



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACION SOBRE:

**LA DEPRESIÓN Y SU INCIDENCIA EN LA DIABETES
MELLITUS TIPO II EN PACIENTES EN EDADES DE 60 A 70
AÑOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN EL
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL AMBATO DURANTE EL PERÍODO MAYO -
OCTUBRE 2011.**

Requisito previo para obtener el título de Psicóloga Clínica

AUTORA: Basantes Correa María Fernanda

TUTORA: Dra. Salame Ortiz Evelyn Dayanara

**Ambato – Ecuador
Enero, 2012**

APROBACIÓN DE LA TUTORA

En mi calidad de tutor de investigación sobre el tema: **LA DEPRESIÓN Y SU INCIDENCIA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN PACIENTES EN EDADES DE 60 A 70 AÑOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL AMBATO DURANTE EL PERÍODO MAYO - OCTUBRE 2011**, de la señorita Basantes Correa María Fernanda, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero, 2012.

LA TUTORA

.....

Dra. Evelyn Salame

AUTORÍA DE LA TESIS

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **LA DEPRESIÓN Y SU INCIDENCIA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN PACIENTES EN EDADES DE 60 A 70 AÑOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL AMBATO DURANTE EL PERÍODO MAYO - OCTUBRE 2011**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de tesis.

Ambato, Enero, 2012

LA AUTORA

María Fernanda Basantes Correa

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Autora:

María Fernanda Basantes Correa.

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

El presente trabajo investigativo: **LA DEPRESIÓN Y SU INCIDENCIA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN PACIENTES EN EDADES DE 60 A 70 AÑOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL AMBATO DURANTE EL PERÍODO MAYO - OCTUBRE 2011**, desarrollado por la Srta. María Fernanda Basantes Correa, ha sido dirigida en todas sus partes, cumpliendo con las disposiciones emitidas por la Universidad Técnica de Ambato a través de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por lo expuesto:

Se autoriza su presentación ante los organismos concernientes para la sustentación del mismo.

Ambato, Enero, 2012.

.....
Psic. Jimena Gamboa	Psic. Flavio Bonilla	Psic. Ismael Gaibor
Miembro del Tribunal	Miembro del Tribunal	Miembro del Tribunal

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo primero a DIOS quien me ha dado la vida colmándome de bendiciones día a día permitiendo llegar a culminar uno de mis grandes sueños.

A mi madre MARIA CARLOTA CORREA quien ha sido un modelo a seguir eres lo más maravilloso DIOS no pudo haberme dado mejor madre, tu fortaleza y empeño se transmitió a mí para valorar y continuar cada momento de mi vida TE AMO.

A mi hermano EDGAR CORREA (padre), no pude haber contado con mejor y más grande representante legal durante esta etapa quien ha sido mi apoyo y sustento en todos los actos de mi vida cumpliendo aquel papel para el que no fuiste designado te lo agradezco de corazón lo hiciste perfecto, por cada uno de tus esfuerzos quiero que sepas que, más de una vez tus sabios consejos fueron eco de mi conciencia hoy estoy aquí donde siempre soñé me va a faltar la vida para agradecer por todo lo que he recibido de ti TE AMO.

A ti que eres parte de mi corazón DIEGO PÉREZ que estuviste apoyándome durante mi vida universitaria gracias por ser conmigo maravilloso TE AMO.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato por haber consentido ingresar a continuar mis estudios superiores, a todos y cada uno de mis profesores que gracias a su sapiencia y experiencia me han sabido transmitir los conocimientos a lo largo de mi carrera y que hoy hacen de mí una profesional competente.

A la Facultad Ciencias de la Salud con sus principales dirigentes: Doctor Carlos Aldas Decano de la Facultad Ciencias de la Salud, Doctor Ismael Gaibor Coordinador de la Carrera de Psicología Clínica.

Agradezco de igual manera a mi tutora Dra. Evelyn Salame, quien supo tutelar y enfocar mis ideas y pensamientos para el desarrollo de este trabajo.

Al Dr. Jorge Villa quien con su sabiduría y entereza supo asesorarme durante toda mi tesis mil gracias por el apoyo recibido, a todas aquellas personas que de una u otra manera han sido un apoyo durante mi vida estudiantil.

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

A.- PAGINAS PRELIMINARES

TITULO O PORTADA.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DE LA TESIS.....	III
DERECHOSDEAUTORIA.....	IV
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL.....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
ÍNDICEGENERALDECONTENIDOS.....	VIII
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	X
RESUMEN EJECUTIVO.....	XIV

B.- TEXTO

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 TEMA	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	2
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO.....	7
1.2.3 PROGNOSIS	8
1.2.4 FORMULACIÓN DE PROBLEMA.....	8
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	9
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.3 JUSTIFICACIÓN	9
1.4 OBJETIVOS	11
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	11

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	12
2.2 FUNDAMENTACIÓN SOCIOLOGICA	16

2.3 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	17
2.5 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	18
2.5.1 MEDICINA INTERNA	19
2.5.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS.....	20
2.5.3 TIPOS DE DIABETES	21
2.5.4 DIABETES MELLITUS TIPO II.....	22
2.5.5 PSICOLOGÍA CLÍNICA	25
2.5.6 PSICOTATOLOGÍA	26
2.5.7 TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	29
2.5.8 DEPRESIÓN.....	30
2.6 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	32
2.6.1 HIPÓTESIS.....	33
2.7 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES DE LA HIPÓTESIS	33
CAPÍTULO III:METODOLOGIA	
3.1 PARADIGMA	34
3.2 ENFOQUE	34
3.3 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.4 NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.	35
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	35
3.5.1 TIPO DE MUESTREO	35
3.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	36
3.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	39
3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	39
CAPÍTULO IV:ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	40
4.1.1 HISTORIA CLÍNICA.	40
4.1.2 FICHA CLÍNICA DIABETES MELLITUS TIPO II.....	47
4.1.3 INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK.....	59
4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	77
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES.	79
5.2 RECOMENDACIONES.....	80
CAPITULO VI: LA PROPUESTA	

6.1 DATOS INFORMATIVOS	81
6.1.1 TEMA	81
6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA.....	81
6.1.3 BENEFICIARIOS.....	81
6.1.4 UBICACIÓN	81
6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN.	81
6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE.	81
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	82
6.3 JUSTIFICACIÓN.	83
6.4 OBJETIVOS	84
6.4.1 OBJETIVO GENERAL.	84
6.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	84
6.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	84
6.6 METODOLOGÍA	102
6.6.1 MODELO OPERATIVO	103
6.7 MARCO ADMINISTRATIVO.....	107
6.7.1 RECURSOS FÍSICOS O INSTITUCIONALES.....	107
6.7.2 RECURSOS HUMANOS.....	107
6.7.3 MATERIALES.....	107
6.7.4 ECONÓMICOS	107
6.7.5 CRONOGRAMA.....	108

A. ÍNDICE DE CUADROS

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	18
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	36
TABULACIÓN DE RESULTADOS.....	40
MODELO OPERATIVO.....	102

B. MATERIALES DE REFERENCIA

1. BIBLIOGRAFÍA.....	103
2. ANEXOS.....	111

C. ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°. 01: RED DE CATEGORÍAS	18
GRÁFICO N°. 02: EDAD.....	40

GRÁFICO N° 03: SEXO	41
GRÁFICO N° 04: ESTADO CIVIL	42
GRÁFICO N° 05: OCUPACIÓN	43
GRÁFICO N° 06: MOTIVO DE CONSULTA	44
GRÁFICO N° 07: EXAMEN DE FUNCIONES - MEMORIA	45
GRÁFICO N° 08: EXAMEN DE FUNCIONES - AFECTIVIDAD	46
GRÁFICO N° 09:– FICHA CLÍNICA DIABETES MELLITUS TIPO II/EDAD	47
GRÁFICO N° 10: SEXO	48
GRÁFICO N° 11: ESTADO CIVIL	49
GRÁFICO N° 12: AÑO DE DIAGNÓSTICO.....	50
GRÁFICO N° 13: ANTECEDENTES FAMILIARES/POSITIVO.....	52
GRÁFICO N° 14: ANTECEDENTES FAMILIARES/ NEGATIVO	53
GRÁFICO N° 15: ANTECEDENTES PERSONALES.....	54
GRÁFICO N° 16: COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DM II.....	56
GRÁFICO N° 17: COMPLICACIONES AGUDAS	57
GRÁFICO N° 18: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK/ESTADO DE ANIMO	58
GRÁFICO N° 19: PESIMISMO	60
GRÁFICO N° 20: SENTIMIENTOS DE FRACASO	61
GRÁFICO N° 21: ODIO A SI MISMO.....	62
GRÁFICO N° 22: SENTIMIENTOS DE CULPA	63
GRÁFICO N° 23: INSATISFACCIÓN.....	65
GRÁFICO N° 24: IMPULSOS SUICIDAS.....	66
GRÁFICO N° 25: AISLAMIENTO SOCIAL	67
GRÁFICO N° 26: INDECISIÓN	69
GRÁFICO N° 27: IMAGEN CORPORAL.....	70
GRÁFICO N° 28: CAPACIDAD LABORAL.....	71
GRÁFICO N° 29: CANSANCIO	72
GRÁFICO N° 30: PERDIDA DE APETITO.....	74
GRÁFICO N° 31: PUNTOS DE CORTE DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	75

D. ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 01: VARIABLE INDEPENDIENTE: DIABETES MELLITUS TIPO II.	36
--	----

CUADRO N° 02: VARIABLE DEPENDIENTE: LA DEPRESIÓN	37
CUADRO N° 03: RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	39
CUADRO N° 04: HISTORIA CLÍNICA/EDAD	40
CUADRO N° 05: SEXO	41
CUADRO N° 06: ESTADO CIVIL	42
CUADRO N° 07: OCUPACIÓN	43
CUADRO N° 08: MOTIVO DE CONSULTA	44
CUADRO N° 09: EXAMEN DE FUNCIONES - MEMORIA	45
CUADRO N° 10: EXAMEN DE FUNCIONES - AFECTIVIDAD.....	46
CUADRO N° 11: FICHA CLÍNICA/ EDAD	47
CUADRO N° 12: SEXO	48
CUADRO N° 13: ESTADO CIVIL	49
CUADRO N° 14: AÑO DE DIAGNÓSTICO	50
CUADRO N° 15: ANTECEDENTES FAMILIARES/POSITIVO	51
CUADRO N° 16: ANTECEDENTES FAMILIARES/NEGATIVO.....	52
CUADRO N° 17: ANTECEDENTES PERSONALES	54
CUADRO N° 18:COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DMII.....	55
CUADRO N° 19: COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DMII	56
CUADRO N° 20: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	58
CUADRO N° 21: PESIMISMO.....	59
CUADRO N° 22: SENTIMIENTOS DE FRACASO.....	60
CUADRO N° 23: ODIO A SI MISMO.....	62
CUADRO N° 24: SENTIMIENTOS DE CULPA	63
CUADRO N° 25: INSATISFACCIÓN.....	64
CUADRO N° 26: IMPULSOS SUICIDAS	65
CUADRO N° 27: AISLAMIENTO SOCIAL.....	66
CUADRO N° 28: INDECISIÓN.....	68
CUADRO N° 29: IMAGEN CORPORAL	69
CUADRO N° 30: CAPACIDAD LABORAL	70
CUADRO N° 31: CANSANCIO	72
CUADRO N° 32: PERDIDA DE APETITO	73
CUADRO N° 33: PUNTOS DE CORTE DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	74

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Tema:

LA DEPRESION Y SU INCIDENCIA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN PACIENTES EN EDADES DE 60 A 70 AÑOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL AMBATO DURANTE EL PERÍODO MAYO - OCTUBRE 2011

- Autora: Egresada María Fernanda Basantes Correa
- Tutora: Dra. Evelyn Salame
- Fecha: Ambato, 21 de Noviembre del 2011

RESUMEN

La presente tesis es un estudio investigativo, el cual tiene como objetivo principal correlacionar la depresión a causa de la Diabetes Mellitus tipo II en los pacientes que acudieron al área de medicina interna en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital Ambato.

La investigación se generó en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital Ambato durante los meses de Mayo - Octubre del 2010. Las personas que forman parte de la investigación son 40 pacientes que acudieron al área de medicina interna.

La información obtenida se la recolecto: la depresión a través del Inventario de Depresión de Beck y la Historia Clínica Psicológica y la Ficha Clínica para la Diabetes Mellitus tipo II.

El presente trabajo comprueba la presencia de depresión producto de la Diabetes Mellitus tipo II, ya que así lo respaldan los datos estadísticos obtenidos a través de los instrumentos aplicados a los pacientes del área de medicina interna en edades de 60 a 70 años.

La técnica utilizada para dicha investigación es la Terapia Ocupacional ya que fue creada para situaciones complejas y no mantener a los pacientes en edades de 60 a 70 años en un sedentarismo inmiscuyéndose incluso en las actividades de la vida diaria o en las actividades básicas de la vida diaria.

