabólico en contraste con el 74 % restante con mal control metabólico ³³.

Lo que a la vez concuerda con las bajas tasas de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas hasta en 50 % asimismo, los factores psicosociales estarían relacionados con la adherencia al tratamiento, se ha encontrado que existe una correlación directa entre el estrés y la hemoglobina glucosilada, sin embargo la correlación entre el apoyo social y la sintomatología depresiva arrojan resultados contradictorios en los cuales en algunos la sintomatología depresiva no se asoció con adherencia al tratamiento pero si con el estrés ³⁴.

Es por eso que la asociación Americana de Diabetes y la asociación Americana del corazón han recomendado una serie de modificaciones encaminadas a la modificación del estilo de vida, aplicable también a personas con diabetes ³⁵.

Quisimos ver cuál era la frecuencia de distorsiones cognitivas en nuestros pacientes diabéticos según la escala DAS, y si las distorsiones cognitivas participan en el control del paciente diabético, como ya lo mencionamos antes las distorsiones cognitivas están presente desde la niñez y dichas alteraciones pueden influir en nuestra conducta.

Nuestro estudio nos llevó a identificar que en lo pacientes con distorsiones cognitivas en el área de amor, aprobación y autonomía; eran más frecuentes el número de pacientes descontrolados metabólicamente como glucosa, triglicéridos y colesterol. Generalmente las personas con alteraciones en dicho dominios como amor y aprobación, son personas con baja autoestima, que están pendiente de obtener la aceptación de las otras personas incluso, rechazando sus deseos personales, sabemos que es legítimo el querer tener un cierto nivel de aprobación por parte de los demás, sin embargo cuando ya se convierte en una necesidad en si misma con comportamientos muy activos, casi obsesivos. Estamos ante una distorsión cognitiva

Contrario a esto en el área de ejecución, perfeccionismo, derechos sobre otros y omnipotencia se ven más afectados los pacientes con un adecuado control en glucosa, colesterol y triglicéridos. Ya que estos pacientes con distorsión cognitiva en el área de ejecución están extremadamente pendientes de ser competentes en sus tareas, por ello la tendencia estará en la competitividad, y una orientación excesiva a realizar las cosas de forma perfecta, por lo que pueden estar mas preocupadas por su salud y llevar un mayor control

De manera global en dichas áreas la alteración cognitiva que más predomina es la omnipotencia, seguida del amor y la aprobación.

Nuestro estudio demuestra que las distorsiones cognitivas participan el control del paciente diabético, sobre todo algunas distorsiones cognitivas como el amor y la aprobación en la que se encontró significancia y asociación en algunas variables bioquímicas como glucosa y triglicéridos.

Reiterando dichos resultados no los podemos comparar con la literatura en investigación ya que no existen, ya que las líneas de investigación sobre distorsión cognitiva se dirigen más hacia las distorsiones cognitivas como vulnerabilidad para ansiedad y depresión, por lo que nuestro estudio es importante por que servirá de base para futuras investigaciones sobre esta línea, pudiendo así otorgar a nuestros pacientes diabéticos una mejor atención medica, detectando distorsiones cognitivas que lo hacen mas vulnerable a un descontrol en su enfermedad. Sin embargo no podemos otorgar a las distorsiones cognitivas como un solo factor de vulnerabilidad, ya que el control en el paciente d diabético es difícil y su descontrol es multifactorial.

Nuestra investigación de distorsiones cognitivas se basa principalmente siguiendo la teoría de Beck, que plantea que cualquier influencia sobre la cognición debería verse seguida de un cambio en el estado de ánimo y en consecuencia de cambios al nivel de la conducta. La teoría sugiere que el cambio puede producirse indistintamente en cualquiera de las áreas que se incida: sobre emoción, pensamiento y conducta. Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización de la depresión, es por ello que sea llevado en numerosos estudios la efectividad, de la terapia cognitiva con éxito, siguiendo el modelo de Beck, aunque en el área de vulnerabilidad cognitiva son contradictorios los resultados, debido en parte a dificultades metodológicas^{8,36}. Como en ocasiones homogenizar la muestra, instrumentos empleados, tamaños de muestra. Etc.

En cuanto a diferencia de género la literatura menciona que las mujeres en general presentan mayor depresión que los hombres, en algunos casos se asocia las distorsiones cognitivas con la depresión obteniendo resultados significativos, También se asociado para ansiedad siendo significativa.^{19,37}.

