

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"CREENCIAS IRRACIONALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ENTRE 40 Y
50 AÑOS."**

TESIS DE GRADO

JOSE MIGUEL CALDERON SOLIS
CARNET 12597-97

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"CREENCIAS IRRACIONALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ENTRE 40 Y 50 AÑOS."

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

**POR
JOSE MIGUEL CALDERON SOLIS**

**PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO**

**GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

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

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

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

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. ILEANA NINETTE RUIZ MONTERROSO DE PELAEZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. CESAR WENCESLAO LOPEZ GOMEZ



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Iesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
Teléfono: (502) 24262626 ext. 2440
Fax: 24262626 ext. 2486
Campus Central, Vista Hermosa III, Zona 16
Guatemala, Ciudad. 01016

FH/ap-NT-133-13

Guatemala,
08 de julio de 2013


Señor
José Miguel Calderón Solís
Presente


Estimado señor Calderón:

De acuerdo al dictamen rendido por el Comité Revisor de Anteproyectos de Tesis de esta Facultad, se conoció el anteproyecto de tesis presentado por el estudiante **José Miguel Calderón Solís**, carné No. **12597-97**, de la Licenciatura en Psicología Clínica, el cual se titula: "**Creencias Irracionales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre 40 y 50 años**". El Comité resolvió **APROBAR** el anteproyecto, y nombrar como asesora a la Licenciada Ileana Ruiz de Peláez.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


MGTR. LUCRECIA ELIZABETH ARRIAGA GIRÓN
SECRETARIA DE FACULTAD

 Universidad
Rafael Landívar
Tradición Iesuita en Guatemala
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

*ap
Ccfile

En todo amar y servir
Ignacio de Loyola



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante JOSE MIGUEL CALDERON SOLIS, Carnet 12597-97 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05494-2015 de fecha 7 de diciembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"CREENCIAS IRRACIONALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ENTRE 40 Y 50 AÑOS."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGO CLÍNICO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 8 días del mes de diciembre del año 2015.



Irene Ruiz Godoy

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

Guatemala, 28 de julio de 2015

Patronato del Diabético

Dr. Víctor Castañeda:

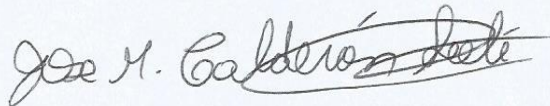
Por este medio le solicito la autorización para aplicar el cuestionario Escala de Actitudes y creencias Irracionales.

La tesis se titula "**Creencias Irracionales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre 40 y 50 años**". El cuestionario servirá para conocer las creencias que poseen los pacientes que asisten a la Institución. .

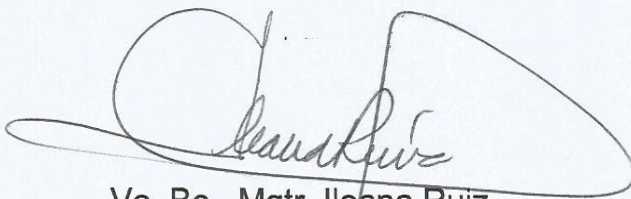
Hago de su conocimiento que para esta actividad se utilizará un tiempo de dos semanas por lo que solicito su autorización para poder aplicar dicho instrumento.

Desde ya agradezco su autorización para esta actividad.

Atentamente,



José Miguel Calderón Solís
Carné 12 597-97



Vo. Bo. Mgtr. Ileana Ruiz

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Por permitirme llegar a este momento y dejarme concluir este viaje que inicie tanto tiempo y ahora está por terminar.

A MI MADRE ESPIRITUAL MARIA: Porque a pesar de las adversidades y momentos difíciles, con su intercesión ayudo a que saliera adelante.

A MIS PADRES: Por aguantarme, tenerme paciencia y recibir siempre su amor y comprensión a pesar siempre cumplir en los estudios.

A MIS HERMANOS: Por aprender de ellos siempre que los estudios deben ser parte fundamental de la vida diaria para mi crecimiento a nivel personal y familiar.

A MIS ABUELOS: Quienes aunque ya no se encuentran con nosotros, siempre aprendí el valor del trabajo duro y de vivir sin miedo ni vergüenzas.

ÍNDICE

Resumen1

I. Introducción	2
1. Diabetes	9
1.1 Origen de la Diabetes	10
1.2 Tipos de Diabetes	10
1.2.1 Diabetes Tipo 1	10
1.2.2 Indicios Diabetes Tipo 1	11
1.2.3 Causas de Diabetes Tipo 1	11
1.2.4 Tratamiento de Diabetes Tipo 1	12
1.2.5 Irregularidades en los Niveles de Glucemia	12
1.3 Diabetes Tipo 2	12
1.3.1 Indicios Diabetes Tipo 2	13
1.3.2 Causas de Diabetes Tipo 2	13
1.3.3 Tratamiento de Diabetes Tipo 2	14
1.4 Diabetes Gestacional	14
1.5 Pasos para manejar la Diabetes	15
1.5.1 Comer Sano y de Forma Saludable	15
1.5.2 Tener Actividad Física todos los días	15
1.5.3 Controlar el Peso	16
1.5.4 No Fumar	16
1.5.5 Limitar el Consumo de Alcohol	17
1.6 Aceptando la Diabetes	17
1.6.1 Negación	17
1.6.2 Enojo	18
1.6.3 Depresión	19
1.6.4 Miedo	20
1.7 Preguntas Frecuentes sobre la Diabetes	20
2. Ideas Irracionales	22
2.1 Contexto General de las Ideas Irracionales	22
2.2 Origen de las Ideas Irracionales	23
2.3 Naturaleza de las Creencias Racionales e Irracionales	25
2.4 Consecuencias Conductuales de las Creencias Irracionales	26

II. Planteamiento del Problema	32
2.1 Objetivo	33
2.1.1 Objetivo General	33
2.1.2 Objetivos Específicos	33
2.3 Variables	33
2.4 Definición de Variables	33
2.4.1 Definición Conceptual	33
2.4.2 Definición Operacional	33
2.5 Alcances Y Limites	33
2.6 Aporte	34
III. Método	35
3.1 Sujetos	35
3.2 Instrumentos	35
3.3 Procedimiento	37
3.4 Diseño y Metodología Estadística	37
IV. Presentación y Análisis de Resultados	39
V. Discusión de Resultados	45
VI. Conclusiones	49
VII. Recomendaciones	51
VIII. Referencias Bibliográficas	52

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo describir las principales creencias irracionales de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre 40 y 50 años que asisten al patronato del diabético a consulta.

El trabajo de investigación fue de tipo descriptivo y para seleccionar a los participantes se utilizó el muestreo no probabilístico. Formaron parte de la investigación pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre 40 y 50 años que asisten a consulta al patronato del diabético (14 hombres y 16 mujeres.)

Para conocer las creencias irracionales de cada sujeto evaluado se utilizó la Escala de actitudes y creencias ABT de Burgess. Es una escala que presenta distintas actitudes o creencias que la gente presenta en cuatro niveles de proceso (exigencia, tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación) y tres niveles de contenido (aprobación, éxito y comodidad.)

Tras finalizar la aplicación de dicha escala los resultados fueron tabulados en el programa Excel, así como el programa SPSS versión 16 (Statistical program for Social Sciences.) Como primer paso se realizó el porcentaje por género de las personas evaluadas. Posteriormente, se sacaron las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) desviación estándar, varianza y prueba t. Al analizar dichos resultados se pudo concluir que no existe diferencia entre las medias en ninguna de las creencias evaluadas.

Posteriormente, se concluyó que principal creencia irracional general es la de éxito, lo que significa que la persona hace demandas absolutistas sobre él/ella, en otros y el mundo y si estas demandas no se cumplen la persona se considera mal y se desvaloriza.

De acuerdo a los hallazgos encontrados, se recomendó la realización de programas psicoeducativos sobre la diabetes. Ahondar en los diferentes medios de afrontación, mitos y realidades para pacientes y psicólogos que atiendan a pacientes diabéticos.

I. INTRODUCCION

En la actualidad el tema de la Diabetes y la forma de prevenir posibles complicaciones es de suma importancia. A nivel mundial, se le conoce como “Pandemia” debido a que la cifra de pacientes ha aumentado a través de los años. De acuerdo a Juárez. (Julio, 2,008) en su blog explica que en Centro América no se cuenta con estudios de prevalencia de la diabetes que den un número fiable de casos diagnosticados (por lo cual sus cifras reales son desconocidas). Así, un taller de vigilancia y control de la enfermedad, efectuado en la región por el programa Enfermedades no Transmisibles de la OPS (2,008) estimó un total de 1, 214,368 personas afectadas por la Diabetes en América Central. A pesar de existir tantos pacientes con la enfermedad, se sabe muy poco sobre sus orígenes, tipos y medios que ayudan a mantener un nivel de glucosa en la sangre apropiado para llevar un ritmo de vida adecuado. Asimismo, es poco conocido cómo afecta en la vida laboral, familiar y personal tras recibir la noticia.

Según la ADA (*American Diabetes Association*) en la diabetes tipo 2, el organismo no produce suficiente insulina, tiene dificultades para utilizarla o ambas cosas a la vez. Una persona con diabetes tipo 2 podría inyectarse insulina, pero no depende de ella para vivir

Por otra parte, existen todavía pacientes que no saben que el ejercicio, una dieta balanceada y tomar la medicación ayudan de forma inmensurable a llevar un nivel de vida adecuado. Por lo anterior, se considera que es importante investigar que tanto cuidan y siguen las indicaciones señaladas por los médicos y si es que ha afectado su vida cotidiana. El tema es de suma importancia porque se sabe poco sobre su desarrollo y cuidado. Es la nueva enfermedad “de los millones” por el gran número de casos a nivel mundial y nacional. Cabe destacar que en estos momentos un alto número de personas muestran todos los síntomas de diabetes y no lo saben. Por esto, se enfatiza la

importancia de investigar y conocer más acerca de las causas, consecuencias, manifestaciones y las maneras de afrontar la diabetes.

La importancia de estudiar la diabetes desde diferentes aspectos de la vida diaria de la persona se debe a que en Guatemala el tema es bastante desconocido, ya que no se cuenta con la cultura de revisar el azúcar en la sangre o visitar al médico cuando se presenten los síntomas asociados a la diabetes. Paulatinamente, se comienza a hablar sobre la enfermedad, pero en la actualidad se conoce poco y nada acerca de las consecuencias que acarrea para un diabético llevar una vida desordenada en cuanto a la alimentación, cuidados físicos, medicamentos y modo de vida. En el contexto anterior, el objetivo de la presente investigación es conocer las creencias irracionales sobre la diabetes que aparecen en los pacientes diagnosticados.

Por otra parte, las creencias irracionales de los pacientes con diabetes es de suma importancia para el presente estudio debido a que estas impiden el control regular y adecuado de la enfermedad por emociones negativas que aparecen tras el diagnóstico como el miedo, la negación, la depresión y la desesperanza. Debido a las complicaciones a largo plazo, el diabético cree poco importante llevar un registro diario del azúcar en la sangre antes y después de comer; así como antes de dormir y al despertar.

Para poner en contexto la investigación, en las líneas que siguen se hace un recuento de los estudios ya realizados en Guatemala sobre dicha problemática.

La investigación de tipo descriptivo realizada por Quevedo (2,011) tenía como objetivo describir creencias y prácticas de auto cuidado de la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a consulta externa de medicina interna del hospital Roosevelt en el período de Abril – Mayo 2,011. Para ello, tras ser aceptado su instrumento, procedió a la aplicación del mismo de forma personal a 104 pacientes. La entrevista semi-estructurada constaba de 18 preguntas que se dividía en 3 áreas sobre el conocimiento general de la enfermedad. El trabajo concluyó que más de la mitad de los pacientes

entrevistados (52%) no conocen lo básico sobre la diabetes mellitus tipo 2 y que ésta no tiene cura. Hacen referencia a la situación emocional en la que se encontraban en el momento en que debutaron con la enfermedad, por lo que atribuyen a esa situación la causa de la enfermedad.