PALABRAS CLAVES: DEPRESIÓN, DIABETES MELLITUS TIPO II, BDI, TO, AVD, ABVD.

INTRODUCCIÓN

Debido al ritmo de vida moderna, la depresión se ha convertido en una patología habitual en los países del primer mundo, no se trata de un estado de ánimo pasajero de tristeza, es una enfermedad del cuerpo la mente y el espíritu.

Sentirse deprimido es una reacción natural a los golpes de la vida mas aun cuando hay un acompañamiento de una enfermedad crónico degenerativa como es el caso de la Diabetes Mellitus tipo II, imponiendo una carga muy pesada en los pacientes requiriendo aceptarse y adaptarse a su condición crónica para lo que necesitan desarrollar habilidades que le faciliten dicha adaptación y llevar un tratamiento exitoso, para lo cual se educo e informo a los pacientes sobre los beneficios de la aplicación de la Terapia Ocupacional en su vida diaria.

Dado que las alteraciones emocionales son capaces de afectar la respuesta biológica, pudiendo tener un efecto importante sobre el control glucémico, el autocontrol de la diabetes y la calidad de vida en general existiendo la necesidad que las personas con Diabetes Mellitus tipo II sean consideradas como seres integrales, sin embargo a pesar de su importante prevalencia la depresión en personas con diabetes aún mantiene poco reconocimiento.

Para el desarrollo y estudio de la presente investigación se ha realizado un seguimiento en pacientes con depresión en consulta externa del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato” para lo cual se ha seleccionado un grupo de 40 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II y su impacto físico, emocional de quienes lo padecen.

CAPÍTULO 1.

EL PROBLEMA.

1.1 TEMA.

La depresión y su incidencia en la Diabetes Mellitus tipo II en pacientes en edades de 60 a 70 años en el área de Medicina Interna en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital Ambato durante el período Mayo - Octubre 2011.

1.2 Planteamiento del Problema.

1.2.1 Contextualización

Macro

Según la Guía Asociación Latinoamericana de Diabetes para el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II Latinoamérica incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con Diabetes Mellitus en Latinoamérica y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. Este comportamiento epidemiológico probablemente se debe a varios factores entre los cuales se destaca la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población. La mayoría de la población latinoamericana es mestiza (excepto Argentina y Uruguay), pero todavía hay algunos países como Bolivia, Perú, Ecuador y Guatemala en donde más del 40% de los habitantes son indígenas.

Estudios en comunidades nativas americanas han demostrado una latente pero alta propensión al desarrollo de diabetes y otros problemas relacionados con resistencia a la insulina, que se hace evidente con el cambio en los hábitos de vida, lo cual está ocurriendo de forma progresiva.

De hecho entre un 20 y un 40% de la población de Centro América y la región andina todavía vive en condiciones rurales, pero su acelerada migración probablemente está influyendo sobre la incidencia de la Diabetes Mellitus II. La prevalencia en zonas urbanas oscila entre 7 y 8%, mientras en las zonas rurales es apenas del 1 al 2%.

El aumento de la expectativa de vida también contribuye. En la mayoría de los países de Latinoamérica la tasa anual de crecimiento de la población mayor de 60 años es del orden del 3 al 4% mientras que en Estados Unidos no pasa del 0.5%. La prevalencia de Diabetes Mellitus II en menores de 30 años es menor del 5% y después de los 60 sube a más del 20%.

Por otro lado la altura parece un factor protector. La prevalencia de Diabetes Mellitus II en poblaciones ubicadas a más de 3.00 m sobre el nivel del mar tienen proporcionalmente una prevalencia que es casi la mitad de la encontrada en poblaciones similares desde el punto de vista étnico y socioeconómico pero ubicadas a menor altura.

La Diabetes Mellitus II se diagnostica tarde. Alrededor de un 30 a 50% de las personas desconocen su problema por meses o años (en zonas rurales esto ocurre casi en el 100%) y en los estudios de sujetos con Diabetes Mellitus II recién diagnosticada, la prevalencia de retinopatía oscila entre 12 y 23% y de la neuropatía entre 25 y 40%. La Diabetes Mellitus II ocupa uno de los primeros 10 lugares como causa de consulta y de mortalidad en la población adulta.

Los estudios socioeconómicos han demostrado que el mayor gasto de atención a las personas con diabetes se debe a las hospitalizaciones y que ese gasto se duplica cuando el paciente tiene una complicación micro o macrovascular y es cinco veces más alto cuando tiene ambas.

La principal causa de muerte de la persona con Diabetes Mellitus II es cardiovascular. Prevenirla implica un manejo integral de todos los factores de riesgo tales como la hiperglucemia, la dislipidemia, la hipertensión arterial, el hábito de fumar, etc. Todos estos factores, excepto el hábito de fumar, son más frecuentes en los diabéticos y su impacto sobre la enfermedad cardiovascular también es mayor.

Meso

Debido a que es un problema que afecta a personas del mundo entero, Ecuador no es la excepción; siendo la depresión la comorbilidad de diabetes mellitus tipo II en el campo de la salud y principalmente en pacientes en edades de 60 a 70 años como es el caso de la presente investigación.

En Ecuador no hay un Instituto de Gerontología regentado por el Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, instituciones como el Centro de Experiencia del Adulto Mayor (CEAM), del Patronato Municipal San José y los Talleres de Jubilados del Centro Benalcázar, del IESS, en Quito, los capacitan con talleres y charlas. En el Ecuador hay 1,2 millones de adultos mayores.

De acuerdo a los datos presentados hoy, la mayoría de personas mayores de 60 años son mujeres con el 53,4%. En la sierra residen 596 429 adultos mayores, mientras que en la costa viven 589 431 personas de la tercera edad. De ellos, el 69,6% no cuenta con ningún seguro de salud, según una encuesta realizada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2009.

Según datos estadísticos reportados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social el C.I.E 10 trabaja con el código E11 en el área de Medicina Interna desde el 01 de Enero del 2011 hasta el 30 de Septiembre del 2011 se han atendido 1676 casos de Diabetes Mellitus tipo II en cuanto a diagnóstico definitivo de los cuales 575 fueron registrados y corroborados por el área encargada en la actualidad existen 150 casos de pacientes en edades de 60 a 70 años los cuales están distribuidos así, 92 fueron reportados en el caso de las mujeres y 58 en el caso de hombres.

En resumen los pacientes geriátricos que acudieron a esta casa de salud presentaron mayor incidencia de padecer depresión o haber asistido previamente a una ayuda profesional para sobrellevar una o varias enfermedades crónicas degenerativas como es el caso de la diabetes mellitus tipo II.

Micro

Según el módulo 2 de diagnóstico sectorial Plan Ambato. La población de adultos de 65 años y más (21.102) constituye el 70,34% de la población total en Ambato (287.282) de ellos 11.174 personas (52,95%) viven en el área urbana y 9.928 (47,5%) viven en el área rural; 9.600 (45,49%) son hombres y 11.502 (54,51%) son mujeres.

Los principales problemas que deben enfrentar los adultos mayores, tienen que ver con los ingresos económicos y la salud. Entre los problemas de salud se encuentran la pérdida normal de audición, visión y memoria, enfermedad de Alzheimer y la mayor incidencia de enfermedades crónicas degenerativas:

PRINCIPALES ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA, NÚMERO DE CASOS REPORTADOS EN TUNGURAHUA Y ECUADOR 2002			
GRUPO DE ENFERMEDADES	ENFERMEDADES	TOTAL PAÍS	TUNGURAHUA
Crónicas no transmisibles	Hipertensión arterial	35681	623
	Diabetes	12954	693
Salud mental	Intento de suicidio	1595	65
	Depresión	6750	427
	TOTAL	1393346	46712

Epidemiología - Ministerio de salud pública. INEC. 2002

En enfermedades crónicas no transmisibles se registraron: 693 de diabetes; 65 intentos de suicidio 427 casos de depresión.

En el Hospital Provincial Docente Ambato en el área de medicina interna existió un total de 205 casos de diabetes, en clínica mujeres 139 casos y en clínica hombres 66 casos, los pacientes con D.M.T .II tenían edades entre 40 y 70 años de los cuales 38 casos fueron hombres de 40 a 70 años y 167 mujeres resaltando la mayor prevalencia. Tomado del trabajo de investigación sobre las reacciones emocionales que presentan los pacientes de 40 a 60 años frente a la Diabetes Mellitus tipo 2 en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato de María Fernanda Macías, año 2006.

En el H.P.D.A la depresión se ubicó en el primer lugar en el 2007 dentro de las principales causas de morbilidad de consulta externa con un total de 136 casos dividido en 55 el primer trimestre y 81 en el segundo semestre. Tomado del trabajo de investigación sobre estudio y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con depresión en consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato de Edison Geovanny Valle, año 2009.

Por ello se ratifica que esta investigación es la pionera en establecer parámetros que incentiven a nuevas investigaciones, como la depresión y su incidencia en la D.M.T.II, hallando a los más vulnerables los pacientes comprendidos en edades de 60 a 70 años en el área de Medicina Interna.

En cuanto al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia, teniendo la misión de proteger, a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de, enfermedad, maternidad, riesgos de trabajo, discapacidad, cesantía, entre otros.

El servicio de Psiquiatría se reinsertó en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital Ambato encargándose del tratamiento de pacientes con trastornos o alteraciones emocionales siendo la más observada la depresión acudiendo múltiples casos remitidos del área de medicina interna por presentar labilidad emocional, tristeza, llanto fácil, alteraciones del sueño entre otras. El servicio atiende un promedio de 20 pacientes diarios y se observa que la depresión es el cuadro más frecuente en nuestros días y más aún en la tercera edad en pacientes con padecimientos orgánicos como es el caso de la diabetes mellitus tipo II incrementándose así la demanda del servicio con diferentes alteraciones emocionales o patologías contrarrestando muchas molestias de índole mental y psicológico y que el plan de tratamiento debe contemplar no solo el aspecto humano y la connotación psicológica del paciente sino también el aspecto farmacológico.

1.2.2. Análisis Crítico

Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta son: leve, moderado, grave, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos (Decima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: CIE-10).

Este es el origen de la depresión que es de interés para esta investigación ya que se sabe que la depresión está asociada a las enfermedades crónicas y los hallazgos en la exploración física muestran que los enfermos crónicos presentan episodios de depresión a lo largo de su enfermedad (DSM-IV).

Una enfermedad crónica que ocasiona la depresión en la tercera edad por sí misma y por las implicaciones secundarias que conlleva, es la D.M.T.II, enfermedad que ocasiona alteraciones importantes en los niveles de glucosa en la sangre y así una disfunción o falla multiorgánica, hecho que induce a la depresión, y cuyo cuidado implica un nuevo régimen alimenticio algo restrictivo, algunas limitaciones físicas propias de la tercera edad sobre todo las sexuales, como la dificultad o incapacidad de tener o mantener una erección en el caso de los hombres y la pérdida de deseo sexual en las mujeres que también predisponen al diabético a deprimirse en las edades de 60 a 70 años o edad dorada.

Cuando un paciente de la tercera edad presenta los síntomas clásicos de la diabetes, poliuria, mucha sed y pérdida de peso, es cuando la glucosa esta usualmente sobre 300mg/dL, esto es de tres a cinco veces sobre lo que debiera estar normalmente. La D.M.T.II en edades de 60 a 70 años favorece los a síndromes geriátricos de incontinencia, caídas, fragilidad, polifarmacia, alteración cognoscitiva, depresión y limitación de movilidad e independencia que es tres veces mayor en este grupo, y una limitación en actividades del diario vivir. La importancia de esta condición está representada por las complicaciones, entre las que podemos mencionar la retinopatía, la insuficiencia renal, la enfermedad cardiovascular (principal causa de muerte en esta población) y la neuropatía. Estas

complicaciones limitan grandemente la calidad de vida del paciente diabético por lo que es importante prevenirlas antes de que puedan ocurrir que dichos pacientes caigan en un estado depresivo profundo acorde a las complicaciones que se presenten.

Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social acuden múltiples personas diagnosticadas con D.M.T.II, al área de Medicina Interna coexistiendo con ello problemas de tipo psicológico como es el caso de la depresión y con el tiempo estos convertirse en trastornos complicando la evolución del cuadro los cuales repercutieron de manera negativa dificultando el proceso de esta enfermedad.

1.2.3. Prognosis

De no dar solución al problema investigado las consecuencias que se avizoran son:

- Que los pacientes de la tercera edad que han venido padeciendo Diabetes Mellitus tipo II sufran un impacto cada vez más intenso sobre todo a nivel afectivo.
- No se trata de un estado de ánimo pasajero de tristeza, ni una señal de debilidad ya que los niveles de glucosa en la sangre alcanzan un bajo nivel por ende se presenta una sensación de futuro incierto a causa de su padecimiento.
- En aquellos casos en los cuales no existe un apoyo por parte de los familiares el paciente pierde la confianza en sí mismo así también las ganas de seguir viviendo.