Sin embargo la variable por si sola de distorsión cognitiva en cuanto a diferencia de género, no se ha relacionado. En nuestro estudio no hubo significancia estadística en cuanto a género, ni por grupo de edad.

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

En general se puede decir que las investigaciones realizadas tanto en el área de vulnerabilidad cognitiva, presentan resultados poco concluyentes. Esto es en parte debido a una serie de dificultades metodológicas y, en su mayor parte derivados de los problemas en la evaluación de instrumentos, criterios y momentos, y de la heterogeneidad de los grupos incluidos. Por otra parte nuestro estudio, es importante y puede servir como guía de investigaciones futuras que aborden el aspecto cognitivo desde el punto de vista psicológico y asociarlo con diferentes patologías crónicas.

XIV.- CONCLUSIONES

XIV. CONCLUSIONES

1.- Se identificó la frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo a la escala DAS en los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF. No. 80 con un total en los diferentes dominios del instrumento. Para el dominio de aprobación en 13.7%, amor 15.3%, ejecución 7.4% perfeccionismo 9.6% derechos sobre otros 14.8%, omnipotencia 15.8% autonomía 5.3%.

2.- las distorsiones cognitivas que participaron en el control glucémico, y en el control de los triglicéridos fueron aprobación y amor donde además se asoció el riesgo relativo siendo significativo. Las distorsiones cognitivas no se encontró que participaran en el control de colesterol, además de que no hubo una asociación con factor de riesgo en colesterol y en presión arterial.

3.- Las distorsiones cognitivas no se encontró significancia estadística en algún grupo por edad, lo que concuerda con la literatura que menciona que las distorsiones cognitivas están presentes desde la niñez y no se ven influenciadas por la edad.

4.- Las distorsiones cognitivas con mayor predominio fueron que en los pacientes descontrolados en glucosa, triglicéridos y colesterol; es más frecuente la distorsión cognitiva en el área de amor, aprobación y autonomía; contrario a esto en el área de ejecución, perfeccionismo, derechos sobre otros y omnipotencia se ven más afectados los pacientes con un adecuado control en glucosa, colesterol y triglicéridos. De manera global en dichas áreas la alteración cognitiva que más predomina es la omnipotencia, seguida del amor y la aprobación.

XV.- SUGERENCIAS

XV. SUGERENCIAS

- El presente estudio es importante porque demuestra la asociación de algunas distorsiones cognitivas con el control metabólico del paciente diabético, y que por lo tanto nos hace ver la importancia de la atención medica de una forma integral no dejando de lado el aspecto psicológico.
- El médico familiar en el primer nivel de atención podría identificar las distorsiones cognitivas en las diferentes patologías crónicas, para poder intervenir sobre estos esquemas cognitivos, derivar a psicología o a psiquiatría a aquellos pacientes que lo ameriten para modificar conductas.
- Por lo que sugerimos que en nuestro primer nivel de atención medica se contara con psicólogo y psiquiatra, para poder dar una mejor atención medica, así como contar con médicos capacitados en terapia que pudieran ayudar a nuestros pacientes con distorsiones cognitivas para un mejor control de su enfermedad.
- Realizar más estudios sobre esta línea de investigación. con el fin de verificar si existen variaciones en los resultados obtenidos de esta investigación, así como aportar mas sobre este tema que es uno de los pilares de la terapia cognitivo – conductual.
- Promover y realizar talleres sobre la DM con la finalidad de modificar distorsiones cognitivas de estos pacientes, para que desarrollen conductas adecuadas que le permitan llevar una mejor calidad de vida.

XVI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.2010
- 2.-Guia de práctica clínica, Diagnóstico y tratamiento de la diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, 2009, pág. 22
- 3.- Villalpando Salvador, De la Cruz Vanessa, Rojas Rosalba. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population. A probabilistic survey.Rev.Med.Salud Publica 2010; 52(1): 19-26
- 4.-Sánchez Reyes A, González Pedraza A. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada en los pacientes diabéticos.Rev.De especialidades médico quirúrgicas 2011; 16(2):82-88
- 5.- Domínguez Sánchez P,Alhambra Francisco. Control Metabólico en Pacientes Diabéticos Tipo 2: grado de Control y nivel de Conocimientos. Rev. Chilena 2011; 4(1):1-14
6. - Farrell Stephanie, Hains Antony. The Impact of Cognitive Distortions, Stress, and Adherence on Metabolic control in youths with type 1 diabetes. Rev. Journal of adolescent Meath 2004; 34(1):461-467
- 7.- Salvador Carulla L, Aguilera F. El uso del término cognitivo en la terminología de salud. Una controversia latente. Rev. Psiquiatr Salud Ment. 2010; 3(4):137-144
- 8.-Prieto Cuellar M, Vera Guerrero Nieves. Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad. Rev. Clínica y Salud 2007; 18(2):203-219
- 9.- Canario Guzmán J, Báez M .Distorsiones Cognitivas en personas que viven con VIH. Rev. Perspectivas Psicológicas 2005;5(1):1-11
- 10.- Jawor Microslawa. Estilo específico de pensamiento genérico y el curso de la depresión mayor en hombres y mujeres: un estudio de tres años en polonia. Rev. Chil. Neuro-psiquiat 2000; 38(1):15-22