Por otra parte, Figueroa (2,007) realizó en Guatemala un estudio de tipo descriptivo que tenía como objetivo determinar la información que el paciente diabético tiene de su enfermedad, tratamiento y cómo influye esto en el control de la misma. Para ello, realizó una entrevista semi-estructurada personal de 20 preguntas dirigida a 129 pacientes diabéticos que asistieron a la Consulta externa de la Clínica de Endocrinología del Departamento de Medicina interna del hospital Roosevelt. Concluyó que únicamente el 12.39% (16) de los pacientes tienen un excelente o buen conocimiento de la enfermedad. Solamente el 10.85% (14) pacientes llevan un control diario de sus niveles de glucosa (glucómetro) por falta de dinero. De igual importancia, el 11.63% (15) pacientes a pesar de conocer que el alcohol debe desaparecer de sus vidas al tener diabetes, lo continúan consumiendo.

Otro estudio de tipo comparativo realizado en Guatemala fue el de Rodas (2,009) que tenía como objetivo evaluar los conocimientos relacionados al tratamiento nutricional en pacientes diabéticos tipo 2, que asistieron a la primera consulta y re consulta de la clínica de nutrición de Casa del Diabético en Guatemala. Para ello, realizó un cuestionario de 20 preguntas a 49 pacientes en la primera consulta y los mismos en la re consulta 1 mes después. Concluyó que en la primera consulta únicamente el 53% de los pacientes tenían un conocimiento aceptable relacionado al tratamiento nutricional, en la re consulta, el 100% de los pacientes tenían un conocimiento sobresaliente sobre el tratamiento. Asimismo, en la primera consulta solo el 18% de los pacientes sabían qué tipo de diabetes les habían diagnosticado, mientras que en la re consulta subió a un 80%.

Siguiendo con los estudios en Guatemala Hernández (2,011) en su investigación descriptiva tenía como objetivo Identificar los conocimientos de

auto cuidado de los pacientes diabéticos de cuarenta a sesenta años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatlán. Para ello, realizó un cuestionario estructurado de 22 preguntas a 96 pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asistieron del 11 de mayo al 11 de junio de 2,011. Concluyó que únicamente el 4% de los pacientes cuestionados conoce la definición de diabetes mellitus tipo 2 y que la mayoría de la población lleva un régimen alimenticio inadecuado, así como el ejercicio no forma parte de su vida diaria, por lo que este grupo se vuelve de riesgo a sufrir posibles complicaciones asociadas a la diabetes.

Con relación al apoyo familiar que se le da a un diabético y el rol que este juega, Mérida (2,008) en su estudio descriptivo, tenía como objetivo establecer el apoyo emocional, terapéutico y los cuidados que la familia proporciona al paciente para evitar el pie diabético. Para ello, aplicó un cuestionario de 15 preguntas abiertas y cerradas por medio de una entrevista semi estructurada a 30 pacientes de sexo masculino y femenino de 45 a 65 años diagnosticadas con diabetes mellitus que fueron atendidos en la consulta externa del Seguro Social de Santa Lucia Cotzumalguapa. Concluyó que a pesar de que la familia escucha a la persona cuando siente dolor o se queja la ayuda es mínima ya que no lo acompañan a sus citas médicas y no lo ayudan con las recomendaciones alimenticias, no tienen interés por conocer más sobre su enfermedad y lo que siente el paciente. Aquí el paciente no puede seguir los lineamientos porque en su casa no cuentan con los recursos.

Asimismo, con respecto a las creencias irracionales de mujeres de víctimas de la violencia, Marroquín (2,011) en su estudio cualitativo tuvo como objetivo establecer las creencias Irracionales de tres mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, que permanecen en una relación violenta. Para ello, aplicó una entrevista semiestructurada abierta que realizó de forma personal e individual que abarcaron varios temas de investigación, así como un inventario de creencias irracionales para medir las mismas. Concluyó que Las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que participaron en el estudio presentaron creencias irracionales relacionadas con el perfeccionismo, la necesidad de

aprobación, una baja tolerancia a la frustración, inseguridad, escape o evitación, pensamiento mágico y sobre generalización, pensamientos expresados en sus relatos.

De igual manera, en su investigación sobre la implementación de terapia racional emotiva y charlas a pacientes diabéticos. Herrera (2,006) en su investigación descriptiva, tuvo como objetivo establecer la presencia de pensamientos, sentimientos y conductas inadecuadas para el manejo de la enfermedad crónico degenerativa de la diabetes y su afrontamiento. Para ello, utilizo la observación, la entrevista, la encuesta, cuestionario a diabéticos que escucharon la charla que buscó conocer los pensamientos irracionales sobre la diabetes de acuerdo a las charlas y contenidos que recibió la muestra. Concluyó que la atención psicológica a través de charlas/conferencias con apoyo de la terapia racional emotiva mejoró la estabilidad emocional en pacientes diabéticos que asistieron a Papadigua, benefició el manejo inadecuado de los pensamientos y favoreció la aceptación de la enfermedad.

En otros estudios sobre las creencias irracionales, Félix (2,007) en su estudio descriptivo tuvo como objetivo comprobar si existen cambios emocionales como consecuencia de las ideas irracionales en los jóvenes adolescentes de 13 a 15 años de edad estudiantes del ciclo básico de los colegios privados de la cabecera departamental de Huehuetenango. Para ello, aplicó el inventario de depresión de Beck para recoger la opinión del grupo de estudiantes a través de los diferentes cambios que se presentan en este período y el inventario de creencias irracionales. Concluyó que hay una relación entre las variables entre los cambios emocionales premenstruales y menstruales y las ideas irracionales que manejaban los jóvenes del estudio. Las principales ideas irracionales que presentó la población se encuentran: Es pecado dudar de la biblia y el ayudar a los demás es fundamental en la vida.

Mientras que Mérida (2,007) en su investigación descriptiva correlacional se planteó el objetivo de determinar las ideas irracionales que afectaron en las habilidades sociales de adolescentes de 13 a 17 años que tienen ausente la figura paterna y que asistieron al Instituto de Psicología Dr. José Pacheco

Molina de la Universidad Rafael Landívar. Para ello aplicó el test de habilidades sociales (EHS) para explorar la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas. El inventario de creencias irracionales para adolescentes adaptado por Calvete y Cardeñoso que incluye una escala global de irracionalidad y seis factores de creencias. Concluyó que las subescalas de ideas irracionales que se mostraron con mayor frecuencia en adolescentes con figura paterna ausente fueron las ideas irracionales relacionadas con la necesidad de aceptación y éxito, intolerancia a la frustración e indefensión. Adicional a esto, las habilidades sociales que se vieron más afectadas fueron: la autoexpresión en situaciones sociales, decir no y cortar interacciones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Con respecto a las ideas irracionales que presentan los estudiantes de psicología en relación a su labor como terapeutas, Menchú (2,009) en su estudio de carácter cualitativo tenía como objetivo establecer las ideas irracionales de estudiantes de cuarto y quinto año de la universidad Rafael Landívar en su papel de terapeutas. Para ello aplicó una entrevista semiestructurada que constó de 24 preguntas abiertas. 1 guía del grupo focal que contó de 9 preguntas abiertas para conocer las ideas irracionales sobre el sujeto, otros y el mundo en general. Concluyó que, por medio de la aplicación de los instrumentos, que las ideas irracionales que se presentaron con más frecuencia entre los sujetos, fueron aquellas que se referían a ellos mismos. Estas ideas se refieren al crédito proporcionado por los demás por las actitudes propias.

En cuanto a estudios internacionales realizados sobre la diabetes en México, Baños (2,007) en su trabajo de investigación de tipo comparativo, tuvo como objetivo estudiar la relación madre – hijo y los estilos de afrontamiento de las madres cuando se tiene un hijo con diabetes tipo 1 y cuando se tiene un hijo que no tiene una enfermedad crónica. Para ello aplicó el cuestionario de salud y vida cotidiana (HDL) y el inventario de la relación padre – hijo (PCRI). Concluyó que no existen diferencias estadísticamente significativas de afrontamiento entre madres que tienen hijos con una enfermedad crónica y madres que sus hijos no tienen enfermedad.

Por otra parte, Ocampo (2,013) en su estudio transversal descriptivo cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y la relación con su funcionamiento familiar. Para lograrlo aplicó el cuestionario diabetes 39, 2 cuestionarios de percepción de calidad de vida y severidad de la diabetes mellitus tipo 2 y el cuestionario FACES III que calificaban cohesión y adaptabilidad, así como la funcionalidad familiar de los pacientes, Concluyó que aun y cuando el paciente se apreció con una buena calidad de vida, su funcionalidad familiar no resulto ser adecuada.

Asimismo, Ayala (2,012) en su estudio descriptivo cuyo objetivo general fue evaluar el estado cognitivo de los adultos mayores con diabetes tipo 2, dentro de la población del hospital general de México, durante el año 2,011. Para ello aplicó el cuestionario de Katz (capacidad de realizar actividades básicas), Lawton & Brody (capacidad para realizar actividades instrumentadas), GDS (medir depresión en pacientes geriátricos) y MMSE (Cuestionario breve del estado mental). Concluyó que la mayoría de los adultos mayores con diabetes son independientes para actividades de la vida diaria y presentan algún grado de deterioro de las actividades instrumentadas y La depresión es frecuente en los adultos mayores con diabetes, llegando a presentarse hasta en un 72% de casos.

En cuanto a estudios internacionales sobre las creencias irracionales, Marín (2,000) en su investigación de tipo descriptivo que tenía como objetivo conocer las características de pensamiento racional e irracional que presentan las personas con conductas altruistas en situaciones de desastre. Para ello aplicó el test de creencias irracionales de Jones (IBT). Concluyó que la creencia irracional predominante fue: “Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones”.

Por otra parte, Ramírez (2,011) en su estudio de tipo cuasiexperimental que tuvo como objetivo desarrollar habilidades para que las participantes modifiquen sus creencias irracionales en situaciones de aprendizajes mediante

ensayos conductuales basados en el modelo A-B-. Para ello aplicó la encuesta experiencias sexuales, entrevista abierta semi-estructurada, inventario de creencias irracionales de Jones (1,972), WAIS RM. Concluyó que la violación se da en un gran porcentaje en mujeres que viven dentro del matrimonio, Asimismo, algunas mujeres no reconocen la violación y algunas otras callan el acto y no lo denuncian, debido a la falta de información y/o apoyo.

En resumen, los distintos estudios en el ámbito nacional como internacional se enfocan en describir el nivel de conocimiento que tiene un diabético sobre su enfermedad, Estos no solo refieren que la diabetes mellitus tipo 2 va en aumento sino que muchos de los pacientes no siguen los lineamientos establecidos por los médicos en su nutrición, ejercitación y toma de sus medicamentos (Insulina y tabletas orales) por desconocimiento total o porque no cuentan con los recursos necesarios para comprar un glucómetro (medidor de azúcar en la sangre) o para llevar una dieta baja en grasas, azúcares, etc. Las investigaciones reflejan que los pacientes cumplen con tomar su medicamento, lo que les puede ocasionar problemas del corazón, de la vista y de la piel. Por último, la diabetes mellitus tipo 2 no conoce fronteras, ya que está presente en el mundo entero y sus manifestaciones parecen ser las mismas en el continente americano como en el europeo. Por otro lado, los estudios relacionados a las creencias irracionales van dirigidos a mostrar la forma en que influyen en la forma de ver al mundo, a los demás y a uno mismo. Estos se refieren tanto a la influencia que provocan en el desempeño personal así como también en demandas irracionales como la exigencia, la sobre generalización y el pesimismo por situaciones o eventos que desencadenan en ansiedad y enojo.

Tras el bosquejo anterior sobre la diabetes y su propagación a nivel mundial, así como el origen y efecto de las creencias irracionales en la vida diaria del sujeto, se procede a desarrollar el temasobre las variables de la investigación desde el punto de vista de los expertos en la materia.

1. Diabetes

1.1 Origen

Para Hanas (2,005) “la Diabetes Mellitus comúnmente se conoce como Diabetes. Significa “Pasar a través (Diabetes)” y “Dulce como la miel (Mellitus). En el pasado, a los pacientes se les llamaba insulino dependientes o no insulino dependientes; más ahora es común Diabetes tipo 1 y tipo 2. Anteriormente, se diagnosticaba examinando la orina y no existía tratamiento efectivo antes de la aparición de la insulina.” (p.12)

Por otra parte, Barclay et. Al.(2,007) consideran que la diabetes es una de las enfermedades más crecientes en el mundo. De hecho, hasta el año 2,007 más de 246 millones de personas padecen diabetes y se espera que este número llegue a los 380 millones para el año 2,025. Puede causar enfermedades del corazón, ceguera, y fallas en el riñón o la amputación de algún miembro del cuerpo. Es importante recalcar que el llevar una buena vida con diabetes no significa estar siempre a dieta, quiere decir que se tomen mejores opciones de alimentación y no comer por comer.