1.2.4. Formulación del problema

¿La depresión influye en la Diabetes Mellitus tipo II en pacientes en edades de 60 a 70 años en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato” en el período Mayo- Octubre 2011?

1.2.5. Preguntas Directrices

1. ¿Cuál es el grado de depresión predominante en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II?
2. ¿Es posible evaluar las complicaciones de la diabetes tipo II producto de la depresión en pacientes en edades de 60 a 70 años?
3. ¿Se puede diseñar alternativas psicoterapéuticas para la incidencia de depresión en la Diabetes Mellitus tipo II?

1.2.6. Delimitación del objeto de Investigación

Delimitación del contenido

CAMPO: Salud.

ÁREA: Psicología Clínica.

ASPECTO: Depresión.

Delimitación espacial:

La investigación se realizó con los pacientes en edades de 60 a 70 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo II que acudieron al área de medicina interna en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato”.

Delimitación temporal:

Este problema fue investigado en el período Mayo-Octubre 2011

1.3 Justificación

Se ha seleccionado este problema por las siguientes consideraciones:

La depresión es un problema social de actualidad que ha causado un gran impacto, el tema del envejecimiento de la sociedad atañe diversas áreas, especialidades o

profesionales como los Psicólogos Clínicos, Médicos, Geriatras, Trabajadores sociales, Economistas, Políticos y otros. Mientras que las personas con diabetes tipo II se encuentra muy cerca de nosotros en nuestros, familiares, amigos y conocidos.

El hecho de considerar que esta patología involucra al estado de ánimo depresivo con llanto fácil, desesperanza, reproche a si mismo que tiende a ocurrir conjuntamente con la vejez originando incapacidad para llevar una vida familiar y social adecuada provocando sentimientos de culpa, tristeza, melancolía, lo que se incrementa con la soledad y con un conjunto de enfermedades que a esta edad se padece siendo necesario ver como este fenómeno trasciende en pacientes en edades de 60 a 70 años en el área de medicina interna.

En este proyecto se tomó como muestra a 40 pacientes en edades de 60 a 70 años los cuales fueron los más afectados con diabetes mellitus tipo II generando trastornos emocionales por lo que fue necesario trabajar con las familias y quienes cuidan de dichos pacientes.

Tiene factibilidad social, económica y técnica

- ✓ La investigación fue factible ya que se contó con los pacientes de 60 a 70 años, con el apoyo de la Universidad, y la colaboración de la tutora además de la infraestructura adecuada para dicha investigación.
- ✓ Social porque el área de medicina interna estuvo presta para apoyar acciones a favor de los estudiantes particularmente en el ámbito afectivo hacia las personas que acudieron a dicha casa de salud.
- ✓ Económica porque el proyecto fue financiado por la investigadora.
- ✓ Técnica por cuanto se contó con especialistas en problemas afectivos entre ellos la depresión (psiquiatra) la interna rotativa de psicología (pasante) y la diabetes mellitus tipo II (médico internista) y (geriatra).

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Determinar la incidencia de la depresión en la Diabetes Mellitus tipo II en pacientes en edades de 60 a 70 años en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato” durante el período Mayo - Octubre 2011.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Analizar la sintomatología depresiva más predominante en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.
- Evaluar las complicaciones más frecuentes en Diabetes Mellitus tipo II producto de la depresión en pacientes de 60 a 70 años.
- Diseñar alternativas psicoterapéuticas para disminuir la incidencia de la depresión.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes investigativos

(cfr. **González, 2005a-b**).La depresión es el desorden psicológico más importante entre la tercera edad; sin embargo, se requiere de mayor investigación sobre los factores psicosociales relacionados con ambas condiciones, la que debe orientarse paulatinamente hacia los esquemas de interacción entre los factores predisponentes o precipitantes y las variables moduladoras, tales como el locus de control, la autoestima, las expectativas de autoeficacia y el apoyo social.

La depresión también se relaciona con las enfermedades crónicas incapacitantes y algunas lesiones, que son más frecuentes en los adultos mayores, pues este grupo utiliza cuatro veces más los servicios de salud que el resto de la población.

Chan (2003) realizo un estudio experimental en ratas con diabetes, demostró que las concentraciones de corticosterona y hormona adrenocorticotropica, así como las concentraciones de norepinefrina fueron significativamente altas en ratas con diabetes descontroladas. Justamente las altas concentraciones de estas hormonas y neurotransmisores están implicadas en los estados de depresión, ansiedad y estrés incontrolable lo que afecta el metabolismo de la glucosa y contribuye a un pobre control metabólico en pacientes con diabetes (**McEwen, Magariños & Reagan, 2002; Rosmond, 2005; Tsigos& chrousos, 2002**).

La asociación entre la depresión y el consumo de cigarro es preocupante entre las personas con diabetes. El tabaquismo se ha relacionado con un incremento en la resistencia a la insulina siendo un factor de riesgo alto de comorbilidad y muerte prematura asociada con el desarrollo de complicaciones macrovasculares en las personas con diabetes (**ADA, 2004; Katon, Korff, Ciechanowski, Ruso, Lin, Simón, et al. 2004**).

Lerman et al (2004) realizaron un estudio en pacientes con diabetes tipo II en México, en el cual examinaron algunos factores psicosociales asociados con el auto-manejo de la diabetes. Los hallazgos a partir de un análisis de regresión logística múltiple, indican que la probabilidad de tener una pobre adherencia a las principales recomendaciones del tratamiento de diabetes estuvo asociada con depresión, a una historia de excesivo consumo de alcohol y una baja disfunción emocional relacionada a la diabetes, entre otros. **Garduño- Espinoza, Téllez-Centeno y Hernández- Ronquillo (1998)** también reportaron la frecuencia de depresión con diabetes tipo en México. Los resultados muestran que los pacientes con más de 15 años de diagnóstico con diabetes tuvieron un riesgo tres veces más elevado de tener depresión.

(**Vásquez, Hernangomez, Hervas y Nieto, 2006**). Estar “deprimido” puede entenderse en tres niveles diferentes, y cada uno de ellos incorpora una aproximación distinta sobre su evaluación. En un primer nivel, sintomatológico, la depresión hace referencia a un estado de ánimo decaído y triste; en un nivel sindrómico, el segundo, implica no solo la existencia de un determinado estado de ánimo sino también una serie de síntomas concomitantes (cambios en el apetito, problemas de sueño, pérdida de placer, inactividad, etc.); por último, en un nivel nosológico (trastorno clínico), los síntomas no se deben exclusivamente a otro trastorno o condición (por ejemplo, una reacción de duelo o una idea delirante que entristece al paciente).

Un estudio de Pineda, Bermúdez y Cano (2004) hecho en Santiago de Chile sobre los niveles de depresión de pacientes adultos con diabetes tipo 2 el cual confirma la comorbilidad entre la depresión y la Diabetes Mellitus tipo 2 y plantean la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con diabetes.

Según la Universidad de Guanajuato (Kalsekar y col. 2006). Aunque es difícil determinar si el incremento de la sintomatología depresiva causa deterioro del

Control glucémico o viceversa. La depresión se ha encontrado que impacta significativamente a la adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II y sugiere que una evaluación de depresión debe incluirse en el protocolo de tratamiento de estos pacientes.

En estudios previos hemos encontrado que las mujeres postmenopáusicas presentan mayor sintomatología depresiva que las mujeres pre menopáusicas.

(Dávila y Jiménez, 2005). La diabetes es una enfermedad crónica de alta prevalencia mundial y que su incidencia se encuentra en aumento. Se estima que la prevalencia mundial de la diabetes en el año 2000 fue de 2.8% y se espera que para el 2030 esta se duplique.

El impacto psicológico de una enfermedad crónica parte desde el mismo momento en que el paciente recibe el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad por parte del médico, por esto es importante la forma en que los profesionales deben informar y comunicarse con el paciente acerca de su condición.

(Mendizábal, 2006). Al igual que en el caso de la prevalencia mundial, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha proyectado que para el 2025 esta cifra se duplicará en América Latina y el Caribe. Un artículo publicado sobre la diabetes por Campero en 1997, indica que la Federación Boliviana de Diabetes ha declarado que un 12.5% de la población está afectada y otro 12% corre serios riesgos de padecerla.

Este impacto está relacionado también con las implicaciones directas e indirectas que conllevan la enfermedad, las directas incluyen los síntomas mencionados al principio y las posibles complicaciones que podría sufrir el paciente y las implicaciones indirectas o secundarias de la enfermedad como ser el estrés que produce el auto cuidado, la frustración que ocurre ante algún fracaso en el mismo, la interferencia del auto cuidado en la vida cotidiana, las restricciones alimenticias y la tendencia a deprimirse.

Por esto, una de las necesidades principales del enfermo crónico y una de las principales tareas del psicólogo clínico es el desarrollo de capacidades de afrontamiento emocional por la amenaza que constituye la enfermedad para el paciente y su familia.

Estudios de los factores psicosociales en la diabetes como el de Rodríguez (2003) de la Universidad Autónoma de México, han concluido que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, aumenta el doble las posibilidades de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad.

Un estudio publicado el 8 de Junio del 2008 en el Journal of the American Medical Association sugiere un nuevo nivel de complejidad en la relación de los desórdenes.

Las personas deprimidas pueden llegar a ver incrementado su riesgo de Diabetes Tipo II y quienes padecen de Diabetes puede tener riesgo aumentado de caer en depresión.

Investigadores estudiaron 5.201 casos sin Diabetes Tipo 2 y determinaron el riesgo por desarrollar esa enfermedad en quienes padecían o no de síntomas depresivos en los últimos tres años. El incidente de Diabetes se incrementó 1.1 veces por cada 5 puntos aumentados en scores de un cuestionario de depresión.

Para hacer todo el asunto peor, la Diabetes se asocia con numerosos problemas de salud. El Journal of the American Medical Association reportó que las personas con depresión están con mayor riesgo de padecer Diabetes Tipo 2 y al revés, quienes con Diabetes tienen mayores posibilidades de caer en Depresión. No es sorprendente según los datos publicados el pasado año (2007) en el journal Diabetes Care, la Depresión tiende a interferir con la auto atención del paciente diabético, el cual requiere de monitoreo de los niveles de Glucosa en sangre, medicaciones, cambios dietarios y ejercicio físico.

En 2007 el Diabetes Care reportó que en unos 3.000 pacientes con Diabetes 70% tenían desarrollo de hígado graso no por alcoholismo, pobre circulación y pérdida de la sensibilidad en las extremidades, cuadro llamado neuropatía, lo cual puede derivar en úlceras e infecciones. En 2007 en USA hubo cerca de 86.000 amputaciones relacionadas con la neuropatía diabética.

La Diabetes incluso puede afectar severamente las relaciones interpersonales, se ha reportado que entre el 50% y el 80% de los varones con Diabetes sufren de disfunción eréctil. Los expertos aseguran que las mujeres con Diabetes pierden la libido y a menudo sufren de sequedad vaginal.

El desafío para los médicos es convencer a sus pacientes que se trata de una enfermedad de la mayor importancia y por lo tanto requiere de mucho cuidado. Durante años el mensaje desde la American Diabetes Association ha sido reasegurar que es una enfermedad tratable, ahora a partir del 2009, la asociación planea reenmarcar su mensaje para comunicar mejor la seriedad de la enfermedad. La estrategia de comunicación es decir que la enfermedad es mortal por sus consecuencias y que la American Diabetes Association está para cambiar el futuro de la Diabetes.

La palabra muerte es la que trajo mayor controversia a la asociación, en el pasado pensaban que era necesario asustar a nadie. En la nueva estrategia, han agregado esa palabra. Prevención y esperanza siguen siendo parte del mensaje, no es que no se desee que la gente tenga esperanza, lo que se busca es que las personas entiendan la seriedad del proceso.

Un llamado de atención de los científicos que participan en el "Congreso de la Asociación Americana de Diabetes": "La enfermedad es una de las más grandes catástrofes de la salud" aseguraron en ese ámbito.

Afirman que más de 230 millones de personas viven con diabetes (el 6% de la población mundial) pero se estima que serán 350 millones en menos de 20 años si no se toman medidas con urgencia.

2.2 Fundamentación Sociológica

La sociedad en su desarrollo estructural y funcional ha sufrido varios cambios en la historia, cambios en diferentes áreas como la economía, las ciencias, la política, la antropología y la psicología; estos cambios son el producto de la interacción humana y su sentido de supervivencia en el mundo eminentemente social. En el

tema de investigación se involucran dos variables que pretenden investigar la Depresión y su incidencia en la D.M.T.II y generar una comprensión por parte de los familiares o cuidadores acerca de la etapa de la evolución mejorando la comprensión de la etapa que están atravesando quien lo padece.