11.-Lerma Abel, Elihud Salazar, Pérez Groba H. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Salud Mental. 2012;(1):189-194

12.- Peñate Castro Wenceslao, Perestelo Pérez L. La predicción diferencial del nivel de depresión por las variables nivel de actividad, actitudes disfuncionales y el estilo atributivo en función de la puntuación y la media de depresión utilizada. Rev. International Journal of Clinical and Health Psychology 2004; 4(1):27-53

13.-Beevers C, Strong R, Miller W, Meyer B et al. Efficiently Assessing Negative Cognition in Depression: An item response theory analysis of the dysfunctional attitude scale. Rev Psychology Assessment 2007; 19(2): 199-209

14.-Sanz Vázquez C. Algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weisman y Beck. Rev psicología med 1994; 20(73): 1-5

15.- Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños. Rev Journal psychology 2004; 38(2): 295-302

16.-Cordova Osnaya M, Rosales P, García C. Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo (México): Comparación por género. Rev Psicogente 2012; 15(28): 287-301

17. - Timothy Smith, Christensen, Alan J.; Peck, Judith. Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: A four-year longitudinal analysis. Rev. Meath Psychology 1994; 13(3); 213-217

18.- Rivas Acuña García Barjau Herminia, Cruz León A. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes tipo 2. Rev. Salud en Tabasco 2011;17(1):30-35.

19.-Carrasco Miguel, Del Barrio Rodríguez J. Sintomatología depresiva en escolares de 12-16 años y su relación con las distorsiones cognitivas. Rev de psicopatología y psicología clínica 2000; 5(1):45-70

20.- Londoño-Arredondo Nora H. Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales. Rev. Colomb.psiquiater. 2011; 40(2): 289-309

21.-Peñate Wenseslao, Perestelo L, Bethencourt. La predicción del nivel de depresión por variables cognitiva conductuales y temperamentales. Rev. Sicothema 2009; 21(3):341-346

22.- Delgado Maigual L, Hidalgo Villareal G, Villalobos Galvis F. Efectos de un programa cognitivo comportamental sobre los niveles de estrés y glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Rev. Universidad y salud 2011; 2(14):31-42

23.- Figueroa Gustavo. La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor.Rev.chi.neuro-psiiatric 2002; 40(1):46-62

24.- Sánchez Román L, Velasco, Raquel,et al .Eficacia de un programa - conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. Rev. Chil. Neuro-psiquiatria 2006; 58 (6): 540-546.

25.-Plata Muñoz, Castillo Olivares, Guevara López. Evolución de afrontamiento de depresión ansiedad e incapacidad funcional paciente crónico. Rev. Med de Anestesiología. 2004; 27(1):16-23

26.-Vinaccia Estefano, Fernández Halminton, Escobar Ofelia. Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II.Dianet. 2006; 13(1):15-31

27.-Nuevo Benítez R, Montorio Cerrato, Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la preocupación excesiva en personas mayores. Rev. Journal of clínica health psychology 2005; (2): 215-226

28.- López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2.Salud Publica Mex 2006;48:200-211

29.- Colunga-Rodríguez Cecilia, García de Alba Javier E., Salazar-Estrada José G., Ángel-González Mario. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. Rev. Salud pública 2008; 10(1): 137-149

30.- Sánchez Catillo P, Pichardo Ontiveros E, López R. Epidemiología y obesidad. Rev. Gac Méd 2004; 140(2): 4.18

31.-Navarrete B, Cortez Velázquez R. Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en comunidades Pehuenches, Alto Biobío. Rev.Chil Nutr 2012; 39(3): 7-10.