La diabetes mellitus es una condición crónica. La glucosa en la sangre tiene niveles altos. Hasta el momento no se ha encontrado ninguna cura pero existen formas de controlarla y manejarla de forma adecuada, Es común que el enojo y la negación formen parte de las primeras reacciones que aparecen tras ser diagnosticada la enfermedad. El ser diabético no significa que la vida se acaba o que ya no se podrán cumplir metas o anhelos, al contrario, es importante tomar la iniciativa y conocer sobre la enfermedad para comenzar a realizar los cambios necesarios en el nuevo estilo de la persona.

1.2 Tipos de Diabetes

Para Barclay et. Al. (2,007) “existen 3 tipos de diabetes y aunque muchos de los síntomas son los mismos las causas son diferentes:

1.2.1 Diabetes Tipo 1

Es una enfermedad autoinmune que ocurre generalmente en la niñez. 1 de cada 10 diabéticos la padece. Conocida como diabetes juvenil o insulino dependiente, Es diagnosticada en niños, adolescentes y adultos jóvenes.” (p.6)

Por otro lado, la American Diabetes Association (2,008) explica que “en la diabetes tipo 1 el organismo deja de producir insulina o en cantidades pequeñas. Es de vital importancia utilizar insulina para su tratamiento. Sin insulina la glucosa no puede entrar en las células que se encargan de producir energía, lo que provoca que ésta se acumule en la sangre en cantidades elevadas y dañe los ojos, los riñones los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos, es más frecuente en personas menores de 30 años.

1.2.2 Indicios de Diabetes tipo 1

“La American Diabetes Association (2,008) enumera los siguientes síntomas

- Necesidad de Orinar de forma frecuente.
- Hambre constante
- Sed constante
- Adelgazamiento
- Debilidad
- Cansancio
- Nervios de punta
- Alteraciones del estado de animo
- Náuseas
- Vómitos.” (p.91)

1.2.3 Causas de Diabetes tipo 1

De acuerdo con la American Diabetes Association (2,008) “no se sabe con certeza por qué se desarrolla este tipo de enfermedad. Algunos nacen con genes que aumentan sus probabilidades de padecerla. Pero, muchas personas con estos mismos genes no desarrollan la enfermedad. Hay algo dentro o fuera

del organismo que desencadena la diabetes aunque no se sabe cuál es la causa.” (p.92)

1.2.4 Tratamiento de la diabetes tipo 1

Sobre el tema, la American Diabetes Association (2,008) explica “que aunque la enfermedad no tiene cura se pueden seguir algunas medidas para vivir bien y controlarla, mantener la glucemia dentro de un rango normal. A continuación se exponen

- Inyectarse Insulina; las inyecciones o las bombas de insulina reponen la insulina que el organismo ya no produce.
- Mantener un régimen alimenticio sano y saludable.
- Mantenerse físicamente activo.
- Analizar la glucemia (glucosa en la sangre) y los cuerpos cetónicos en la orina para verificar si los cuidados y medidas tomadas están funcionando de forma adecuada.
- Asistir a chequeos médicos y visitar al diabetólogo de forma rutinaria.”
(p.92)

1.2.5 Irregularidades en los niveles de Glucemia

“En algunos pacientes con diabetes tipo 1 se presentan irregularidades en el control de la glucemia, esto se debe a que el organismo responde de forma exagerada a los alimentos, la medicación y el estrés, es decir, los alimentos no se absorben al mismo ritmo. La insulina también se absorbe a ritmos diferentes, mientras que el estrés lleva a la liberación de distintas cantidades de hormonas del estrés durante el día. Por eso, es importante llevar un registro diario de la glucemia antes y después de comer, antes de irse a dormir para que junto al diabetólogo se cambien de ser necesario las dosis y horarios de inyecciones de insulina.” (p.93)

1.3 Diabetes Tipo 2

Hanas (2,005) comenta que “se le conoce como la diabetes adulta y usualmente es diagnosticada después de los 35 años. Aquí, la capacidad de producir insulina no desaparece completamente, pero el cuerpo se vuelve resistente a la insulina, así que se necesitan medicamentos para lograr un balance. Estos medicamentos no contienen insulina, se utilizan para aumentar la sensibilidad a la insulina del cuerpo. Es de igual importancia la buena alimentación y el ejercicio para controlar la diabetes tipo 2.” (p.12)

Por su parte, la American Diabetes Association (2,008) describe que “en la diabetes tipo 2, al no haber suficiente insulina o si la insulina no funciona de forma adecuada, las células no pueden utilizar la glucosa que se encuentra en la sangre que producen energía.” (p.95)

1.3.1 Indicios de Diabetes tipo 2

La American Diabetes Association (2,008) delinea los siguientes síntomas que aparecen en la diabetes tipo 2

- Necesidad de orinar frecuentemente
- Sed constante
- Hambre constante
- Sequedad y picazón cutáneas
- Visión Borrosa
- Hormigueo o entumecimiento en las manos o en los pies
- Cansancio
- Debilidad
- Infecciones cutáneas (de la piel)
- Infecciones gingivales (de las encías)
- Infecciones Vesicales o vaginales que aparecen continuamente o se curan lentamente

1.3.2 Causas de la diabetes tipo 2

De acuerdo a la American Diabetes Association (2,008) “no se sabe con certeza que provoca la diabetes tipo 2. Se sabe que no se puede contagiar de una persona a otra como la gripe. También se sabe que no es consecuencia del consumo excesivo de azúcar. Si es hereditaria, es decir, si otros familiares la padecen es más probable que se desarrolle la enfermedad. Se sabe que en muchas personas el desencadenante de la misma es el sobrepeso porque aquí el organismo sufre mayores dificultades para utilizar la insulina que produce el cuerpo. A esto se le llama Resistencia a la Insulina, es decir, que el páncreas sigue produciendo insulina para reducir el nivel de glucosa en la sangre, pero el organismo no responde a la insulina como debiera: al cabo de los años, el páncreas simplemente puede agotarse.” (p.96)

1.3.3 Tratamiento de la Diabetes Tipo 2

Según la American Diabetes Association (2,008) “la enfermedad no tiene cura pero se pueden adoptar medidas que permitan llevar una vida normal y controlar la enfermedad. Llevar una alimentación saludable, hacer ejercicio diariamente que permitirá cuidar y mantener el peso deseado o bajar de peso para las personas con sobrepeso, El mantener el peso ayuda a lograr niveles de glucemia aceptables. Si la actividad física no baja los niveles de glucemia se necesitan tomar antidiabéticos de forma oral. Estos reducen el nivel de glucemia. Si todo lo anterior no mejora la glucosa en la sangre se procede a inyectarse insulina en lugar de antidiabéticos orales. Es importante acudir al médico de forma regular y llevar un registro de niveles de glucemia para saber si el tratamiento está funcionando.” (p.96)

1.4 Diabetes Gestacional

De acuerdo a Barclay et. al.(2,007) “este tipo de diabetes se desarrolla en las mujeres durante su embarazo. En cualquier embarazo se necesita de insulina entre 2 y 3 veces más de lo normal. La situación se complica si la mujer tiene

sobrepeso, ya que si su cuerpo no es capaz de producir la insulina necesaria los niveles de glucosa en la sangre suben peligrosamente. En la mayoría de mujeres, el nivel de glucosa regresa a la normalidad tras dar a luz, aunque el riesgo que se desarrolle la diabetes de forma permanente es bastante alto, por lo que se recomienda comer bien y de forma sana, cuidar el peso y ejercitar regularmente. Si la diabetes gestacional no se detecta y no es tratada a tiempo el riesgo de que el bebe crezca más de lo debido dentro del vientre de su madres alto, así como pueden existir complicaciones durante el parto y que el niño pueda sufrir enfermedades del corazón, presión sanguínea alta y diabetes.” (pp.10-11)

1.5 Pasos para manejar la Diabetes

De acuerdo a Barclayet. al.(2,007) la forma en que cambia la vida tendrá un impacto en el cuidado y manejo de la diabetes, especialmente en los niveles de la glucosa en la sangre. Se enumeran a continuación, 5 áreas que ayudan a la salud / enfermedad, permiten manejar y controlar la diabetes.

1.5.1 Comer sano y de forma balanceada

Para Barclayet. al.(2,007) “se debe mantener una dieta balanceada y saludable. En personas con diabetes es aún más importante. De hecho, se puede controlar la diabetes tipo 2 o prediabetes, es decir, comiendo bien y controlar las porciones de alimentos.” (p.49)

1.5.2 Tener Actividad Física todos los días

Para Barclayet. al.(2,007) describen que “la actividad física moderada de forma regular es esencial para controlar la diabetes y prediabetes así como reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Las actividades como la jardinería o paseos diarios con intensidad moderada ayudan a controlar los niveles de

glucosa en la sangre y reducir las posibles complicaciones propias de la diabetes.

La actividad física diaria junto a los medicamentos propios para la diabetes logra:

- Ayudar a bajar la presión sanguínea
- Reducir el riesgo de un infarto
- Reducir las cantidades de insulina (si se necesita inyecciones de insulina)
- Ayudar a dejar de fumar
- Ayudar a controlar el peso
- Aumentar los niveles de colesterol bueno (HDL)
- Permitir que los huesos y articulaciones se mantengan fuertes
- Mejorar el estado de ánimo
- Calmar la depresión
- Aumentar la energía
- Mejorar la flexibilidad

Los pacientes que no se ejercitan tienen mayores probabilidades de morir, sufrir infartos en comparación con personas que ejercitan de forma moderada.” (pp.49-50)

1.5.3 Controlar el peso

Para Barclay et. al. (2007) argumentan que, “aparte de dificultar el control de la diabetes, el sobrepeso incrementa el riesgo de problemas de salud como la presión alta, cáncer, infartos, artritis, anormalidades reproductivas y la gota. El sobrepeso también influye en el poco o nulo sueño porque se forma grasa alrededor del cuello y abdomen que hace que el paciente ronque (apnea del sueño) y la respiración se vuelve superficial, la persona se siente cansada y agotada.” (p.50-51)

1.5.4 No Fumar (De hacerlo, hay que dejarlo)

Para Barclay et. al.(2,007) afirman que, “el fumar no es bueno para la salud y produce cáncer, el riesgo de desarrollar prediabetes o diabetes tipo 2 y muchas de las complicaciones de la enfermedad pueden aparecer. De hecho, los fumadores tienen un riesgo más alto de sufrir un infarto que los no fumadores. El fumar un cigarrillo al día reduce la capacidad del cuerpo de usar insulina.” (p.51)

1.5.5 Limitar el consumo de alcohol

Para Barclay et. al.(2,007). aseguran que,” todo en moderación es clave. Una o dos bebidas al día puede ayudar a prevenir o retardar el desarrollo de la diabetes y algunas de sus complicaciones más comunes como disminuir la resistencia a la insulina o el riesgo de desarrollar problemas en el corazón, ya que provee pequeñas cantidades de antioxidantes poderosos. Mientras que, cantidades excesivas de alcohol puede incrementar el riesgo de prediabetes y diabetes, además de contribuir al aumento de peso. Si se tiene prediabetes o diabetes es importante limitar el consumo de alcohol a no más de una bebida al día en mujeres y 2 en los hombres.” (pp.51-52)

1.6 Aceptando la Diabetes

Para Barclay et. al.(2,007) “vivir con diabetes significa que la enfermedad no tiene cura que se debe cambiar el estilo de vida, es decir, tomar la enfermedad de forma seria y que puede ser difícil de aceptar.