2.3 Fundamentación Psicológica

La presente investigación acerca de la depresión y su incidencia en la Diabetes Mellitus tipo II en edades de 60 a 70 años lo cual genera cambios representativos como un descuido parcial e incluso total en cuanto al área social como sentirse abatido y triste siendo una experiencia común en la mayoría de los seres humanos que se ven afectadas, uno de sus problemas más comunes la tristeza, llanto fácil, labilidad emocional, soledad pudiendo durar al menos dos semanas, lapso en el que la persona experimenta cambios en el apetito y peso, descenso en su estado de ánimo, cambios en el sueño y nivel de actividad, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones e ideas recurrentes de suicidio o muerte así como dificultad para experimentar placer en cualquier situación de vida (trabajo, diversión o sexualidad).

La corriente cognitivo - conductual trata de explicar el comportamiento mediante la forma en que la persona interpreta la información. El principio fundamental de este modelo se basa en que las concepciones distorsionadas de la persona, son importantes en la génesis de los trastornos del estado de ánimo.

2.4. Categorías fundamentales

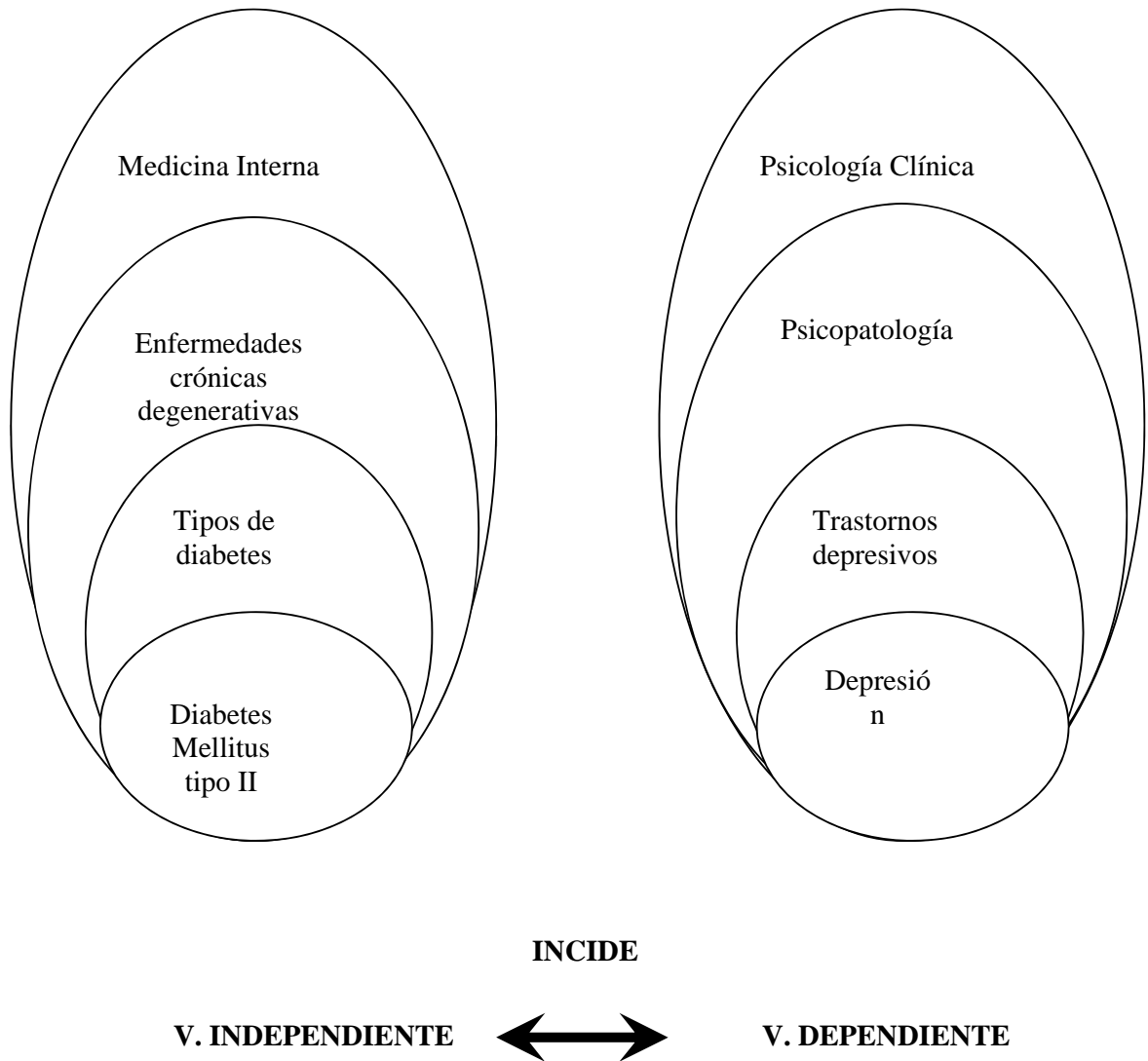


GRÁFICO N° 1:

Diseño: Basantes, 2011

2.5 Categorías fundamentales.

2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: DIABETES MELLITUS TIPO II

2.5.5.1 MEDICINA INTERNA

Según la Medicina Interna: Medicina para los adultos de Oscar G. Pamo Reyna El reto de la Medicina Interna es demostrar a los adultos que la atención por los internistas no solo lleva a los resultados de la más alta calidad sino también tiene una buena relación costo-eficiencia. Para esto la Medicina Interna debe redescubrir el terreno común entre el internista generalista y el internista subespecialistas y debe hallar la manera de evitar la discontinuidad en los cuidados inherentes al sistema de hospitalización.

La labor del médico internista general aparentemente no es congruente con la del médico de cuidados primarios en la medida que está dirigida principalmente a los adultos. Los cuidados primarios comprenden un conjunto heterogéneo, en términos de intensidad y complejidad, de enfermedades a ser tratadas. La población adulta tiene además necesidades de cuidados secundarios y terciarios. El internista generalista debe proveer Mención a los adultos en todos estos niveles. Precisamente un atributo especial del internista generalista es Su capacidad de ofrecer una mayor experiencia diagnóstica, de proveer cuidados secundarios de buena calidad y cuidados terciarios importantes, dentro de los límites de su capacidad de internista. Esta última es otra de sus características, la de darse cuenta de sus limitaciones y realizar las interconsultas a los otros especialistas y solicitar los procedimientos auxiliares pertinentes.

El termino Medicina para los Adultos es más comprensible para el público en general. Les permite distinguimos entre el médico de la familia, el médico de atención primaria y, por supuesto, del subespecialistas. De manera práctica, en nuestro medio, el internista pasaría a llamarse medico de adultos, lo cual le facilitaría algo para que el público lo entienda y no nos considere como médicos generales, a secas.

2.5.5.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS

Según la Prevención de Enfermedades Crónico-Degenerativas en el Adulto Mayor de Inés Gabriela Escobar Moreno. Los padecimientos crónicos degenerativos afectan prácticamente a cualquier órgano o tejido del cuerpo humano, sin embargo, algunos de ellos destacan por su alta frecuencia y por los graves daños que producen a quienes lo padecen; entre ellos se encuentran la obesidad, la enfermedad cardiovascular y cerebro vascular, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, cáncer pulmonar, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, úlcera gástrica y duodenal, insuficiencia renal, várices, cirrosis hepática, trastornos oculares como el glaucoma o pérdida de la visión y los problemas articulares. Estas enfermedades pueden detectarse y tratarse oportunamente; también es posible evitar o retardar las complicaciones que pueden alterar la calidad de vida e incluso llevar a la muerte.

Con base en el conocimiento actual, sabemos que modificando algunos factores de riesgo es probable evitar o limitar los daños a la salud, para ello es necesario actualizar a los prestadores de servicios de salud en la identificación de estos y realizar las medidas pertinentes para modificarlos, involucrando a la población en el auto-cuidado de su salud, a fin de aprovechar al máximo la prolongación de los años de vida con la menor discapacidad posible.

2.5.5.3 TIPOS DE DIABETES

Diabetes Mellitus tipo I

Aparece normalmente en niños y adultos jóvenes y es considerada una enfermedad autoinmune. Una enfermedad autoinmune ocurre cuando el sistema que combate las infecciones del organismo (el sistema inmunológico) se vuelve contra una de las partes del mismo.

Los síntomas incluyen un incremento de sed y frecuencia de orinar, hambre continua, pérdida de peso, visión borrosa y cansancio extremo. Si no se le

diagnostica y trata con insulina, una persona puede caer en estado de coma el cual podría poner su vida en peligro.

Diabetes Mellitus tipo II

Aproximadamente del 90 al 95 por ciento de las personas tienen diabetes de tipo II normalmente se desarrolla en los adultos mayores de 40 años y es aun más común entre los adultos mayores de 55 años de edad. Cerca del 80 por ciento de las personas con diabetes de tipo 2 tienen exceso de peso.

En el caso de la diabetes de tipo II, el páncreas normalmente produce insulina pero por alguna razón el organismo no puede usarla eficazmente. El resultado final es igual al de la diabetes de tipo 1 - la acumulación perjudicial de glucosa en la sangre y la incapacidad del organismo de usar eficientemente su principal fuente de energía.

Los síntomas de la diabetes de tipo II se desarrollan gradualmente y no son tan evidentes como los de la diabetes de tipo 1. Los síntomas incluyen sentirse cansado o enfermo, orinar con frecuencia (especialmente en las noches), sed extrema, pérdida de peso, visión borrosa, infecciones frecuentes y llagas que sanan lentamente.

Factores de riesgo

Son probabilidades para que un individuo desarrolle diabetes si se expone a dichos factores siendo los más comunes: la herencia, raza, edad, sexo, estilo de vida y estrés.

Herencia: Es la transmisión genética de un carácter o rasgo particular encontrando que la mayoría de pacientes reconoce a otros familiares como diabéticos.

Raza: Está relacionada a cierto grupo racial y varía considerablemente entre las poblaciones al parecer nuestra raza mestiza se ha vuelto sedentaria.

Edad: Esta es más común después de los 40 años.

Sexo: Siendo más frecuente en mujeres que en varones, las mujeres mayores y obesas presentan mayor riesgo.

Estilo de vida: Las personas que cambian drásticamente su estilo de vida siendo el más relevante el estrés una tensión que desencadena una serie reacciones físicas mentales y emocionales que hace que su nivel de azúcar se eleve, haciendo que el organismo secrete una serie de hormonas predisponiendo a desencadenar diabetes y con ello fenómenos graves tanto físicos como emocionales.

Diabetes gestacional

Se desarrolla o se descubre en el embarazo. Este tipo de diabetes desaparece después del embarazo pero las mujeres que tuvieron diabetes durante la gestación tienen mayor riesgo de desarrollar la diabetes de tipo II en el futuro. La diabetes durante la gestación ocurre en el 2 al 5 por ciento de los embarazos y tiene tasas más altas entre las afroamericanas, hispanas / latinoamericanas e indias americanas.

2.5.5.4 DIABETES MELLITUS TIPO II

La etiología de la DM II es desconocida y ha sido más difícil de delimitar en sus componentes genéticos que la DM I. Los genes candidatos propuestos son el de la insulina, del receptor de insulina, de la glucucinasa y del genoma mitocondrial. Se ha establecido una herencia autosómica dominante en la variedad conocida antiguamente como MODY (Diabetes Mellitus del adulto de aparición en la juventud). Los factores epigenéticos del individuo reconocidos como determinantes son el sobrepeso y la obesidad relacionados con el sedentarismo, el estrés emocional, la alimentación rica en fructosa y ácidos grasos saturados, el tabaquismo, alcoholismo y la falta de control de enfermedades concomitantes (trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos).

El término DM II se aplica a los trastornos caracterizados por hiperglucemia en ayunas o niveles de glucosa plasmática por arriba de los valores de referencia; el diagnóstico se establece cuando se cumple cualquiera de los siguientes requisitos,

de acuerdo con la propuesta del Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus:

- Cuando se sospeche DM II y se confirme a través de la prueba de detección en un individuo aparentemente sano.

- Cuando se presenten los síntomas clásicos de diabetes como poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida injustificada de peso, cetonuria (en algunos casos) y se registre glucosa plasmática casual >200 mg/dL (glucemia determinada en cualquier momento sin ayuno previo).

- Elevación de la concentración plasmática de glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL, en más de una ocasión.

- Glucemia en ayuno menor al valor diagnóstico de diabetes, pero con una concentración de glucosa ≥ 200 mg/dL en plasma venoso 2 horas después de la carga oral de 75 g de glucosa, en más de una ocasión.

Para el diagnóstico de intolerancia a la glucosa deben cumplirse las dos condiciones siguientes:

- Glucosa plasmática de ayuno > 110 mg/dL pero < 126 mg/dL.

- Glucemia a las 2 horas pos carga oral de glucosa ≥ 140 pero < 200 mg/dL en plasma venoso.

Al interpretar los criterios de diagnóstico de la DM II deben identificarse y evaluarse ciertos factores que elevan los niveles de glucosa en plasma y que pueden alterar el resultado de la prueba en ausencia de la enfermedad, tales como administración de algunos medicamentos antihipertensivos, betabloqueadores, diuréticos tiazídicos, glucocorticoides, preparados que contienen estrógenos (los cuales para no afectar los resultados deben suspenderse un mes previo a la prueba), ácido nicotínico, fenitoína, catecolaminas, así como situaciones de estrés psicológico o condicionado por otras enfermedades. También puede influir la

restricción marcada en la ingestión de carbohidratos o la inactividad física prolongada.