32.- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shano T, Villalpando –Hernández S, Franco A, Cuevas Nasu L, Romero- Martínez M, Et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales, Instituto Nacional de Salud Pública (Mx),2012

33.- Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev. Terapia Psicológica 2011; 29(1): 5-11

34.- García Carrera C, Gutierrez Fuentes E, et al. Club de diabéticos y su impacto en la disminución de glicemia del diabético tipo 2. Rev. Salud en Tabasco 2002; 8 (1): 16-19

35. - B.Buse, Ginsberg N, Bakis N, Clark G, Costa F, Eckel R, et. al. Primary Prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes Mellitus. Diabetes care. 2007, 30(1):162-172

36.- La efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en mujeres cuyas edades oscilan entre los 30- 50 años. Rev. Cúpula 2012; 26 (8): 9-21.

37.- Londoño H, Jiménez B, Juárez Acosta F, Carlos Marín. Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. Rev. Journal of Psychology 2010; 3(2): 43-54.

XVII.- RELACION DE ANEXOS

XVII. RELACION DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

Anexo 2 Hoja ex profeso para la recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha:

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Detección de distorsiones cognitivas en pacientes diabéticos.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder un cuestionario de 35 ítems

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del procedimiento que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Nombre y firma del paciente

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

ANEXO 2

HOJA EX PROFESO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

NOMBRE:

EDAD

NSS

Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck

Señale el grado de acuerdo con estas actitudes. Asegúrese de elegir solo una respuesta para cada frase. No hay respuestas "acertadas" ni "equivocadas". Solo queremos saber lo que usted piensa acerca de estos temas.

Totalmente en desacuerdo = 0

Moderadamente en desacuerdo = 1

Dudoso = 2

Moderadamente de acuerdo = 3

Completamente de acuerdo = 4

- | | |
|--|-----------|
| 1.Ser criticado hace que la gente se sienta mal | 0 1 2 3 4 |
| 2.Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas | 0 1 2 3 4 |
| 3.Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten | 0 1 2 3 4 |
| 4.Si alguien importante para mi espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo | 0 1 2 3 4 |
| 5.Mi valor como persona depende , en gran medida, de lo que los demás piensen de mi | 0 1 2 3 4 |
| 6.No puedo ser feliz si no me ama alguien | 0 1 2 3 4 |
| 7.Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz | 0 1 2 3 4 |
| 8.Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo | 0 1 2 3 4 |
| 9.Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante | 0 1 2 3 4 |
| 10.El aislamiento social conduce a la infelicidad | 0 1 2 3 4 |
| 11.Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida | 0 1 2 3 4 |
| 12.Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido | 0 1 2 3 4 |
| 13.Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no la tienen | 0 1 2 3 4 |
| 14.No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior | 0 1 2 3 4 |
| 15.Si fallo en mi trabajo soy un fracasado | 0 1 2 3 4 |
| 16.Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje | 0 1 2 3 4 |
| 17.Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno | 0 1 2 3 4 |
| 18.Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace | 0 1 2 3 4 |
| 19.Si cometo un error debo sentirme mal | 0 1 2 3 4 |
| 20.Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón | 0 1 2 3 4 |
| 21.Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo | 0 1 2 3 4 |
| 22.Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado | 0 1 2 3 4 |
| 23.Si antepongo las necesidad de los demás a las mías, me ayudaran cuando necesite algo de ellos | 0 1 2 3 4 |

TITULO: DETECCION DE DISTORSIONES COGNITIVAS EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

- 24.Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme 0 1 2 3 4
- 25.Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato 0 1 2 3 4
- 26.Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mí 0 1 2 3 4
- 27.Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado 0 1 2 3 4
- 28.Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite 0 1 2 3 4
- 29.Si un niño tiene dificultades emocionales o de comportamiento, esto significa que sus padres han fallado en algo importante 0 1 2 3 4
- 30.Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo 0 1 2 3 4
- 31.No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo 0 1 2 3 4
- 32.No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte valida e inevitable de la vida diaria 0 1 2 3 4
- 33.Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado 0 1 2 3 4
- 34.Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda 0 1 2 3 4
- 35.La gente señalada con la marca del éxito está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas 0 1 2 3 4

FECHA ENCUESTA	FECHA LABORATORIOS
GLUCOSA	
COLESTEROL	
TRIGLICERIDOS	
IMC	
TENSION ARTERIAL	
OBSERVACIONES:	