Cambiar régimen alimenticio, mayor actividad física, formar el hábito de monitorear los niveles de azúcar, tomar medicamentos en ocasiones para toda la vida son algunos de los cambios muchas veces bruscos que debe enfrentar el paciente en poco tiempo. Se debe entender que ya nada será lo mismo. Muchos pacientes experimentan un sentido de pérdida porque creen que ya no son libres de comer y tomar lo que se les antoje donde y cuando quieran,

aparte de atravesar por una serie de fases que a la larga ayuda o impide aceptar su condición.” (p.29)

1.6.1 Negación

De acuerdo a Barclay et. al. (2,007)“la incredulidad, sorpresa, susto son algunas de las reacciones que aparecen en el diabético al enterarse que está enfermo. En esta fase, suele que se descarte la misma porque el paciente no muestra síntomas mayores, hasta que se empieza a deteriorar la vista, se desarrolle una ulcera en el pie debido a una mala circulación. Es importante buscar ayuda porque la negación impide que el sujeto se empape sobre su situación, cuidados y manejos para controlar la diabetes.” (pp.29-30)

Asimismo. Polonsky (2,000) expone y “explica varias formas de pensar que subrayan si una persona se encuentra en negación sobre la diabetes

- a. “Solo tengo un poco alta el azúcar”. Al describir de esta forma la enfermedad, el paciente no acepta que tiene diabetes. El paciente está cometiendo un gran error al emplear frases como la anterior.
- b. “Casi tengo diabetes”. Esta frase es como decir estoy medio embarazada. O se tiene o no se tiene diabetes. Pacientes con diabetes tipo 2 pueden llegar a confundir el hecho de no usar insulina con ser intolerantes a la glucosa por falta de conocimiento.
- c. “No hay necesidad de chequear el nivel de azúcar, estará de nuevo alto”. Esto puede significar que el paciente nunca más quiera tomarse el azúcar y con ello pretender negar la diabetes.
- d. “La diabetes no es la gran cosa”. Si el paciente ha conocido sobre la seriedad de la diabetes y ha escogido ignorar la información, se trata de negación.
- e. ¿Para qué cuidar la diabetes? Sin importar lo que se haga, todos mueren”. La falacia en la frase anterior se encuentra en que el buen cuidado de salud extiende la vida y aún más importante extiende los años de vida. El cuidar y

controlar la diabetes tiene un impacto positivo en la calidad de vida.”
(pp.196-197)

De acuerdo a Polonsky (2,000) “se puede vencer la negación de distintas formas:

1. Permitirse tener pensamientos desagradables sobre la diabetes.
2. Aprender sobre los pensamientos escondidos concernientes a la diabetes que causan que la persona se sienta de forma miserable.
3. Retar esos pensamientos que vuelven loco al paciente
4. Bajar la guardia ante algún amigo o amigos.
- 5 Recibir retroalimentación de forma regular sobre el estado de salud actual.”
(pp.199-211)

1.6.2 Enojo

Para Barclayet. al.(2,007) “el enojo puede ser catártico pero si se expresa de una forma en que el paciente no se lastime ni lastime a otros. Se recomienda que en esta fase se cuente con un amigo-a de confianza, algún miembro de la familia o un profesional especializado que ayude a entender y comprender todos los sentimientos, pensamientos que pasan por la cabeza del diabético en lugar de reprimirlos, porque solamente se descargan con aquellos cercanos a la persona. El apoyo familiar, el amor y la paciencia son de suma importancia. Reprimir los sentimientos significa resistir el tratamiento e impedirá un progreso favorable. Se desea convertir ese enojo en motivación, es decir, no dejar que la diabetes regule la vida del paciente.” (p.30)

1.6.3 Depresión

Para Barclayet. al. (2,007) “la depresión puede causar muchos problemas para personas con diabetes ya que la adaptación a cambios tan significativos al estilo de vida tiene un impacto que si no se trabaja puede ser dañino. En

ocasiones, el diabético se puede sentir agobiado e infeliz con su situación. Grupos de ayuda y tener contacto con personas que pasen por la misma situación ayuda a manejar la depresión y la ansiedad, es importante que el paciente juegue un rol activo, puede ser un buen antídoto contra los sentimientos de tristeza e ira que aparecen en esta fase. Una vez que se ha aceptado la realidad de la enfermedad, el proceso se vuelve más fácil porque ya se cuentan con diferentes herramientas para vivir y controlar la diabetes.” (p.31)

1.6.4 El Miedo

Por otra parte, Polonsky (2,000) expone “que con el simple hecho de tener diabetes supone estar en mayor riesgo que los demás a desarrollar complicaciones a largo plazo del corazón, ojo, nervios y enfermedad del riñón. El autor explica que es entendible que el paciente se preocupe por su salud y que llegue a sentir hasta miedo por el futuro o caer en la negación o desesperación. Expone el autor que el paciente puede controlar 3 cosas:

- a) La comprensión de los peligros reales de la diabetes.
- b) Como el paciente utiliza esta información.
- c) El paciente puede utilizar sus miedos de forma sabia en lugar de que le impidan tratar y controlar su enfermedad.

Asimismo, se puede hacer buen uso del miedo:

- a) Explorando los pensamientos inconscientes sobre la diabetes y entender porque la diabetes le asusta tanto (o no tener miedo en absoluto por las posibles complicaciones a largo plazo).
- b) Aprender sobre los riesgos verdaderos de desarrollar complicaciones a largo plazo.
- c) Cuando estos pensamientos sobre las complicaciones a largo plazo preocupan de forma irracional, el paciente no debe olvidar los hechos concretos aprendidos.

d) Aprender sobre los beneficios de un buen cuidado de la diabetes.” (p.165)

1.7 Preguntas Frecuentes sobre la Diabetes

De acuerdo a Becker (2,006) “las siguientes son las preguntas más frecuentes en cuanto a la diabetes.

- ¿Cuáles son los niveles de glucosa normales? Becker (2,006) explica que en ayunas (es decir, antes de haber ingerido algún alimento o líquido excepto agua pura) debe estar entre 70 y 100 mg/dl (miligramos por decilitros). A las 2 horas después de comer las personas no diabéticas pueden llegar hasta 140 mg/dl. El incremento o no varía de acuerdo al tipo de comida ingerida y en la respuesta fisiológica de cada persona. Después de una pequeña comida que no contenga mucho carbohidrato procesado, el nivel de azúcar puede mantenerse debajo de 100 mg/dl, mientras que después de comer algodón azucarado en un estómago vacío puede subir hasta 140 mg/dl.
- Me dijeron que me midiera el azúcar dos horas después de comer. ¿Eso significa dos horas después de que empiezo a comer o después de terminar de comer? Becker (2,006) asevera que si la persona come en cinco minutos no hay diferencia. Las personas toman la misma cantidad de tiempo en comer cada día, lo que se busca es llevar un registro que permita comparar los niveles de un día a otro. Pero si a la persona se le pide mantener sus niveles de glucosa de acuerdo a un control que se planea junto al médico “después de comer” significa dos horas después de iniciar el tiempo de comida.
- Mi visión es borrosa. ¿Significa que perderé la vista? Becker (2,006) expone que la diabetes puede ser causa de ceguera y es verdad. Se llama retinopatía e implica la retina del ojo. Usualmente aunque no siempre ocurre después de muchos años de altos niveles de azúcar.

- ¿Por qué el nivel de azúcar es más alto al despertar que cuando me fui a dormir? Becker (2,006) explica que éste es un fenómeno común que se le llama “efecto del amanecer” ya que mantener el nivel de azúcar en lapsos cortos de tiempo es complicado. Forman parte de este proceso varias hormonas que interactúan con varios órganos en el cuerpo como la insulina y el glucagón.
- ¿El ejercicio siempre bajará mis niveles de azúcar? Becker (2,006) afirma que los efectos del ejercicio son confusos. A largo plazo, es extremadamente importante para el control de la diabetes. Sin embargo, puede llegar a aumentar tus niveles de azúcar de forma momentánea, ya que cuando se inicia la actividad física el cuerpo percibe que se necesitará más energía de la usual. De esta manera, si los niveles de azúcar son normales o un poco bajos, el hígado prontamente bombeará más glucosa a la sangre y lo mandará a los músculos, por lo que los niveles subirán. El autor expone que para algunos pacientes funciona comer algún snack (galleta, barra de granola) 30 ó 45 minutos antes de iniciar el ejercicio para que no falte la insulina.” (pp.67-73)

2. CREENCIAS IRRACIONALES

2.1 Contexto General de las Creencias Irracionales

De acuerdo a David, Lynn y Ellis (2,010) las creencias irracionales se refieren a creencias que ilógicas y/o no tienen soporte empírico y/o no son pragmáticas. Típicamente, los términos racional/irracional se utilizan para definir el tipo de cogniciones descritas por la terapia racional emotiva (TRE). (pp. 3-4)

De acuerdo al modelo “ABC” de Ellis (1,994) citado por David, Lynn y Ellis (2,010), “muchas veces las personas experimentan eventos indeseables (A), sobre los que tienen creencias racionales e irracionales /cogniciones (B). Estas creencias llevan a consecuencias de tipo emocional, conductual y cognitivas

(C).Las creencias racionales (PRs) conducen a consecuencias adaptadas, saludables (funcionales), mientras que las creencias irracionales (Pis) conducen a consecuencias mal adaptadas, no saludables (disfuncionales). Una vez generadas estas consecuencias (C) pueden convertirse en eventos activantes(A) por sí mismos, produciendo (meta) consecuencias (meta emociones; depresión por estar deprimido) a través de (meta cogniciones) secundarias. Los clientes que se someten a la terapia racional emotiva (TRE) son animados a que de forma activa disputen (D) (re-estructurar) sus creencias irracionales y a asimilar de forma más eficiente (E) las creencias racionales que facilitará respuestas saludables, funcionales, adaptadas, emotivas, cognitivas y conductuales”).(p. 4)

2.2 Origen de las Creencias Irracionales

De acuerdo a David, Lynn y Ellis (2,010) la idea general de que los humanos tienen creencias racionales e irracionales tuvo sus primeros orígenes en antiguos filósofos aunque no utilizaron esa terminología. GautamaBuddha hablo sobre las 4 verdades nobles que incluían creencias racionales y creencias destructivas que formaban las creencias irracionales. Antiguos filósofos griegos incluyendo Aristóteles, Platón, Sócrates, Epicuro y Zenón de citio y varios filósofos romanos como Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio sostuvieron también que las creencias afectaban significativamente los problemas emocionales.

De acuerdo a Ellis (1,958) citado por David, Lynn y Ellis (2,010) se comenzó a utilizar los términos creencias racionales (CRs) y creencias Irracionales (CIs) en la terapia racional emotiva y explica que la concepción de éstas es bastante complicado, pero incluye varias hipótesis como:

- “Los humanos son constructivistas y poseen un grado considerable de selección o libre voluntad. No obstante, la libre voluntad se ve limitada por las fuertes tendencias innatas o biológicas y por su entorno o comunidad en donde se vive y el aprendizaje social para pensar, sentir y actuar.

- Las personas tienen varios propósitos y metas, en especial la de continuar viviendo y ser razonablemente libre del dolor y de ser feliz.
- Las creencias o cogniciones de las personas son fuertes e influyen al momento de seleccionar sus metas y valores, pero raramente son puras. Cuando piensan, también sienten y se comportan. Cuando sienten, también piensan y se comportan. Cuando se comportan, también piensan y sienten. Por lo que, creen que quieren vivir y ser felices, lo desean y actúan para implementar sus pensamientos y deseos. Estos tres procesos están interrelacionados e integrados.
- Los deseos de las personas incluyen preferencias. Ejemplo: “Quiero desempeñarme bien y ser aprobado por personas significativas para mí, pero si me desempeño mal y no soy aprobado, todavía puedo sobrevivir y tener algo de felicidad”.
- Los deseos de las personas incluyen frases y demandas absolutistas. Ejemplo: “Absolutamente debo desempeñarme bien y ganarme la aprobación de los demás o de lo contrario será terrible (lo peor que me puede pasar) y valgo tan poco como persona.
- Los deseos y preferencias son usualmente saludables y productivos, pero, deberas y demandas absolutistas usualmente son destructivos y poco saludables.
- Cuando las personas desean algo y no lo consiguen, usualmente tienen pensamientos – sentimientos – conductas de tristeza saludables porque estos sentimientos los motivan a conseguir lo que quieren y evitar lo que no quieren sentir para la próxima ocasión.
- Cuando los deseos de las personas llegan a convertirse en demandas arrogantes usualmente aparecen sentimientos – pensamientos – conductas de ansiedad severa, ira y depresión.

- Cuando las personas que desean desempeñarse bien y ser aprobados por otros, únicamente logran desempeñarse mal y no ser aprobados por otros. Esto lleva como consecuencia que usualmente se vuelvan ansiosos, enfurecidos, deprimidos. Tienen síntomas primarios de alteración emocional, pero también tienen síntomas secundarios, alteración sobre su alteración”.(pp. 6-7).