Complicaciones

La frecuencia, gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas están relacionadas con el grado de hiperglucemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a otros factores de riesgo y el ambiente genético.

Agudas

Son complicaciones agudas el coma hiperosmolar, la cetoacidosis diabética y la hipoglucemia, las cuales no son abordadas en este documento porque su manejo requiere de un segundo nivel de atención (manejo intra-hospitalario).

Crónicas

De ellas, esto es lo más relevante:

- En ojos se incrementa el riesgo para desarrollar cataratas, retinopatía, glaucoma y es la principal causa de ceguera adquirida en los adultos de 20 a 74 años de edad.
- Se incrementa 17 veces el riesgo de desarrollar daño renal, que se manifiesta por nefropatía (microalbuminuria) e insuficiencia renal crónica.
- Se incrementa dos veces el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral e hipertensión arterial.
- Se incrementa la probabilidad de insuficiencia vascular periférica, que a su vez condiciona pie diabético, el cual causa más de la mitad de todas las amputaciones que se llevan a cabo en el IMSS.
- Se incrementa el riesgo de neuropatía autonómica en los sistemas cardiovascular, digestivo y genitourinario.

- En piel y mucosas favorece infecciones oportunistas piógenas y micóticas crónicas.

2.6 VARIABLE DEPENDIENTE: INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN

2.6.1 PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sigmund Freud utiliza. Por primera vez en 1896 el nombre de psicoanálisis (si bien ya tenía abierta su consulta en Viena desde 1886). Así pues, cabría proponer 1896 como el año en que oficialmente se ha establecido la Psicología Clínica.

En 1907 el propio Witmer fundara la primera revista especializada, titulada The Psychological Clinical.

Este crecimiento de psicólogos clínicos lleva en 1917 a una escisión de la American Psychological Association (APA), creando la American Association of Clinical Psychologists. Sin embargo, en 1919 esta nueva asociación se reincorpora a la APA, como Sección clínica. A Pues, la Psicología Clínica crea sus propias instituciones (revistas, asociaciones) dentro del marco de la Psicología académica y científica representada principalmente por la Universidad y la APA.

La Primera Guerra Mundial ha movilizó la construcción y aplicación de test psicológicos y también, el papel del psicólogo clínico.

Por un lado, los psicólogos clínicos investigaron y teorizaron sobre los temas en cuestión, como la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia (por ejemplo, el papel de la herencia y el medio), las causas de los trastornos de conducta, los usos de la hipnosis, y la relación entre principios del aprendizaje y la desviación. Según aumentaba su número y se ampliaban sus funciones, los psicólogos clínicos (junto con otros psicólogos aplicados) se sintieron descontentos con el apoyo recibido por sus colegas de la APA, mayormente académicos y científicos, de modo que se constituyeron en 1937 en una organización separada, la American Association of Applied Psychology, para ocho años después .s reintegrarse de nuevo en la APA.

La cuestión es que al final de la década de 1930 el campo de lo que será la moderna Psicología Clínica ya se había organizado con sus seis actividades principales, a saber, la evaluación, el tratamiento, la investigación, la enseñanza, el asesoramiento, y la administración. Para entonces los psicólogos clínicos se han extendido más allá. De sus clínicas originarias a los hospitales, las prisiones, y otros lugares, y tanto con adultos como con niños.

En la Segunda Guerra Mundial se derivaron 40.000 personas a los hospitales neuropsiquiátricos de la Veteran Administration (VA) en EE.UU., lo que supuso de nuevo un impulso a la consolidación de la Psicología Clínica. Puesto que los psicólogos clínicos existentes fueron insuficientes, la VA se adelanta a la APA y los departamentos de las Universidades en la definición y capacitación requerida para el ejercicio de la psicología clínica.

Concretamente, un documento de la VA de 1946 define la psicología clínica como una profesión que implicaba el diagnóstico, el tratamiento, y la investigación relativos a los trastornos de los adultos. Esta investigación de la VA (junto también con el Servicio de Salud Pública de EE.UU.), para que la APA y las Universidades definieran los programas de formación en psicología clínica, dio lugar en 1947 a un comité.

2.6.2 PSICOPATOLOGIA

Según la Guía para el diagnóstico Psicológico Clínico del Dr. Lucio Balarezo y la Dra. Sylvia Mancheno. El estado de ánimo es la manera de expresar la vida afectiva en forma prolongada o permanente y que caracteriza a nuestra personalidad en cuanto nos manifestamos en el ambiente social. Puede durar minutos, horas, días o largo tiempo de nuestra vida, dando unas características de un buen estado de ánimo y a otros de un mal estado de ánimo.

1. ESTADO DE ÁNIMO

En cuanto al estado de ánimo fundamental, tono afectivo general o afecto fundamental, cuya manifestación de equilibrio representa la eutimia, pueden presentar trastornos cuantitativos y cualitativos:

A. Entre los cuantitativos tenemos:

- a. Hipertimia.
- b. Hipotimia.

La Hipertimia se manifiesta por euforia, morea, hipomanía, manía, beatitud, éxtasis.

La Hipotimia se expresa mediante la tristeza, depresión, melancolía y cacoforia.

B. Entre los trastornos, cualitativos podemos mencionar:

- a. Paratimias y distimias.
- b. Neotimias.
- c. Sentimientos inadecuados.
- d. Ambivalencia afectiva.

C. Según la estabilidad los trastornos afectivos pueden ser:

- a. Derotímicos.
- b. Merotímicos.

Que son estables y lábiles respectivamente,

HIPERTIMIA. La Hipertimia consiste en la ruptura del equilibrio del estado de ánimo en el sentido de la excitación, alegría e hipertensión psíquica. Pueden presentarse como un estado de euforia simple en que predominan la alegría, rapidez de movimientos, facilidad de expresión, sensación de felicidad, bienestar y optimismo.

1. La moria o euforia orgánica, caracterizada por una alegría pueril, insulsa, con locuacidad que lleva al paciente al chiste pueril y grosero.

2. La hipomanía consiste en un estado de ánimo exaltado y con manifestaciones de alegría y a veces de cólera. Pero por lo común, el paciente se manifiesta alegre, locuaz, feliz, inteligente, potente, rápido en sus asociaciones y movimientos, sociable.

3. La manía es una exaltación del estado de ánimo mayor que la hipomanía, que se manifiesta como una extrema alegría, a veces cólera; hiperexcitación psicomotriz, gran locuacidad, gran rapidez en las asociaciones, fuga de ideas, sensación de felicidad extrema, etc.

4. La beatitud que se manifiesta como una sensación de gozo inefable y de inmensa felicidad, alegría sin límites, acompañada a veces de visiones divinas o celestiales, sensación de inteligencia, etc.

5. El éxtasis es la expresión máxima de beatitud con sensación de alejamiento del mundo real para colocarse en un mundo sublime de carácter místico, estático, de contemplación en que se alejan los sufrimientos del mundo real.

HIPOTIMIA. La Hipotimia consiste en la ruptura del equilibrio del estado de ánimo eutímico en el sentido de la tristeza la depresión. Puede variar desde un estado de desaliento ligero con tristeza y malestar, hasta un estado de dolor llamado cacoforia.

Las manifestaciones más importantes de la hipotimia son:

La depresión.

La melancolía.

1. La depresión. Se caracteriza por ser un estado de tristeza más o menos profundo, con inhibición y disminución de los procesos psíquicos intelectivos, volitivos, neurovegetativos, etc.

Hay pues una baja general del biotono. El paciente tiene un sentimiento de dolor, de pesimismo, de desagrado, de incapacidad, de impotencia. La asociación de ideas se realiza con asombrosa lentitud y su actitud de inmovilidad o de ligeros movimientos. Presentan sentimientos de culpabilidad, autoacusación, auto reproche, auto punición.

2. El melancólico permanece casi sin movimiento o sus movimientos son muy lentos, habla con voz baja y monótona; se queja permanentemente de sus fracasos; se cree indigno, culpable, pecador, suspira y llora incansablemente.

PARATIMIAS Y DISTIMIAS. Las paratimias y distimias son trastornos cualitativos de la afectividad.

Se llaman distimias a las alteraciones cualitativas de la afectividad cuyo tono es desagradable, como ocurre con la angustia.

La angustia llamada también ansiedad, es una distimias de grado variable según su intensidad, se traduce como un temor a algo indefinido, con remordimiento, preocupación, sensación de presión precordial, palpitaciones, paro cardíaco. Se

acompaña a veces de actitudes particulares, con inmovilidad de los globos oculares, miradas y gestos que delatan temor. El paciente se auto castiga, se muerde los labios o las manos, realiza movimientos continuos de algún segmento, etc.

2.6.3 TRASTORNOS DEPRESIVOS

Se toma como referencia el CIE 10 literal F33 en donde se define como un trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave pero sin antecedentes de episodios aislados de las pautas de manía.

La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables.

A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Pautas para el diagnóstico.

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado (F32.1).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

2.6.4 DEPRESIÓN

Según el libro Suicidio una realidad en Latinoamérica 2009. La depresión que requiere asistencia profesional, el más común de los trastornos psiquiátricos, afecta a cerca del 10% de la población en algún momento de su vida. Aunque esta enfermedad es uno de los principales motivos de hospitalización psiquiátrica (23,3% del total), se estima que el 80% de las personas afectada reciben tratamiento del personal no psiquiátrico o no son tratadas de ningún modo.

La presencia de uno o más trastornos médicos crónicos eleva la prevalencia de alteraciones del ánimo recientes (6 meses) o de por vida del 5,8 al 9,4% y del 8,9 al 12,9% respectivamente. En general cuanto más grave es la enfermedad más probable es que la depresión la complique.

El fracaso del tratamiento sume al paciente en un riesgo aun mayor de padecer complicaciones o morir.

Las manifestaciones clínicas más características de las depresiones típicas en las siguientes:

- Humor depresivo o grave abatimiento del estado de ánimo.
- Anhedonia.
- Disminución de la energía vital.

- Discomunicación cognitiva y afectiva con el entorno.
- Fallas en las funciones de integración principalmente la memoria y la atención.
- Sentimientos de minusvalía y culpa.
- Grave riesgo suicida.
- Trastornos de las necesidades de sueño y apetito.
- Manifestaciones de un Síndrome melancólico como el despertar temprano, el empeoramiento matutino, la inhibición o agitación psicomotora intensas, notable pérdida de peso, marcada disminución o ausencia del impulso sexual.

Otras veces la depresión se manifiesta de disimiles formas, las cuales fueron englobadas bajo el término depresión enmascarada en la que la tristeza no se hace evidente pues sobresalen otras manifestaciones como las que a continuación se relacionan:

Depresión que se presenta como el envejecimiento normal: En este caso el anciano muestra disminución del interés por las cosas que habitualmente lo despertaban, de la vitalidad, de la voluntad; tendencia a revivir el pasado, pérdida de peso, trastornos del sueño, algunas quejas por falta de memoria, tiende al aislamiento y permanece la mayor parte del tiempo en su habitación.

Depresión que se presenta como envejecimiento anormal: En el anciano aparecen diversos grados de desorientación en lugar, tiempo y con respecto a si mismo y a los demás: confunde a las personas conocidas, es incapaz de reconocer lugares; aparece deterioro de sus habilidades y costumbres, relajación esfinteriana, esto es, se orina y defeca sin control alguno, trastornos de la marcha que hacen pensar en una enfermedad cerebro vascular, trastornos de conducta como negarse a ingerir alimentos, labilidad afectiva, etc.

Depresión que se presenta como una enfermedad física, somática u orgánica: El anciano se queja de múltiples síntomas físicos, como dolores de espalda, en las piernas, en el pecho, cefaleas. Puede quejarse también de molestias digestivas como digestión lenta, acidez, plenitud estomacal sin haber ingerido alimentos que justifiquen; tiende a tomar laxantes, antiácidos y otros medicamentos para sus

molestias gastrointestinales; refiere pérdida de la sensación del gusto, falta de apetito y disminución del peso, problemas cardiovasculares como palpitaciones, opresión, falta de aire, etc.

Depresión que se presenta como una enfermedad psiquiátrica no depresiva:

El anciano manifiesta que lo persiguen, que lo están velando, que lo quieren matar, que la policía lo va a venir a buscar para llevarlo preso y estas ideas forman parte de la constelación paranoide. Sin embargo se le pregunta por qué le está sucediendo esto, aflora el componente delirante depresivo al responder que eso ocurre porque él “es el causante de todos los daños del universo, que él se lo tiene merecido para expiar todas las culpas por todo lo abdominal de su pasado”.

Depresión que se presenta como enfermedad psiquiátrica depresiva:

No es mas forma enmascarada sino la más habitual en la que el anciano manifiesta tristeza, pocos deseos de hacer las cosas, ideas suicidas persistentes, ideas de minusvalía y autorreproche, pérdida de autoestima, lentitud psíquica y motora, trastornos del sueño y apetito, descuido del aseo personal, angustia marcada, etc.