Con la llegada de la Terapia racional emotiva (TRE) Ellis (1,958,) citado por David, Lynn y Ellis (2,010) se formularon tres maneras de pedirle a los pacientes que reten y disputen (re estructuren) las creencias irracionales (CIs):

1. “Disputa realista y empírica que rete los deberes e imperativos: ¿Dónde se encuentra la evidencia de que absolutamente debo ser exitoso y aprobado por los demás? Respuesta; No hay evidencia de esto, únicamente sería inconveniente pero no “terrible” si fracaso y se experimenta desaprobación.
2. Disputas lógicas de la sobre generalización y creencias ilógicas. “Al no tener éxito en esta tarea importante, eso me hace una persona desesperada y tonta.” Disputa: ¿Cómo un fracaso importante me hace una persona fracasada?” Respuesta: “Solo me hace una persona que fracasó en esa tarea y en ese momento. Un fracasado sería alguien que siempre y únicamente falla. Ese no soy yo ni nadie.
3. Disputa Pragmática: ¿A dónde me llevará si pienso que absolutamente debo tener éxito en tareas importantes y soy un fracaso total cuando no lo soy? respuesta: A ningún lado. Solo me causara ansiedad.

Para capturar una audiencia mayor, estos métodos fueron complementados con otras estrategias como;

- Metáforas y literatura (Leer poesía e historias como tarea, etc.)
- Técnicas de juego para niños.
- Humor, ironía y auto ironía.
- Técnicas pastorales para las personas religiosas.
- Cualquier técnica o procedimiento de diversas terapias que son seguras, puedan ser conceptualizadas cognitivamente y que se usen para transformar creencias irracionales a creencias racionales.” (pp. 9-10)

2.3 La Naturaleza de las Creencias Racionales e Irracionales

De acuerdo a Ellis y Dryden (1997) así como Beck (1,976) citado por David, Lynn y Ellis (2,010) “se han enumerado varias creencias disfuncionales que las personas muchas veces tienen que las vuelve ineficaces y perturbadas, incluyendo la sobre generalización, catastrofismo, personalizar y saltar a una conclusión. Ellis y Dryden (1,997) citado por David, Lynn y Ellis (2,010) exponen virtualmente todas estas creencias irracionales conscientes o implícitamente incluyen uno o más demandas absolutistas. La terapia racional emotiva le muestra a las personas los pensamientos automáticos negativos y como disputarlos. Asimismo, busca de forma rutinaria demandas absolutistas, las muestra a los pacientes y les enseña como disputarlas y cambiarlas a preferencias. La (TRE) explica que las personas de forma consciente e inconsciente escogen perturbarse al escalar sus preferencias a demandas y antojos, que pueden aprender a no hacerlo y crear sentimientos y emociones saludables.

La (TRE) puede describirse como ABC (DE), con esto tanto los clientes como los grupos de auto ayuda saben que:

- “Cuando las personas tienen metas y encuentran adversidades (A) de tal modo que no obtengan lo que quieren u obtengan lo que no quieren, ellos pueden escoger tener consecuencias saludables (C) o no saludables.
- Su elección en gran parte está en (B), Allí, pueden decidir y determinar sentirse afligidos de forma saludable arrepentido o frustrado o pueden decidir sentirse ansiosos, deprimidos y enfurecidos de forma no saludable.
- La decisión en B puede ser enérgica y activar de forma persistente a una preferencia saludable y que las adversidades (A) se reduzcan o de forma no saludable demandar que sus adversidades se reduzcan.
- Si las personas de forma absolutista y rígida insisten en que sus adversidades no deben existir tienden a enojarse. Si solo

prefieren éxito y aprobación, pero incondicionalmente aceptan el fracaso y desaprobación se vuelven mínima y moderadamente enojados.

- Cuando los individuos sienten (C) ansiedad, depresión y enojo no saludable al enfrentarse a posibles adversidades (A), pueden de forma constructiva darse cuenta que han cambiado sus preferencias por el éxito y aprobación a una arrogante, irreal, compulsiva demanda y que siempre cuentan con la elección terapéutica para retornar a preferencias saludables de nuevo.
- Las personas pueden permanecer alerta a las tendencias de pensar de forma irracional por el resto de sus vidas y utilizar un gran número de técnicas para minimizarlos”.(pp. 15,17).

2.4 Consecuencias Conductuales de las Creencias Irracionales

A pesar de que en sus primeros trabajos Ellis (1,962) citado por David, Lynn y Ellis (2,010) describió 11 tipos de creencias irracionales, estudios recientes sugieren que se dividen en cuatro categorías principales:

- a) Exigencias: De acuerdo a DiGiuseppe (1,996) citado por David, Lynn y Ellis (2,010)“las exigencias son afirmaciones rígidas, creencias caracterizadas por una insistencia dogmática que cierta condición debe o no existir”.(p. 78)
- b) Catastrofismo: De acuerdo a Dryden (2,003) citado por David, Lynn y Ellis (2,010)el catastrofismo “se refiere a creencias de evaluación extrema dicotómica de un evento negativo que se ve peor de lo que realmente es. Estas creencias exageran las consecuencias del pasado, presente y futuro”.(p. 83)
- c) Baja tolerancia a la frustración: De acuerdo a Dryden (2,002) citado por David, Lynn y Ellis (2,010) “estas creencias afirman el hecho de que la persona no es capaz de tolerar o soportar un evento o un conjunto de circunstancias, de este modo provoca que una situación parezca ser intolerable, es decir, cuando la persona no obtiene lo que cree que merece, concluye que la situación es intolerable y no lo soportan”.(pp. 84-85)

d) Evaluación global / auto derribo: De acuerdo a David (2,006b; Ellis (1,997)) citado por David, Lynn y Ellis (2,010)“las personas exhiben una tendencia natural a realizar evaluaciones globales (sobre generalizar) sobre ellos mismos, otros y el mundo. Mientras que de acuerdo a MacInnes (2,004) citado por David, Lynn y Ellis (2,010)el auto derribo se refiere a las evaluaciones globales negativas sobre uno mismo, es decir, la persona evalúa una característica específica, conducta o acción de acuerdo al modo de evaluar que se tiene del hecho y luego aplica la evaluación a sí mismo”.(p. 87)

De acuerdo a David, D., et al.(2,005) citados por David, Lynn y Ellis (2,010)Estos cuatro tipos de creencias irracionales ocupa varias áreas (rendimiento, comodidad, afiliación) y se pueden referir a la misma persona, a otros o a la vida en general. Los pensamientos racionales alternativos son:

a)“Preferencias

b) Anti catastrofismo

c) Alta tolerancia a la frustración

d) Aceptación incondicional”. (p. 78)

Consecuencias Conductuales de Creencias Irracionales

Creencia Irracional	Conducta Disfuncional	Estudio
Exigencia auto relacionadas por logros y competencia	-Comodidad al comer. -Uso de medicamento -Aumento de expresión de enojo. -Escape social y aislamiento -Disminución en el desempeño dentro del contexto social. -Desordenes conductuales internos y externos en niños	-Harrington (2,005) -Bernard (1,998) -Watson, Sherbak y Morris (1,998) -Nicastro, Luskin, Raps y Benisovivh (1,999) -Silverman y DiGiuseppe (2,001)
-Exigencias por comodidad y derechos justicia	-Auto dañarse. - Evitación conductual. -Alivio al comer. -Gastos excesivos. -Morosidad. -Control reducido de enojo. -Aumento en las expresiones de enojo. -Problemas relacionales	-Harrington (2,003-05) -Bridges y Roig (1,997) -Bernard (1,998) -Addis y Bernard (2,002)
-Exigencias por control	-Estilo interpersonal hostil - dominante	-Goldberg (1,990)
-Otras exigencias relacionadas -Catastrofismo	-Problemas maritales. -Expresión de enojo de forma agresiva. -Estilo interpersonal sumiso. -Aislamiento social. -Represión de enojo en aumento. -Expresión de enojo incrementada. -Desordenes conductuales	-Móller y De beer (1,998) -Möller y Van der Merwe (1,997) -Jones y Trower (2,004) -Goldberg (1,990) -Watson, Sherbak y Morris (1,998) -Martin y Dahlen (2,004) -Silverman y DiGiuseppe (2,001)

	externalizados en niños.	
-Baja tolerancia a la frustración	-Disminución del control de enojo. -Aumento en la expresión de enojo. -Aumento en la supresión de enojo. -Aislamiento social. -Problemas maritales. -Escape conductual. -Comer a gusto. -Conducta rutinaria. -Dilación. -Gastos excesivos. -Uso de medicamentos. -Auto-dañarse	-Watson, Sherbak y Morris (1,998) -Möller y Van der Merwe (1,997) -Martin y Dahlen (2,004) -Trower (2,004) -Harrington (2,005)
-Evaluación global / auto derribo	-Defensividad ante el feedback negativo. -Aumento de supresión de enojo. -Expresión de enojo agresiva. -Problemas maritales. -Desordenes conductuales internos y externos en niños	-Chamberlain y Haaga (2,001) -Martin y Dahlen (2,004) -Jones y Trower (2,004) Addis y Bernard (2,002) -Möllwe y Van der Merwe (1,997); MöllerRabe y Nortje (2,001); Möller y De Beer (1,998) Silverman y DiGiuseppe (2,001)

Tomado de: Rational and Irrational Beliefs (2,010 p.80-81) citado por David, Lynn y Ellis (2,010),

En síntesis la diabetes es una enfermedad en donde el cuerpo produce poca o nula insulina por lo que es necesario por medio de medicamentos orales, insulina, dieta balanceada y ejercicio diario controlarla. La diabetes puede causar si no se mantiene controlada problemas del corazón, arterias, ojos, pies que puede llevar hasta la amputación de un miembro. Cabe destacar que el tener diabetes significa cambiar el estilo de vida, es decir, vivir mejor. Por otra parte, las ideas irracionales impiden el adecuado desarrollo y crecimiento del sujeto. Pueden ser o no aprendidas y no son realistas porque aparecen en formas de demandas, sobre generalizaciones. Es importante destacar que así como existen ideas irracionales también existen ideas racionales que nivelan y le dan un equilibrio al sujeto en su pensamiento y forma de ver y afrontar la vida. La diabetes puede llevar a emociones negativas como el enojo, la negación entre otras que pueden producir ideas irracionales en el sujeto que impida continuar su vida de forma normal, claro con algunos cambios de hábitos diarios. El apoyo tanto de familiares como psicológico puede ser de gran ayuda.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día se escucha cada vez más sobre la diabetes mellitus y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo si no se toman ciertas medidas para controlar y mantener un nivel de glucosa en la sangre apropiado (glicemia.) En el mundo, el número de pacientes que padecen de esta enfermedad en sus diferentes tipos va en aumento. Frecuentemente, las personas no quieren decir que son diabéticos por temor a ser visto y tratado diferente. Asimismo, y de igual forma es importante conocer como el ser diagnosticado provoca que la persona crea que su vida se ha acabado o que todo cambiará, situaciones que provocan que el sujeto se sienta incomprendido y se aísle como parte de emociones negativas que aparecen con el diagnóstico y cambio en el estilo de vida. Las percepciones y creencias irracionales que son provocadas por la diabetes llevan al sujeto a un cansancio no solo físico sino emocional y a darse por vencido o hacer caso omiso de las indicaciones médicas.

En la sociedad guatemalteca existe poco o nulo conocimiento sobre la diabetes mellitus; es más, en estos momentos existen muchas personas que padecen esta enfermedad sin saberlo por falta de chequeos médicos necesarios o por desconocimiento total de este padecimiento que le impide enterarse que mediante una dieta balanceada, medicamentos orales como las biguanidas, insulina, ejercicio diario, asistir al médico de forma regular ayudan a mantener controlada la diabetes. Asimismo, de igual importancia es conocer la forma en que afecta la vida cotidiana del sujeto en el proceso cognitivo como la aparición de creencias irracionales.

En esta investigación se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las principales creencias irracionales que aparecen en pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 comprendidas entre las edades de 40 y 50 años que asisten a consulta regular al patronato del diabético?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Describir las principales creencias irracionales que aparecen en pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 comprendidas entre las edades de 40 y 50 años que asisten a consulta regular al patronato del diabético.

2.1.2 Objetivos Específicos

Identificar las principales creencias irracionales de contenido en hombres y mujeres.

Identificar las principales creencias irracionales de proceso en hombres y mujeres.

2.3 Variables

a) Creencias Irracionales

2.4 Definición de Variables

2.4.1 Definición Conceptual

Creencias Irracionales: “Las ideas o creencias irracionales son creencias ilógicas y no tienen soporte empírico y no son pragmáticas”. David, Ellis, Lynn (2,010) (p.3).

2.4.2 Definición Operacional

Para efectos de este estudio, las creencias irracionales se definirán como pensamientos que impidan la correcta adaptación del diabético a su nuevo

estilo de vida, y se evaluará a través de la Escala de Actitudes y Creencias (ABT) adaptado por Burgess (1,990)

2.5 Alcances y Limites

Este estudio abarcará las creencias irracionales de los pacientes con diabetes tipo 2 entre 40 y 50 años que asisten de forma regular al patronato del diabético, por lo que, se procederá de forma aleatoria a la aplicación de la Escala de Actitudes y Creencias (ABT) a sujetos que acuden a esta institución. Los resultados obtenidos no se pueden generalizar de forma global ya que entran otros factores como el nivel socioeconómico, modo de vida entre los pacientes que asisten a una clínica privada y los que asisten a entidades públicas. Se busca evaluar cómo afecta la vida de una persona con diabetes y que tanto los pensamientos irracionales impiden que el sujeto avance y pueda llevar una vida estable.

2.6 Aporte

Debido a la poca información con que se cuenta sobre la Diabetes Mellitus en Guatemala tanto para el paciente como para sus familiares, este estudio los ayudará a entender y comprender este trastorno metabólico y a buscar la ayuda eficaz que se pueda necesitar.

Este estudio presenta la teoría y tratamientos más eficaces y recientes que ayudan a vivir con diabetes sin miedo ni falsas expectativas. Busca también ser una luz que enfoque como la diabetes mellitus afecta a nivel emocional, psicológico y físico. Dicha información puede ser utilizada por diabetólogos, nutricionistas y enfermeras que forman parte de la educación diabetológica.

El estudio pretende que el paciente diabético entienda que debe buscar ayuda psicológica para afrontar su enfermedad que sea un acompañamiento al apoyo familiar y deseo propio de conocer más sobre la enfermedad.

Con la información recabada se busca que futuros investigadores sientan el interés por indagar y buscar respuestas al control de la enfermedad.

III. METODO

3.1 Sujetos

En la presente investigación se utilizó el tipo de muestreo Probabilístico que según Baptista, Fernández y Hernández (2,010), lo definen como el subgrupo de la población en el que todos los elementos de ésta tienen la misma posibilidad de ser elegidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra. (p.176)

Para esta investigación la población que se tomará en cuenta son los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2, entre 40 y 50 años, que utilizan insulina y/o medicamentos orales y que asistan de forma regular, es decir, cada mes o cada 3 meses al Patronato del Diabético central ubicado en la 11 calle 1-04 zona 1. Por otra parte, los sujetos deben saber leer y tener algún grado de escolaridad para poder responder el cuestionario. Para el estudio, se aplicará el instrumento a 30 pacientes (15 hombres y 15 mujeres.)

3.2 Instrumentos

Para obtener la información de las creencias irracionales de los pacientes con diabetes tipo 2, se aplicará el test de Actitudes y Creencias (Attitudes and Beliefs Test, ABT.)

Autores: Burgess, 1,990

Mide: De acuerdo a Caballo, Ellis y Lega (2,009) Se basa en el concepto central de que existe un grupo de procesos que interactúa con un grupo de temas generales o contenidos, pero que es necesario permitir su medición de forma independiente y luego estudiar sus posibles interacciones. Mide cuatro niveles de proceso (exigencia, tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación) y tres niveles de contenido (aprobación, éxito y comodidad.) En el mismo deben marcar el grado de acuerdo o desacuerdo, con cada uno de los ítems sobre una escala de Likert de 5 puntos, que van desde: Muy en Desacuerdo (1), Moderadamente en Desacuerdo (2), Neutral (3), Moderadamente de Acuerdo (4) y Muy de Acuerdo (5)

Número de Ítems: 48

Forma de Aplicación: Auto aplicado.

Tiempo de Aplicación: 20 minutos.

Calificación: El ABT permite calcular siete puntajes correspondientes a los siete niveles mencionados con anterioridad. En proceso pueden calcularse agrupando los ítems de la siguiente manera:

1. Exigencia: Ítems #13, 17, 21, 25, 29,33
2. Tremendismo: Ítems #14, 18, 22, 26, 30,34.
3. Baja Tolerancia a Frustración: Items#3, 7, 11, 39, 43,47.
4. Condenación: Items#4, 8, 12, 40, 44,48.

En contenido pueden calcularse tres puntajes agrupando los ítems de la siguiente manera:

1. Aprobación: #Items4, 7, 13, 22, 25, 34, 40,43.
2. Éxito: Items#8, 11, 14, 17, 26, 29, 44,47
3. Comodidad: Items#3, 12, 18, 21, 30, 33, 39,48.

Interpretación de las puntuaciones: El puntaje de cada nivel se calcula añadiendo los números seleccionados por el sujeto en cada uno de los ítems. Por ejemplo, un círculo alrededor del 4 en el ítem #8 equivale a cuatro, como un círculo alrededor de 2 en el ítem #15 equivale a dos y un círculo alrededor del 1 en el ítem #19 equivale a uno. Si se añaden los ítems #8, #15 y #19, el puntaje total sería $2+4+1$, o siete.

3.3 Procedimiento

- a) Se solicitará autorización a la institución para tener acceso a pacientes.
- b) Se aplicará el instrumento seleccionado que permitirá recolectar datos.
- c) Se analizará la información obtenida.
- d) Se redactarán las conclusiones y recomendaciones pertinentes al estudio.
- e) Se realizará el informe final.

3.4 Diseño y Metodología Estadística

La presente investigación será de tipo descriptivo y se definirá como: “los estudios que buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. Únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo, no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. 2,010.)

Para los diferentes cálculos, se utilizará, a) hoja electrónica de Excel que permitirá llevar un orden en relación a la respuesta de cada uno de los sujetos entrevistados con sus respectivas medidas de tendencia central y medidas de variabilidad como media, moda, desviación típica, varianza, mediana por cada escala que mide el test así como entre hombres y mujeres.

Estas medidas de tendencia central se definen a continuación según Hernández., et. al (2,010):

Media: Es la medida de tendencia central más utilizada y puede definirse como el promedio aritmético de una distribución. Se simboliza como \bar{X} , y es la suma de todos los valores dividida entre el número de casos. Es una medida solamente aplicable a mediciones por intervalo o de razón.” (p.293)

Moda: “Es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia. Se utiliza con cualquier nivel de medición”. (p.292)

Mediana: “Es el valor que divide la distribución por la mitad. Esto es, la mitad de los casos caen por debajo de la mediana y la otra mitad se ubica por encima de ésta. La mediana refleja la posición intermedia de la distribución”. (p.292)

Desviación estándar o típica: “Es el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media. Esta medida se expresa en las unidades originales de medición de la distribución. Se interpreta en relación con la media. Cuanto mayor sea la dispersión de los datos alrededor de la media, mayor será la desviación estándar. Se simboliza s o bien mediante la abreviatura DE. La desviación estándar se interpreta como cuanto se desvía, en promedio, de la media un conjunto de puntuaciones”. (p.294)

Varianza: “Es la desviación estándar elevada al cuadrado y se simboliza s^2 . Es un concepto estadístico muy importante, ya que muchas de las pruebas cuantitativas se fundamentan en él”. (p.294)

Prueba t: “Es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable. Se simboliza t . La prueba t se basa en una distribución muestral o poblacional de diferencia de medias conocida como la distribución t de Student que se identifica por los grados de libertad, los cuales constituyen el número de maneras en que los datos pueden variar libremente. Son determinantes, ya que nos indican qué valor debemos esperar de t , dependiendo del tamaño de los grupos que se comparan. Cuanto mayor número de grados de libertad se tengan, la distribución t de Student se acercara más a ser una distribución normal y usualmente, si los grados de libertad exceden los 120, la distribución normal se

utiliza como una aproximación adecuada de la distribución t de Student".
(P.319-320)

IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

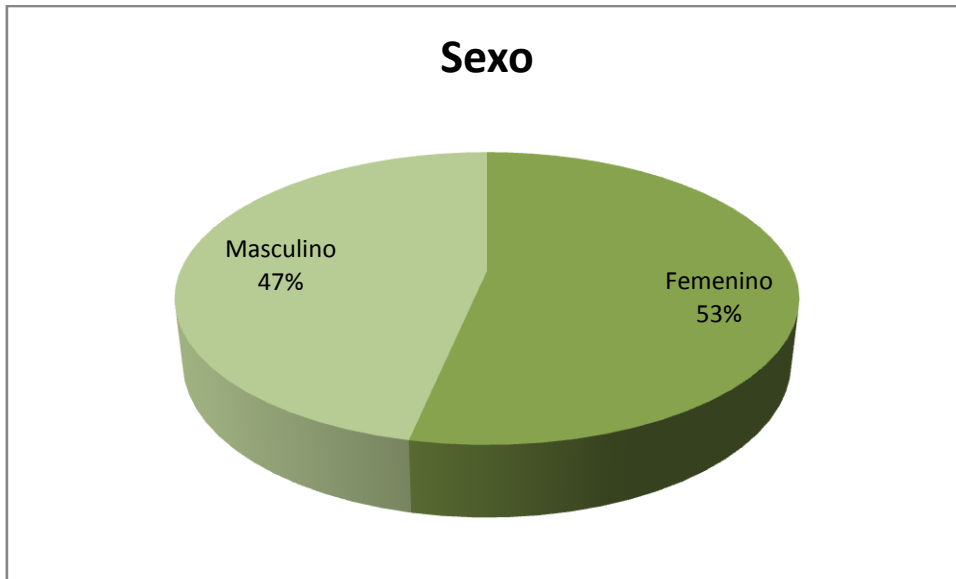
El presente trabajo tuvo como objetivo describir las principales creencias irracionales que aparecen en pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 comprendidas entre las edades de 40 y 50 años que asisten a consulta regular al patronato del diabético.

Para iniciar se presentan tablas y graficas que evidencian el porcentaje por género de las personas evaluadas.

Tabla 1

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	16	53.33%
Masculino	14	46.67%
Total general	30	100.00%

Grafica 1 **Género de personas evaluadas**

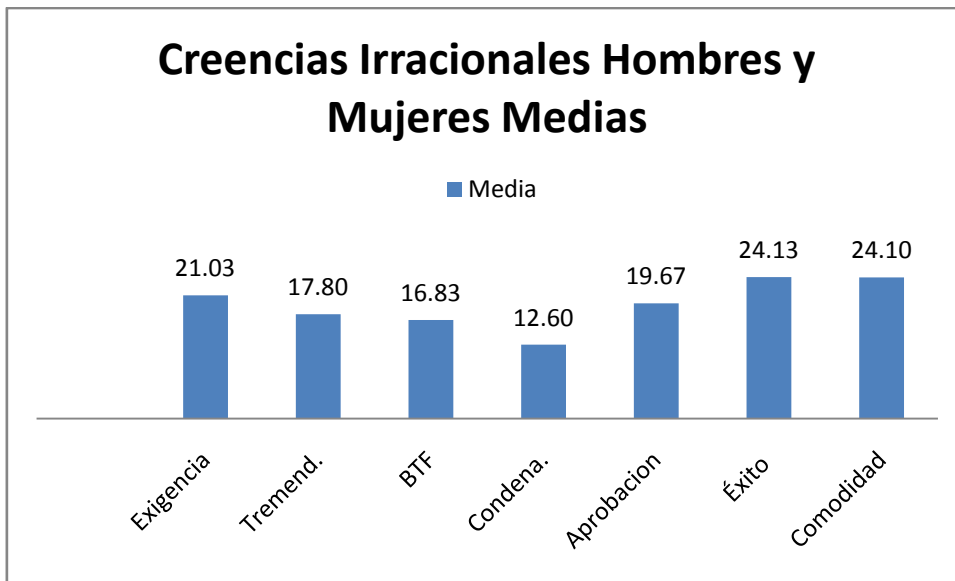


Como lo demuestra la tabla 1, el número de mujeres evaluadas fue mayor que el número de hombres.