Aproximadamente el 15% de los sujetos severamente deprimidos terminaran su vida por suicidio y diversas investigaciones arrojan que los trastornos depresivos con manifestaciones psicóticas conllevan suicidio con una frecuencia cinco veces mayor que aquellos trastornos psicóticos de otra naturaleza.

No son infrecuentes los pactos suicidas entre cónyuges añosos que están deprimidos o situaciones de homicidio – suicidio, en los que el perpetrador habitualmente ha presentado manifestaciones depresivas relevantes. Se considera que dos tercios de los suicidios geriátricos están asociados con la depresión.

2.7. Formulación de hipótesis

2.7.1 Hipótesis General

Es la depresión incidente en la diabetes mellitus tipo II en pacientes en edades de 60 a 70 años en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato”.

2.7.2 Hipótesis Particulares

El grado de depresión grave influye de manera negativa en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en edades de 60 a 70 años.

Las complicaciones crónicas son las más frecuentes en la Diabetes Mellitus tipo II producto de la depresión en pacientes de 60 a 70 años.

Unidad de Observación: Pacientes en edades de 60 a 70 años en el área de medicina interna en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato”.

2.7. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Variable Dependiente

Depresión.

Variable Independiente

Diabetes Mellitus tipo II.

Termino de relación

Incidencia.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA.

3.1 Paradigma

Según Thomas Kuhn (1962), el paradigma es un esquema básico de interpretación de la realidad, que comprende supuestos teóricos generales, leyes, modelos, métodos y técnicas que son adoptados por una comunidad científica.

Esta investigación es de enfoque crítico propositivo de carácter cuantitativo y cualitativo.

Crítico propositivo porque analizamos, observamos la realidad y proponemos alternativas de solución para mejorar los problemas y de esa manera la calidad de vida, basándose no solo en el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo II y de la depresión sino proponiendo una alternativa para una prevención del problema investigado.

3.2 Enfoque

Cuantitativo porque se recaba información que es sometido a un análisis matemático.

Cualitativo porque los resultados en porcentajes pasan a la criticidad con soporte del Marco Teórico.

3.3. Modalidad básica de la investigación.

La investigación se enmarca en la modalidad de campo porque se estudiaron los hechos en el lugar donde se produjeron. Se complementó con bibliografía particularmente para la construcción del marco teórico.

3.4. Nivel o tipo de investigación

La presente investigación avanzó hasta el nivel asociativo de variables, por cuanto se intentó relacionar la depresión y su incidencia en la Diabetes Mellitus tipo II en pacientes en edades de 60 a 70 años.

3.5. Población y muestra.

Se estimó una muestra seleccionada de 35 pacientes que acudieron al área de medicina interna en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital Ambato.

3.5.1 Tipo de muestreo

Esta muestra es intencional porque los participantes de esta investigación fueron seleccionados bajo los siguientes parámetros: en edades de 60 a 70 años, pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II en el área de medicina interna que fueran subsecuentes y acudan al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Hospital Ambato, que presenten un síndrome o episodio afectivo (llanto fácil, labilidad emocional, tristeza).

Se excluyó de la presente investigación a pacientes que no cumplan con los parámetros antes descritos y tengan algún nivel de deterioro cognitivo o que esté presente algún trastorno psiquiátrico como la esquizofrenia u otros.

3.5. Operacionalización de variables

Variable independiente: Diabetes Mellitus Tipo II

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
La Diabetes tipo II resulta de la resistencia a la insulina junto a un defecto en la excreción de insulina, aumentando con la edad, la obesidad, falta de ejercicio físico, la mala alimentación, hay otros factores que se han probado participan en la génesis de la enfermedad diabética.	Antecedentes Familiares.	Genética.	Abuelos/Padres/hermanos.	Entrevista y revisión de historia clínica.	Ficha Clínica para la Diabetes Mellitus tipo II.
		Complicaciones agudas.	Enf cerebrovascular. Enf isquémica. Hipertensión.		
	Antecedentes Personales.	Presión arterial.	Hipertensión arterial. Cardiopatía. Dislipidemia.	Entrevista y aplicación de la ficha clínica a los pacientes.	
		Complicaciones crónicas.	Nefropatía. Retinopatía. Ceguera. Amputaciones. Pie diabético.		

CUADRO N° 2

Diseño: Basantes 2011

Variable dependiente: Incidencia de la depresión.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<p>Depresión Trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión. La depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además ausente o mínima y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, perturbación del sueño y comida, leve la pérdida de iniciativa, moderada el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer grave.</p>	AUSENTE O MINIMA.	1. Estado de ánimo.	1. No me encuentro triste.	Aplicación a los pacientes de 60 a 70 años del inventario de depresión de Beck.	Inventario de Depresión de Beck.
		2. Pesimismo.	1. No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro.		
		3. Fracaso.	1. No me siento fracasado.		
	LEVE.	4. Odio a mí mismo.	2. No disfruto de las cosas como antes.		
		5. Sentimientos de culpa.	2. Me siento malo o indigno muchas veces.		
		6. Insatisfacción.	2. Estoy decepcionado conmigo mismo.		
	MODERADA.	7. Impulsos suicidas.	3. Tengo planes precisos para suicidarme.		

	MODERADA.	8. Aislamiento social.	3. He perdido la mayor parte de interés por los demás y pienso poco en ellos.	Aplicación a los pacientes de 60 a 70 años del inventario de depresión de Beck.	Inventario de Depresión de Beck.
		9. Indecisión.	3. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.		
	GRAVE.	10. Imagen corporal.	4. Siento que mi aspecto es feo y repulsivo.		
		11. Capacidad laboral.	4. No puedo realizar ningún trabajo.		
		12. Cansancio.	4. Me canso demasiado por hacer cualquier cosa.		
		13. Pérdida de apetito.	4. He perdido el apetito.		

CUADRO N°1

Diseño: Basantes 2011

3.6.Recolección de información.

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para investigar la depresión y su incidencia en la Diabetes Mellitus tipo II.
2.- ¿De qué personas?	Pacientes del área de consulta externa.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	La depresión y su incidencia en la Diabetes Mellitus tipo II en pacientes en edades de 60 a 70 años.
4.- ¿Quién?	María Fernanda Basantes Correa.
5.- ¿Cuándo?	Período Mayo–Octubre 2011.
6.- ¿Dónde?	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato”.
7.- ¿Cuántas veces?	2
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, entrevistas y test.
9.- ¿Con qué?	Historia Clínica Psicológica, Ficha Clínica para la Diabetes Mellitus tipo II e Inventario de Depresión de Beck.
10.- ¿En qué situación?	Mientras los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en edades de 60 a 70 años acudan al área de medicina interna.

CUADRO N° 3

Diseño: Basantes 2011

3.7. Plan de procesamiento de la información.

- ✓ Los datos en bruto recogidos fueron revisados para detectar los inventarios que hubieren sido contestados correctamente.
- ✓ En caso de inventarios contestados incorrectamente se insistirá en el retest.
- ✓ Se tabularon los datos de los inventarios contestados correctamente.
- ✓ Se traducirán las frecuencias a porcentajes.
- ✓ Los cuadros estadísticos se representaron gráficamente.
- ✓ Se analizaron los resultados de los datos tabulados a la luz del marco teórico, de los objetivos y de las hipótesis.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Anexo N° 1 Historia Clínica

1.- Datos de Identificación

Edad

VARIABLE	PACIENTES	%
60-62	11	27
63-64	9	22
65-66	7	18
67-68	6	15
69-70	7	18
TOTAL	40	100

CUADRO N°4

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De los 40 pacientes sometidos a investigación se destaca como el de mayor relevancia las edades comprendidas entre 60 a 64 años con un 49%, el 36% entre los 65 a 66 y 69 a 70 años, el 15% está entre los 67 y 68 años de edad siendo este el menor porcentaje de pacientes.

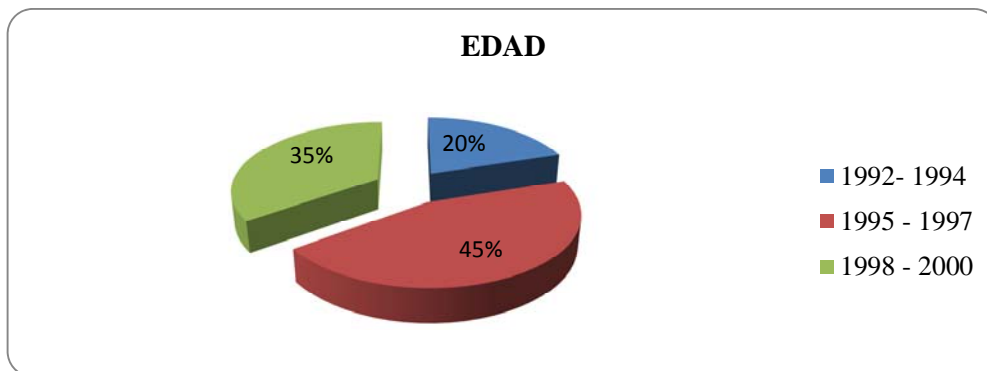


GRÁFICO N° 2

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

La edad es el tiempo que ha vivido una persona y dentro de los datos obtenidos se observó que con el paso de los años a incrementando el número de pacientes siendo estos años representativos para la vida de los pacientes al igual de quienes cambiaron su estilo de vida para sobrellevar la Diabetes Mellitus tipo II y con ello sus efectos que produce.

Sexo:

VARIABLE	PACIENTES	%
Femenino	26	58
Masculino	19	42
TOTAL	40	100

CUADRO N° 5 **Diseño: Basantes 2011**

ANÁLISIS

Se pudo apreciar que es más predominante la diabetes en el sexo femenino ya que ellas reaccionan de esta manera hacia sus preocupaciones con un 58% ayudando a determinar si el sexo influye o no para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo II, mientras que el sexo masculino fue representado con un 42% de pacientes porque se refugian en el alcohol.

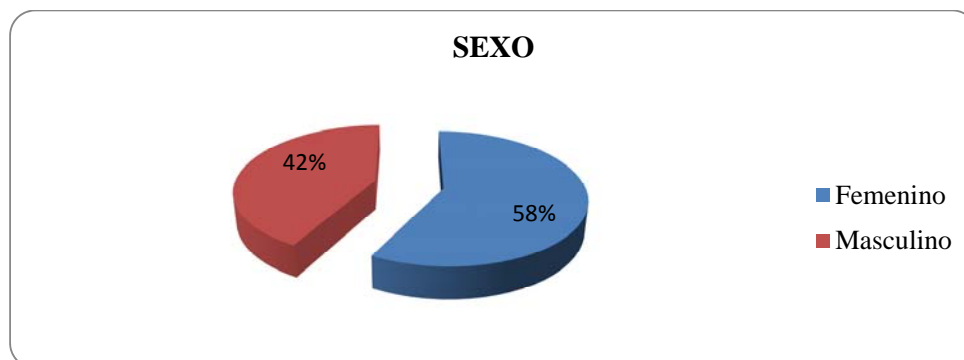


GRÁFICO N° 3

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El sexo es una condición orgánica, masculina o femenina manifestándose en la mayoría de las pacientes entrevistadas siendo el sexo femenino el más sobresaliente igual que el sexo masculino estuvo representado teniendo una variable muy relevante.

Estado Civil

VARIABLE	PACIENTES	%
Casados/as	15	37
Viudos/as	25	63
TOTAL	40	100

CUADRO N° 6 Diseño: Basantes 2011

ANÁLISIS

Durante la aplicación de la Historia se pudo evidenciar que el 37% de pacientes investigados son casados lo que ha ayudado a sobrellevar la Diabetes mientras que el 63% es viudo/as lo que ha repercutido no pudiendo mantener una comunicación con aquella persona que eligió ser su compañero/a.

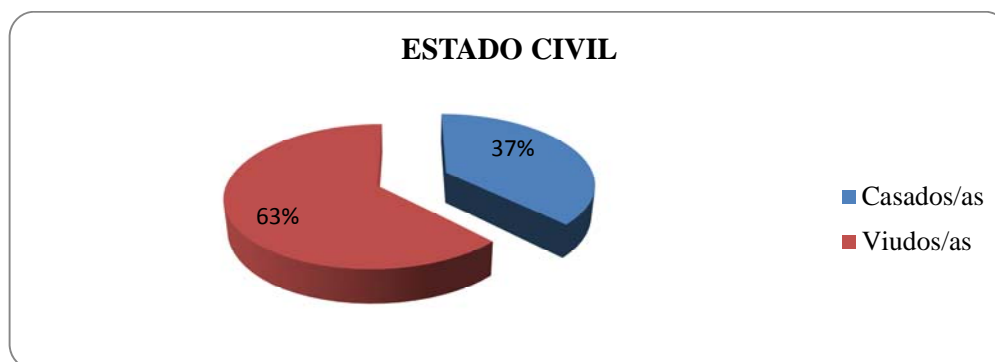


GRÁFICO N° 4

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

De los pacientes sometidos a investigación el 63% de ellos se mantiene en una inestabilidad emocional por tener sentimientos encontrados pasado de un estado de felicidad a un estado de llanto fácil por estar atravesando un momento con el cual compartir con aquella persona amada.