Tabla 2 Medias Aritméticas de Creencias Irracionales Hombres y Mujeres

	Total Exigencia	Total Tremendismo	Total Baja Tolerancia Frustración	Total Condenación	Total Aprobación	Total Éxito	Total Comodidad
Media	21.03	17.80	16.83	12.60	19.67	24.13	24.10
Mediana	21.00	17.00	16.00	12.00	18.50	23.00	24.00
Moda	18.00	16.00	14.00	8.00	12.00	21.00	31.00
Varianza	16.79	23.75	41.80	28.59	57.40	33.09	57.96
Desviación Estándar	4.10	4.87	6.47	5.35	7.58	5.75	7.61

Grafica 2 Medias de Creencias Irracionales Hombres y Mujeres



Como se puede observar en la tabla 2, se presentan las medias de las diferentes creencias irracionales de forma general, es decir, mujeres y hombres. La creencia irracional más alta es la de éxito, lo que significa que la persona hace demandas absolutistas sobre él/ella, otros y el mundo y si estas demandas no se cumplen la persona se considera mala y se desvaloriza. Como segunda creencia irracional aparece la comodidad que de nuevo son demandas sobre él/ella, otros y el mundo que se relacionan con mandatos dogmáticos de que deben existir condiciones agradables y cómodas para poder sobrevivir en la vida.

Tabla 3 Medidas de Tendencia Central Hombres y Mujeres Comparación

	Total Exigencia		Total Tremendismo		Total Baja Tolerancia Frustración		Total Condenación		Total Aprobación		Total Éxito		Total Comodidad	
	H	M	H	M	H.	M	H	M	H	M	H	M.	H.	M
Media	20.93	21.13	17.79	17.81	17.36	16.38	11.14	13.88	18.50	20.69	23.57	24.63	24.79	23.50
Varianza	19.46	15.58	17.72	30.56	25.32	58.38	14.90	38.65	42.73	71.56	21.96	44.38	31.10	84.27
Moda	18.00	21.00	20.00	16.00	14.00	16.00	8.00	26.00	20.00	34.00	21.00	23.00	27.00	37.00
Mediana	19.50	21.00	17.50	16.50	14.00	16.00	11.50	12.00	18.00	21.00	22.00	23.00	25.50	22.00
Desviación Estándar	4.41	3.95	4.21	5.53	5.03	7.64	3.86	6.22	6.54	8.46	4.69	6.66	5.58	9.18

En la tabla 3 se pueden observar las diferentes medidas de tendencia central y variabilidad con los totales para hombres y mujeres. Se infiere que en las áreas de Baja Tolerancia a la frustración, Condenación, Aprobación y Comodidad existen mayor dispersión o variabilidad de los datos, es decir, las respuestas fueron más heterogéneas entre los sujetos.

Tabla 4 Diferencia de medias de los resultados de la prueba Test de Actitudes y Creencias Irracionales (IBT)

	Media Hombres	Media Mujeres	T obtenida	P(T<=t) dos colas	Valor crítico de t (dos colas)	DF	SEM
Total Exigencia	20.93	21.13	t = 0.1311	0.90	2.05	28	1.526
Total Tremendismo	17.79	17.81	T = 0.0110	0.99	2.05	28	1.816
Total B.T.F	17.36	16.38	T =0.4083	0.68	2.05	28	2.400
Total Condenación	11.14	13.88	T =1.4240	0.17	2.05	28	1.924
Total Aprobación	18.50	20.69	T =0.7844	0.44	2.05	28	2.792

Total Éxito	23.57	24.63	T =0.4969	0.62	2.05	28	2.133
Total Comodidad	24.79	23.50	T = 0.4566	0.65	2.05	28	2.825

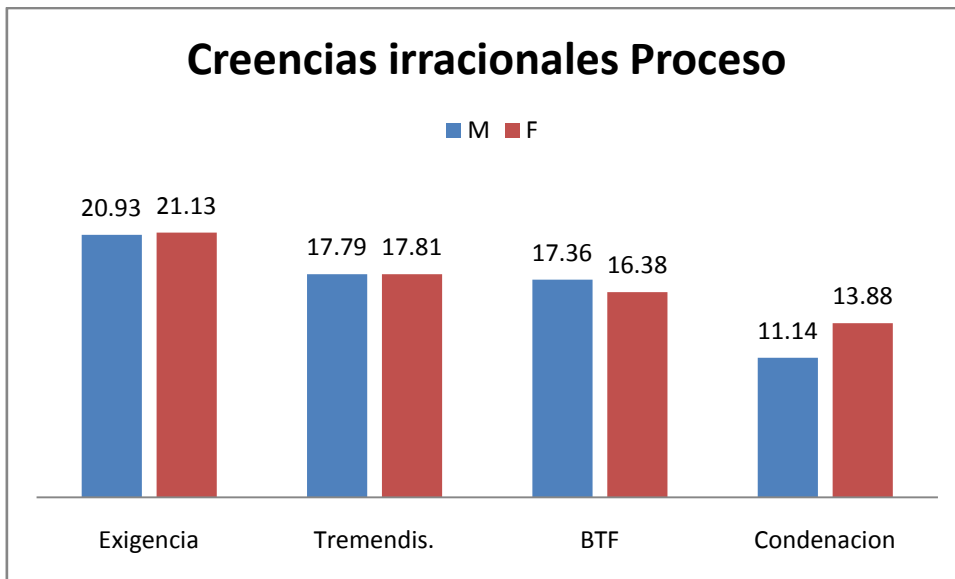
En la tabla 4 se puede observar que el valor de significancia (dos colas), o bien el valor crítico de t indica que no hay diferencia de medias entre hombres y mujeres en ninguna de las áreas.

DF= Grados de Libertad

SEM= Error Estándar

Tabla 5. Creencias Irracionales características del pensamiento “Proceso” Hombres y Mujeres comparación.

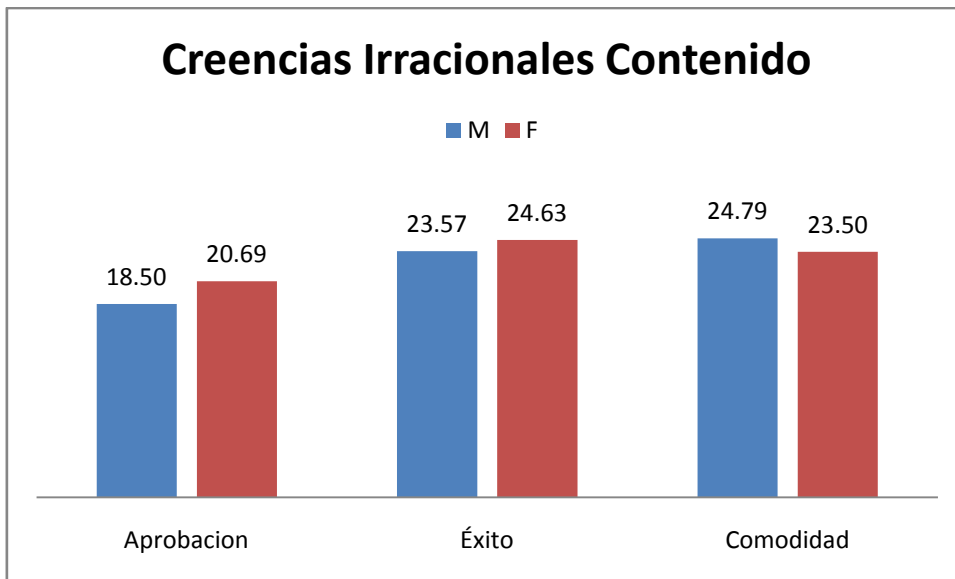
Sexo	Exigencia	Tremendis.	BTF	Condenación
M	20.93	17.79	17.36	11.14
F	21.13	17.81	16.38	13.88



La tabla 5 muestra la comparación entre hombres y mujeres de las creencias irracionales del proceso de pensamiento. La tabla arroja que tanto para hombres como para mujeres la creencia irracional de Exigencia es la más alta, lo que significa que las personas tienen una idea o pensamientos rígidos de que algo debe o no existir. Asimismo, la segunda creencia irracional más alta es la de tremendismo para ambos sexos, lo cual indica que las personas tienden a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento de forma exagerada.

**Tabla 6 Creencias Irracionales temas generales o subjetivos “Contenido”
Hombres y mujeres comparación.**

Sexo	Aprobación	Éxito	Comodidad
M	18.50	23.57	24.79
F	20.69	24.63	23.50



La Tabla 6 muestra la comparación entre hombres y mujeres de las creencias irracionales de contenido donde aparecen los temas generales y subjetivos y que tienen que ver con la ansiedad del ego y de la ansiedad situacional. La principal creencia irracional de contenido para los hombres es la comodidad en donde el sujeto demanda que deben existir condiciones agradables y cómodas para vivir y si las mismas no se cumplen ni en el presente ni futuro inmediato, la persona se perturba ya que no puede tolerar la incomodidad. Mientras que para las mujeres, la Creencia irracional de contenido más alta fue la de Éxito, en donde las personas demandan y esperan de ellas, los demás y el mundo aprobación. Al no cumplirse lo anterior, el sujeto se ve como una persona mala, sin valor y vacía.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación fue describir las principales creencias irracionales entre pacientes de 40 a 50 años de edad que padecen de diabetes tipo 2 que asisten a consulta de forma periódica al patronato del diabético en Guatemala.

Los resultados de la presente investigación indicaron que al comparar las medias de la variable de género en los dos grupos independientes, la diferencia no es significativa. Estos resultados concuerdan con Baños (2,007) quien realizó una investigación con el objetivo de estudiar la relación madre – hijo con diabetes tipo 1 y cuando se tiene un hijo un hijo que no tiene una enfermedad crónica, la cual dio como resultado que no existen diferencias estadísticamente significativas de afrontamiento entre madres que tienen hijos con una enfermedad crónica y madres que sus hijos no padecen alguna enfermedad.

En el presente estudio los resultados obtenidos en lo que se refiere a la principal creencia irracional de forma heterogénea es la de éxito y comodidad donde la primera tiene que ver con las demandas absolutistas que él/ella hacen sobre sí mismos, otros y el mundo y al no cumplirse se consideran malas y se sienten desvalorizadas, mientras que la segunda creencia irracional heterogénea tiene que ver con las demandas sobre él/ella otros y el mundo que se relacionan con mandatos dogmáticos y que deben existir condiciones agradables y cómodas para poder sobrevivir en la vida. Estos resultados concuerdan con los expuestos por Mérida (2,007) quien realizó un estudio que buscaba determinar las principales ideas irracionales que afectaron en las habilidades sociales de adolescentes de 13 a 17 años con un padre ausente y que asistieron al instituto de psicología Dr. José Pacheco Molina, en donde se evidencia que las principales creencias irracionales que se mostraron con mayor frecuencia fueron la necesidad de aceptación, éxito, baja tolerancia a la frustración e indefensión.

También se logra evidenciar que las diferentes medidas de tendencia central y variabilidad con los totales para hombres y mujeres se lograron inferir que en las áreas de baja tolerancia a la frustración, condenación, aprobación y comodidad existe mayor dispersión o variabilidad de datos, es decir, las respuestas fueron más heterogéneas entre los sujetos. Esto concuerda con el estudio realizado por Menchú (2,009) quien realizó un estudio, con el objetivo de establecer las ideas irracionales de estudiantes de cuarto y quinto año de la universidad Rafael Landívar en su papel de terapeutas y concluyó que por medio de la aplicación de instrumentos, que las ideas irracionales que más se presentaron con mayor frecuencia entre los sujetos, fueron aquellas que se

referían a ellos mismos. Estas ideas se refieren al crédito proporcionado por los demás por las actitudes propias.

Por otra parte, en el presente estudio se logró concluir que la principal creencia irracional de pensamiento tanto para hombres como mujeres la más alta es la exigencia, lo que indica que las personas tienen una idea o pensamientos rígidos de algo que debe o no existir y la creencia irracional del tremendismo, lo que indica que las personas tienden a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento de forma exagerada. Esto concuerda con el estudio realizado por Marroquín (2,011) que buscaba establecer las creencias irracionales de tres mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y que permanecen en una relación violenta arrojó que las principales creencias irracionales que aparecieron fueron las relacionadas al perfeccionismo, la necesidad de aprobación, una baja tolerancia a la frustración, inseguridad, evitación, pensamiento mágico y sobre generalización.