Ocupación

VARIABLE	PACIENTES	%
Maestros/as	16	40
Comerciante	10	25
Amas de casa	9	22
Otras	5	13
TOTAL	40	100

CUADRO N° 7 Diseño: Basantes 2011

ANÁLISIS

De la muestra seleccionada un 65% de los mismos ha mantenido una ocupación un tanto difícil lo cual no ha permitido mantener una alimentación saludable representa, un 35% de pacientes han mantenido una ocupación un poco más abierta pero esto no ha disminuido el riesgo de padecer diabetes.

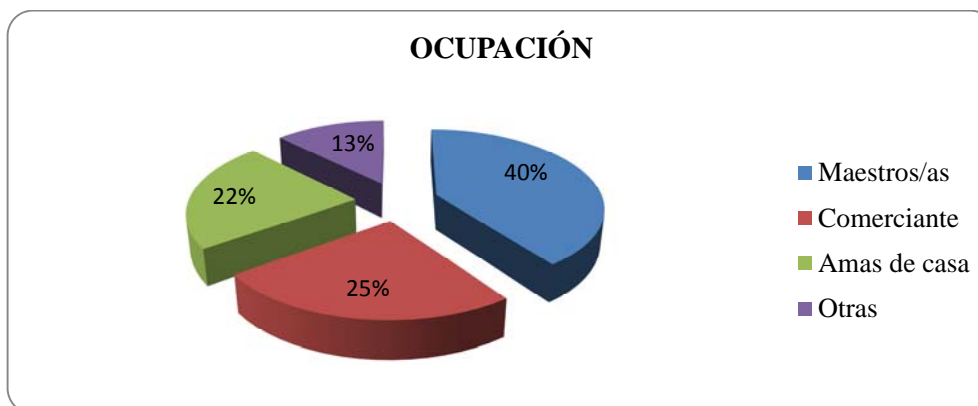


GRÁFICO N° 5

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

La ocupación es la acción y efecto de ocupar u ocuparse en un trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa lo que se ha visto asemejado en los maestros investigados, los comerciantes por el hecho de mantenerse en constantes cambios reflejándose en su salud las amas de casa por el hecho de mantener el empleo han descuidado su salud física viéndose reflejada con la D.M.T.II.

2.- MOTIVO DE CONSULTA

VARIABLE	PACIENTES	%
Control	28	70
Descompensación	12	30
TOTAL	40	100

CUADRO N° 8

Diseño: Basantes 2011

ANÁLISIS

De la muestra tomada un 70% acudió a control de la diabetes mostrándose con llanto fácil y una labilidad emocional y un 30% acudió por una descompensación de la diabetes mostrando una actitud evasiva llegando incluso a la irritabilidad.



GRÁFICO N° 6

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El motivo de consulta necesaria para dicha investigación concluyendo que en un 70% de los pacientes mostraron una actitud colaboradora durante la aplicación de los diferentes instrumentos ayudando incluso a la exactitud de la información, y un 30% una actitud evasiva la misma que fue cediendo con la entrevista.

3.- EXAMEN DE FUNCIONES

Memoria

VARIABLE	PACIENTES	%
Hipomnesia	27	67
Hiperpnnesia	13	33
TOTAL	40	100

CUADRO N°9

Diseño: Basantes 2011

ANÁLISIS

Se concluye que un 67% de los pacientes presentaron hipomnesia con una baja cantidad de imágenes del recuerdo debido a la edad de los pacientes y un 33% mostraron hiperpnnesia aumentando el número de imágenes del recuerdo o una aceleración en la producción de esas imágenes.

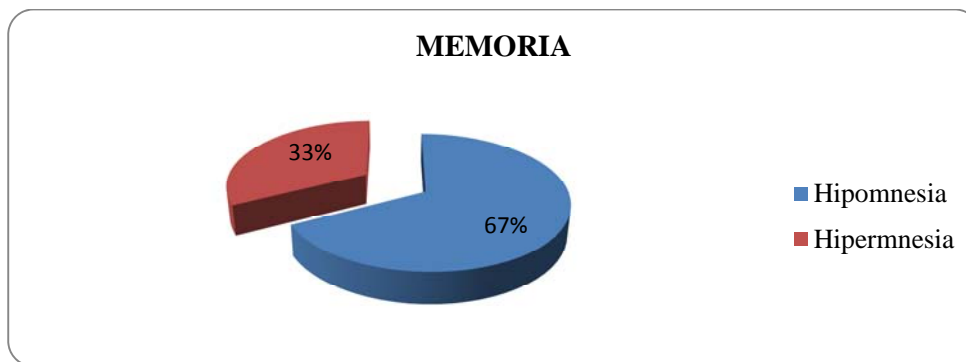


GRÁFICO N° 7

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

La memoria es una facultad psíquica por medio de la cual se retiene y recuerda el pasado mediante la cual exteriorizamos mediante una lentificación en la evocación de las imágenes del recuerdo pocas personas a esta edad presento una excesiva evocación de las imágenes de los recuerdos tendiendo a ser vagos.

Afectividad

VARIABLE	PACIENTES	%
Hipotimia	31	77%
Hipertimia	9	23%
TOTAL	40	100

CUADRO N°10

Diseño: Basantes 2011

ANÁLISIS

En el área afectiva un 77% de pacientes presentaron hipotimia variando su estado de ánimo pasando de la tristeza a la depresión mientras que un 23% de pacientes manifestaron hipertimia.

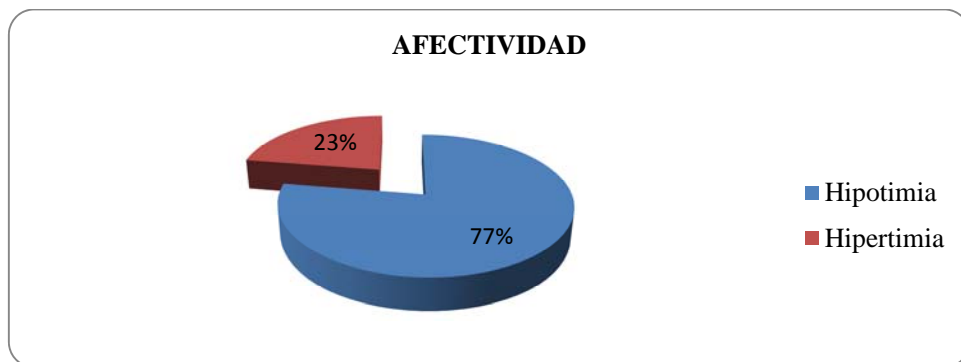


GRÁFICO N° 8

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

La afectividad es un conjunto de sentimientos, emociones y pasiones de una persona llegando incluso a la depresión la cual ha sido observada en un 77% de los pacientes seleccionados debido a la edad y al diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que atravesaron no atravesando una vida normal por lo que presentan estados de ánimo variables influyendo en la vida biopsicosocial acorde a la situación que cada vez la afrontan.

4.1.2 Anexo N° 2 Ficha Clínica Diabetes Mellitus Tipo II

Edad

VARIABLE	PACIENTES	%
60-62	11	27
63-64	9	22
65-66	7	18
67-68	6	15
69-70	7	18
TOTAL	40	100

CUADRO N°11

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De los 40 pacientes sometidos a investigación se destaca como el de mayor relevancia las edades comprendidas entre 60 a 64 años con un 49%, el 36% entre los 65 a 66 y 69 a 70 años, el 15% está entre los 67 y 68 años de edad siendo este el menor porcentaje de pacientes.

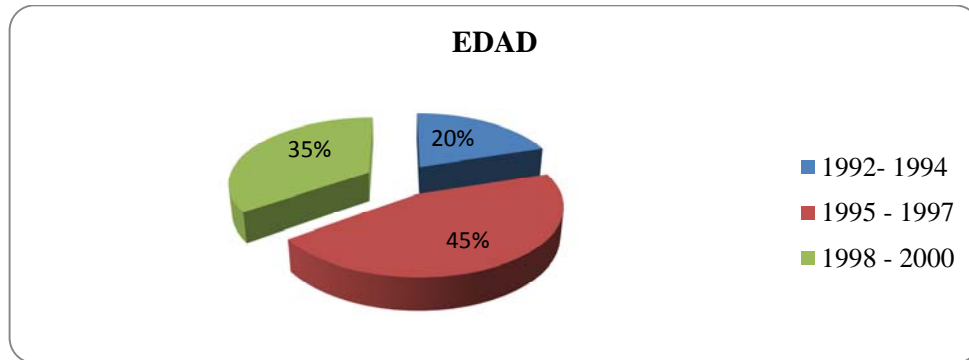


GRÁFICO N° 9

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

La edad es el tiempo que ha vivido una persona y dentro de los datos obtenidos se observó que con el paso de los años a incrementando el número de pacientes siendo estos años representativos para la vida de los pacientes al igual de quienes cambiaron su estilo de vida para sobrellevar la Diabetes Mellitus tipo II y con ello sus efectos que produce.

Sexo:

VARIABLE	PACIENTES	%
Femenino	26	58
Masculino	19	42
TOTAL	40	100

CUADRO N° 12

Diseño: Basantes 2011

ANÁLISIS

Se pudo apreciar que es más predominante la diabetes en el sexo femenino ya que ellas reaccionan de esta manera hacia sus preocupaciones con un 58% ayudando a determinar si el sexo influye o no para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo II, mientras que el sexo masculino fue representado con un 42% de pacientes porque se refugian en el alcohol.

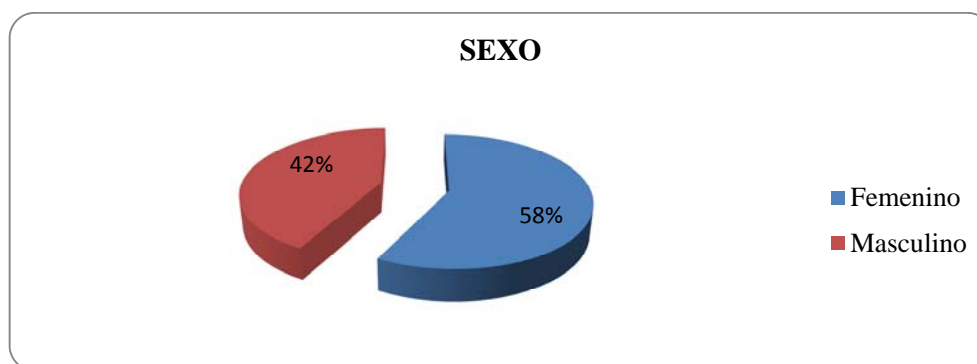


GRÁFICO N° 10

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El sexo es una condición orgánica, masculina o femenina manifestándose en la mayoría de las pacientes entrevistadas siendo el sexo femenino el más sobresaliente igual que el sexo masculino estuvo representado teniendo una variable muy relevante.

Estado Civil

VARIABLE	PACIENTES	%
Casados/as	15	37
Viudos/as	25	63
TOTAL	40	100

CUADRO N° 13 **Diseño: Basantes 2011**

ANÁLISIS

Durante la aplicación de la Historia se pudo evidenciar que el 37% de pacientes investigados son casados lo que ha ayudado a sobrellevar la Diabetes mientras que el 63% es viudo/as lo que ha repercutido no pudiendo mantener una comunicación con aquella persona que eligió ser su compañero/a.

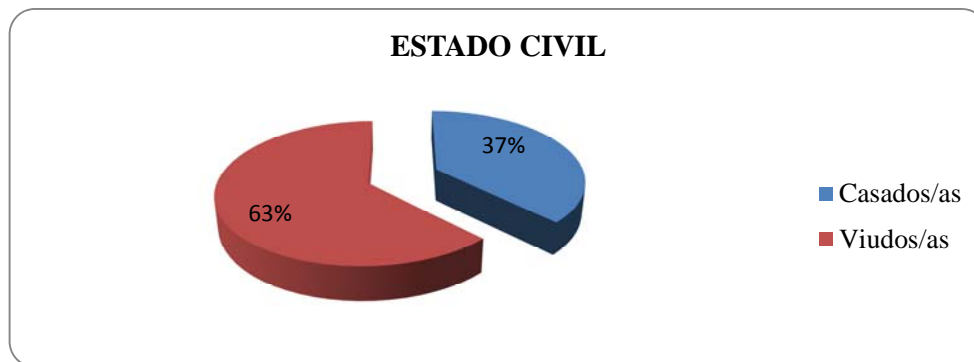


GRÁFICO N° 11

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

De los pacientes sometidos a investigación el 63% de ellos se mantiene en una inestabilidad emocional por tener sentimientos encontrados pasado de un estado de felicidad a un estado de llanto fácil por estar atravesando un momento con el cual compartir con aquella persona amada.