De igual forma, el presente estudio logró evidenciar que las principales creencias irracionales de contenido que tienen que ver con temas generales y subjetivos y con la ansiedad del ego y ansiedad situacional, se logra inferir que entre los hombres entrevistados la comodidad es la principal creencia irracional en donde el sujeto demanda que deben existir condiciones agradables y favorables para vivir y si las mismas no se cumplen la persona se molesta ya que no puede tolerar la incomodidad. Mientras que para las mujeres la principal creencia irracional de contenido fue la de éxito, en donde la persona demanda y espera de él/ella, los demás y el mundo aprobación. Al no cumplirse lo anterior, la persona se siente mala, sin valor y vacía. Esto concuerda con el estudio de Ayala (2,012), el cual tuvo como objetivo evaluar el estado cognitivo de los adultos mayores con diabetes tipo 2, dentro del hospital general de México, durante el año 2,011. Se concluyó que la mayoría de los adultos mayores con diabetes tipo 2 son independientes para actividades de la vida diaria y presentan algún grado de deterioro de las actividades instrumentadas, la depresión es frecuente en los pacientes (72%), sin embargo no concuerda con el estudio realizado por Marín (2,000), el cual tuvo como objetivo conocer las características de pensamiento racional e irracional que presentan las personas con conductas altruistas en situaciones de desastre por medio del

test creencias irracionales de Jones (IBT) en donde concluyó que la creencia irracional predominante fue: “Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones.”

De acuerdo a los resultados que se presentan en el presente estudio, y la discusión de resultados que se llevó a cabo en contraste con las diversas investigaciones realizadas por autores tanto nacionales como internacionales, se puede concluir que no existe diferencia significativa en las respuestas de hombres y mujeres entrevistados para la investigación. Al comparar los resultados de las diferencias entre hombres y mujeres sobre las principales creencias irracionales, se obtiene que las diferencias no son significativas, al igual que los estudios consultados.

En el presente estudio es evidente que tanto para hombres como para mujeres la exigencia y tremendismo sobre lo ocurrido y tienden a agrandar la situación así como tienen dificultad para resaltar aspectos positivos y se enfocan únicamente en lo negativo, son demandas absolutista negro o blanco sobre la situación y su persona. Asimismo, tienden a basar su valía como personas, hijos, hermanos, esposos, padres de familia de acuerdo al éxito y comodidad en su vida diaria, laboral y personal, es decir, tienen dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, como la enfermedad, cambio de estilo de vida, divulgación de lo que les ocurre ya que no encuentran ni poseen los medios y formas que les permita exponer su punto de vista, su sentir real sobre la situación y como afecta su día a día.

Por lo expuesto con anterioridad, se puede concluir que los pacientes con diabetes tipo 2 no poseen ni las habilidades ni el conocimiento para afrontar su vida de forma adecuada que les permita desarrollarse y subsistir en su vida diaria y cotidiana dentro del ámbito, familiar, laboral y personal, lo que hará difícil que pueda entablar relaciones interpersonales duraderas, dificultad en entender y manejar cambios de estado de ánimo e intolerancia a la frustración y fracasos ya que se desvalorizara y no contara con las herramientas necesarias para salir adelante y enfrentar posibles obstáculos y encerrarse en su propio mundo donde tenga dificultad para compartir y expresar lo que

realmente siente. Estas habilidades y herramientas son fundamentales y necesarias para entablar relaciones interpersonales que deben poseer para poder defenderse y ver las cosas de una perspectiva ni absolutista o dogmática, sino aprender a observarlas de forma adecuada para no actuar impulsivamente por el desconocimiento y carencia de herramientas para vivir. La diabetes tipo 2 cambia el estilo de vida, pero no mata si se sabe manejar y controlar adecuadamente.

VI. CONCLUSIONES

- La creencia irracional con mayor media entre la población es la de éxito, lo que significa que la persona hace demandas absolutistas sobre él/ella,

otros y el mundo y si estas demandas no se cumplen la persona se considera mala y se desvaloriza.

- Respecto a la variabilidad de las medidas de tendencia central entre hombres y mujeres se concluyó que las creencias irracionales de baja tolerancia a la frustración, condenación, aprobación y comodidad existe mayor dispersión de los datos, es decir, las respuestas fueron más heterogéneas entre los sujetos.
- Se pudo concluir que no hay diferencia de medias entre hombres y mujeres en ninguna de las áreas ni en el valor de significancia (dos colas) o el valor crítico de t.
- Al comparar entre hombres y mujeres las creencias irracionales del proceso de pensamiento se concluyó que para ambos la más alta es la de la exigencia, lo que significa que las personas tienen una idea o pensamientos rígidos de que algo debe o no existir y que si no se sigue un estilo de vida que cumpla sus expectativas se ve como un fracaso, mientras que la segunda creencia irracional de igual forma tanto para hombres como mujeres es la de tremendismo, lo cual indica que las personas tienden a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento de forma exagerada.
- Al comparar entre hombres y mujeres las creencias irracionales de contenido donde aparecen temas generales y subjetivos y que tienen que ver con la ansiedad del ego y de la ansiedad situacional se encontró que la principal creencia irracional para los hombres es la comodidad en donde las personas demandan que deben existir ciertas condiciones agradables y cómodas para vivir y si las mismas no se cumplen ni en el presente ni en el futuro inmediato, se perturban, enojan ya que no pueden tolerar la incomodidad y desadaptación de vivir con la enfermedad, mientras que la principal creencia irracional para las mujeres es la de éxito, lo que indica que las personas demandan y

esperan de ellos mismos y el mundo aprobación, al no cumplirse lo anterior, se ven como malas personas, sin valor y vacías.

VII. RECOMENDACIONES

- Desarrollar e implementar programas psicoeducativos para los pacientes que asisten a terapia y que padecen de diabetes tipo 2, en los cuales se confronten miedos, dudas, mitos y realidades de manera que puedan manejarlas y que no afecte la vida emocional, afectiva, personal y laboral del sujeto. Esto requiere aprender a entender los cambios de estado de ánimo del paciente, la necesidad de mantener relaciones personales estables y de confianza.
- Implementar programas dirigidos a terapeutas profesionales, con los cuales se les invite a aprender más sobre las generalidades de la diabetes tipo 2, de manera que les permita aumentar su desarrollo y formación sobre esta enfermedad que cada vez es mayor en la población y pueda ayudar y guiar al paciente dentro de su proceso personal.
- Al llevar a cabo el proceso terapéutico con pacientes diabéticos, se recomienda llevar un seguimiento minucioso y cercano con el diabetólogo del paciente de manera que se pueda o no asociar dificultades en la terapia con un control inadecuado de la glucosa.
- Se recomienda hacer énfasis al paciente diabético sobre la importancia de realizar ejercicio y como este estimula su estado de ánimo para que se produzca el cambio esperado, así como la alimentación adecuada, el tomar los medicamentos y llevar un estilo de vida disciplinado que permitirá al sujeto afrontar adecuadamente las crisis existenciales y negación de padecer esta enfermedad.
- Es recomendable que se continúe investigando sobre el tema en otros grupos universitarios, con el fin de incrementar el conocimiento de la diabetes, el cual es fundamental para darle mejor atención al paciente que se acerca para ser ayudado y enfrentar la realidad de esta enfermedad.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Diabetes Association (2,008). Diabetes de la A a la Z (5ª. Ed.)
Estados Unidos: Editorial Paidós.

Ayala, O. (2,012). Evaluación cognitiva del adulto mayor, con diabetes, en el
hospital general de México, durante el año 2,011. Tesis Inédita.
Universidad Nacional autónoma de México.

Baños, L. (2,007) Relación madre e hijos y estilo de afrontamientos con hijos
diabéticos y no diabéticos. Tesis Inédita. Universidad de las Américas en
puebla, México.

Barclay. A., Brand-Miller, J., Colagiuri, S., Foster, K (2,007) The New
glucoseRevolutionfor Diabetes (La nueva revolución sobre la Glucosa
para la Diabetes). Estados Unidos: Marlowe Diabetes Library.

Becker, G. (2,007) TheFirstYearType 2 Diabetes (El primer año con Diabetes
tipo 2). Estados Unidos: Marlowe Diabetes Library.

Caballo. V., Ellis. A., Lega. L (2,009) Teoría y Práctica de la Terapia Racional
Emotiva-Conductual. España: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Castillo, C.; Heman, A.; Lega, L. Littlewood, H., Nava, M (2013). Estructura Factorial De La "Escala De Actitudes y Creencias": Réplica Del Estudio De Heman y Niebler. *Psicología Conductual*, 21, 3, 513-525. Recuperado:http://www.researchgate.net/publication/260188707_Nava_M_Castillo_C.A_Littlewood_H.F_Heman_A_y_Lega_L._%282013%29._Estructura_Factorial_De_La_Escala_De_Actitudes_y_Creencias_Rplica_Del_Estudio_De_Heman_y_Niebler_The_factorial_structure_of_the_Scale_of_Attitudes_and_Beliefs_a_replication_of_Heman_and_Nieblers_study._Behavioral_Psychology__Psicologa_Conductual_21_3_513-525._ISSN_1132-9483__JCR_2012_0.800

David. D., Lynn, S., Ellis, A (2,010) *Rational and Irrational Beliefs (Pensamientos racionales e irracionales)*. Estados Unidos: Oxford University Press.

Diccionario de la Real Academia Española. (22^a. Ed.) (2,010). Recuperado de; <http://lema.rae.es/drae/?val=g%C3%A9nero>

Félix, L. (2,007). *Ideas Irracionales en adolescentes como condicionamiento en los cambios emocionales en la etapa pre – menstrual y menstrual*. Tesis Inédita. Universidad Mariano Gálvez.

Figuroa, C. (2,007). *Actualización y validación de la guía educativa dirigida al paciente diabético que asiste a la consulta externa de endocrinología del Hospital Roosevelt*. Tesis Inédita. Universidad De San Carlos de Guatemala.

Hanas, R. (2,005). Type 1 Diabetes. A Guide for Children, Adolescents, Young Adults – and Their Caregivers (Diabetes tipo 1. (Una Guía para Niños, Adolescentes, Adultos Jóvenes y sus Médicos). Estados Unidos: Da Capo Press.

Hernández, D. (2,011). Conocimientos, actitudes y prácticas de auto cuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del hospital nacional de Amatitlán. Tesis Inédita. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Hernández, S., Fernández, C., Baptista, P. (2,010). Metodología de la investigación. Quinta Edición. Perú: Empresa Editora El Comercio, S.A.-

Herrera, C. (2,006). Implementación de la atención psicológica por medio de charlas / conferencias con apoyo de la terapia racional emotiva a pacientes diabéticos de Papadigua. Tesis Inédita. Universidad San Carlos de Guatemala.

Juárez, V. (2,008.Julio). Costo de la Diabetes Ascendería (Mensaje en blog). Recuperado de; <http://guatemalasaludable.blogspot.com/2008/07/costo-de-la-diabetes-ascendera.html>

Marín, F. (2,000) Aplicación del test de Creencias Irracionales de Jones, a la brigada de rescate altruista “Los Topos” a partir de los sismos de septiembre de 1,985 en la ciudad de México. Tesis Inédita. Universidad Nacional autónoma de México.

Marroquín, A. (2,011). Creencias Irracionales de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar.

Menchú, A (2,009). Ideas Irracionales que presentan los estudiantes de psicología en relación a su labor como terapeutas. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar.

Mérida, A. (2,008). Apoyo familiar en la prevención del pie diabético. Tesis Inédita. Universidad Mariana Gálvez.

Mérida, M. (2,008). Ideas Irracionales que afectan las habilidades sociales en adolescentes de 13 a 17 años en cuya familia la figura paterna está ausente. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar.

Ocampo, J. (2,013) Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo dos relacionada con su funcionalidad familiar. Tesis Inédita. Universidad Nacional autónoma de México.

Polonsky, W. (2,000) Diabetes Burnout (Cansancio de la Diabetes). Estados Unidos: American Diabetes Association Library.

Quevedo, J. (2,011). Conocimientos, creencias y prácticas de auto cuidado de la salud en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten a consulta externa de Medicina Interna del Hospital Roosevelt en el período de Abril – Mayo 2,011, Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Ramírez, L. (2,011). Taller de Reestructuración cognitiva para modificar las creencias irracionales de las mujeres que han sido víctimas de violación sexual. Tesis Inédita. Universidad Nacional autónoma de México.

Rodas, T. (2,009). Conocimientos que se relacionan con el tratamiento nutricional en pacientes diabéticos. Tesis Inédita. Universidad De San Carlos de Guatemala.

Roncal, R. (2,011, 18 de abril). Test de Creencias Irracionales Ellis. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/53263851/Test-Creencias-Ellis>.