Año de diagnóstico

AÑO DIAGNÓSTICO	PACIENTES	%
20	6	32
15	7	24
12	10	1
9	8	19
7	9	14
TOTAL	40	100

CUADRO N°14

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De un total de 40 pacientes consultados el año de diagnóstico que sobresale con un 56% de pacientes que fueron diagnosticados entre 20 y 15 años reaccionando con negación, enojo, hostilidad antes de aceptar el reto que implica seguidos con un 33% entre los 12 y 9 años fue un año representativo en sus vidas minimizando los síntomas o atribuyéndolos a otra causa mientras un 11% fue diagnosticado hace 7 años sufriendo un impacto severo al darse cuenta de las perspectivas sombrías de una enfermedad incurable.

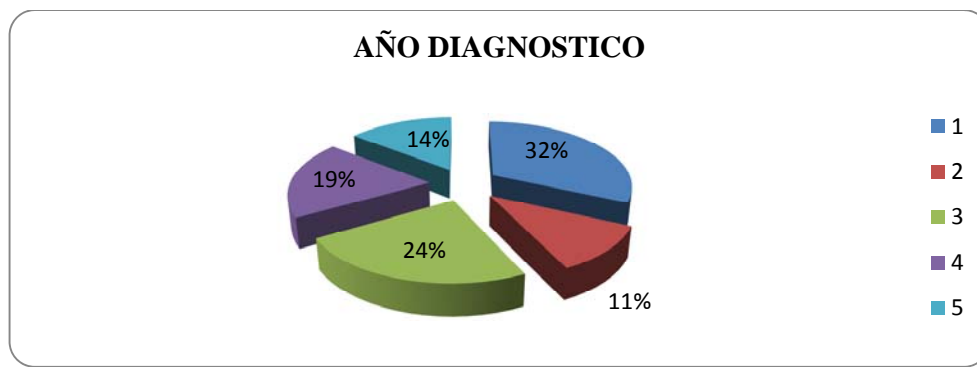


GRÁFICO N° 12

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El diagnóstico es el arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos refiriendo que sintieron los síntomas de diabetes en un 32% de pacientes corroborando con su médico de cabecera en donde varios pacientes fueron diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo II siendo inolvidables para muchos de ellos con un 24% de pacientes y un 19% afecto incluso su estado de humor.

Sexo:

VARIABLE	PACIENTES	%
Femenino	26	58
Masculino	19	42
TOTAL	40	100

CUADRO N° 15 Diseño: Basantes 2011

ANÁLISIS

Se pudo apreciar que es más predominante la diabetes en el sexo femenino ya que ellas reaccionan de esta manera hacia sus preocupaciones con un 58% ayudando a determinar si el sexo influye o no para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo II, mientras que el sexo masculino fue representado con un 42% de pacientes porque se refugian en el alcohol.

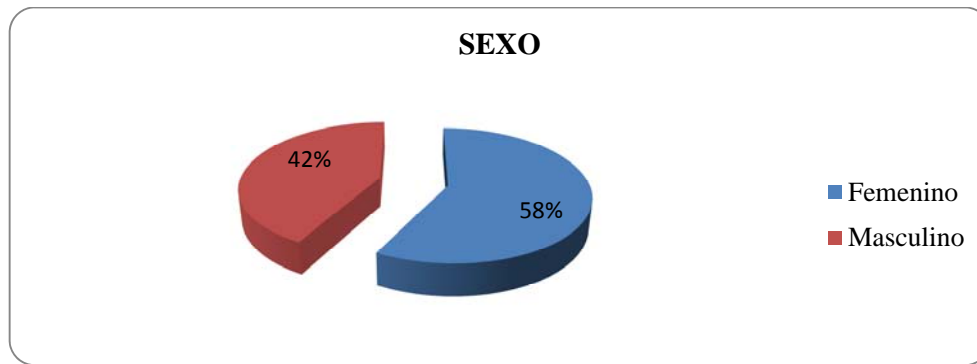


GRÁFICO N° 13 Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El sexo es una condición orgánica, masculina o femenina manifestándose en la mayoría de las pacientes entrevistadas siendo el sexo femenino el más sobresaliente igual que el sexo masculino estuvo representado teniendo una variable muy relevante.

2.- ANTECEDENTES FAMILIARES/ POSITIVO

VARIABLE	Positivo		%
	Padres	Hermanos	
Diabetes	14	10	24
Hipertensión	13	9	22
Dislipidemia	11	9	18
Enf. Cerebro vascular	11	0	19
Enf. Isquémica corazón	4	0	7
Cáncer	6	0	10

CUADRO N°16

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De la recolección de datos un 46% de pacientes manifestaron que sus padres ya padecieron diabetes incluso llegando a fallecer con esta enfermedad padecieron conjuntamente hipertensión arterial un enfermedades cerebro vasculares por accidentes padecidos un 18% refirieron que sus padres y hermanos padecieron un 37% de colesterol alto un y enfermedades cerebro vasculares padecieron cáncer de estómago o pancreático propio de la Diabetes Mellitus tipo II y un 17% de enfermedades isquémicas del corazón siendo muy frecuente en la diabetes.

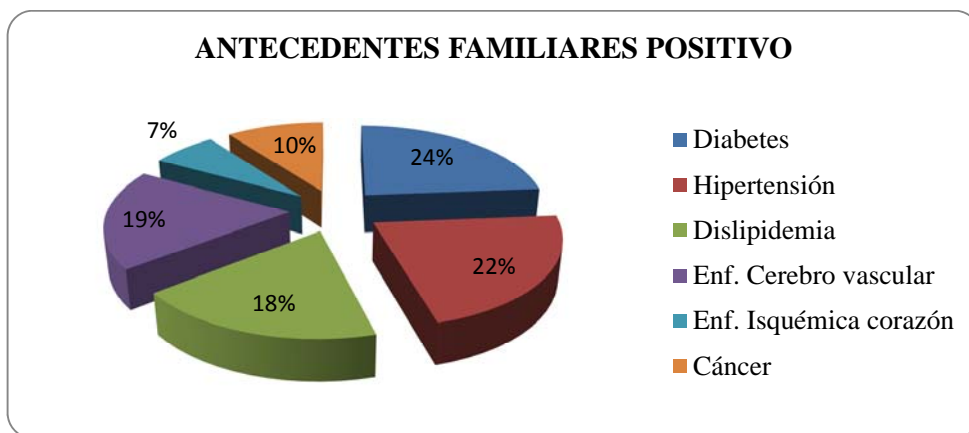


GRÁFICO N° 14

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

Los antecedentes familiares son una acción, dicho o circunstancia que sirve para comprender o valorar hechos posteriores siendo cada uno de los caracteres normales o patológicos, orgánicos o psíquicos que presentan varios individuos de una misma familia, transmitidos por herencia observando que un 24% de pacientes ya padecieron diabetes ligados a un 22% con hipertensión incluso falleciendo a causa de estas enfermedades.

3.- ANTECEDENTES FAMILIARES/NEGATIVO

VARIABLE	Negativo		%
	Padres	Hermanos	
Diabetes	6	10	10
Hipertensión	8	1	13
Dislipidemia	2	8	3
Enf. Cerebro vascular	9	1	30
Enf. Isquémica corazón	6	0	26
Cáncer	1	3	18

CUADRO N° 17

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De la muestra tomada un 56% de pacientes no presentaron enfermedades cerebros vasculares no padeciendo una enfermedad isquémica del corazón y un 31% no sufrió algún tipo de cáncer o hipertensión en hermanos un 13% negó haber padecido diabetes o no heredo dislipidemia.

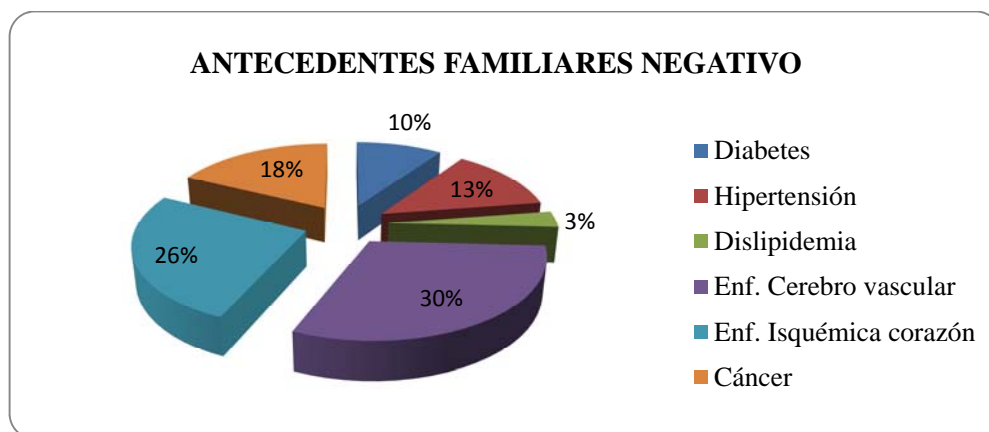


GRÁFICO N°15

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

Los antecedentes familiares son una acción, dicho o circunstancia que sirve para comprender o valorar hechos posteriores siendo cada uno de los caracteres normales o patológicos, orgánicos o psíquicos que presentan varios individuos de una misma familia, transmitidos por herencia no padeciendo diabetes igualmente no padeciendo hipertensión arterial no manifestando dislipidemia no presentando enfermedades cerebrovascular un 30% no refirieron enfermedades isquémicas un 26% y un 18% de cáncer manteniendo este balance como positivo en sus vidas.

4.- ANTECEDENTES PERSONALES

VARIABLES	Positivo	Negativo	%
Bebedor Problema	11	31	9
Tabaco	26	14	22
Actividad Física	15	25	13
Hipertensión Arterial	30	10	26
Dislipidemia	10	30	9
Cardiopatía	6	34	5
Cáncer	5	35	4
Cirugías	14	26	12

CUADRO N° 18

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De la muestra seleccionada un 48% sufren de hipertensión arterial siendo un problema más que sobrellevar y el consumo de tabaco a más de 3 diarios siendo una excusa mas para esta enfermedad y un 25% no realizaron actividad física a más de lo cotidiano o laboral, se realizaron cirugías como apendicetomía, varices, histerectomía y un 18% fueron un bebedor problema al igual que sufrieron de dislipidemia y un 9% padece cardiopatía siendo las más frecuentes taquicardias y arritmias las que más afectaron.

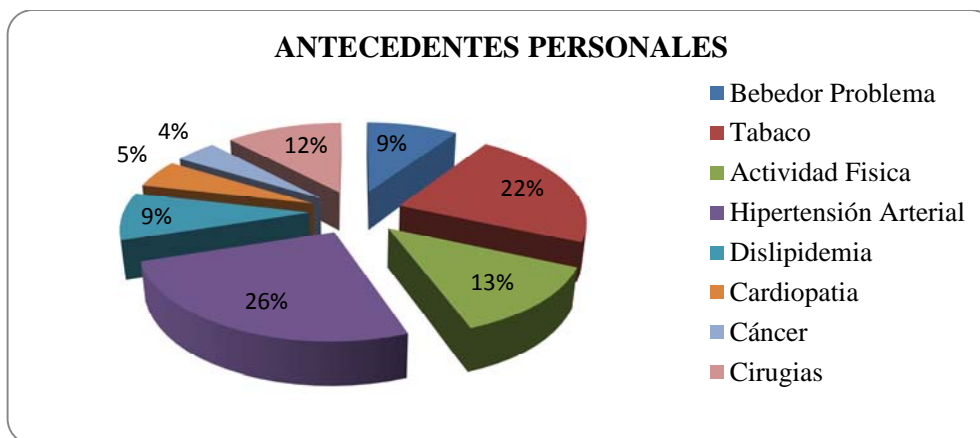


GRÁFICO N°16

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

Los antecedentes personales son una acción o circunstancia que sirve para comprender o valorar hechos posteriores propio o particular de sí inclinándose por lo negativo no padeciendo hipertensión en un 26% siendo durante su vida un bebedor problema además de un 22% de pacientes que consumieron tabaco en cantidades representativas y un 13% no realizaron actividad física siendo esta sedentaria quienes también elevaron su dislipidemia.

5.-COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DM II

VARIABLES	PACIENTES	%
Nefropatía	15	36
Neuropatía	2	5
Cardiopatía isquémica	1	2
Retinopatía	8	19
Hipertensión arterial	10	24
Enfermedad vascular periférica	0	0
Pie diabético	2	5
Amputaciones	3	7

CUADRO N° 19

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

Sobresale el 60% de pacientes con nefropatía realizándose hemodiálisis para un sostenimiento por el padecimiento de hipertensión arterial con arritmias o taquicardias y un 26% sufre de retinopatía ante la decisión de operarse y frente al miedo de perder la visión por la diabetes que sufren llegando incluso a las amputaciones lo que afectado su estado emocional siendo los más afectados un 10% con neuropatía y pie diabético lo que dificultad su independencia.

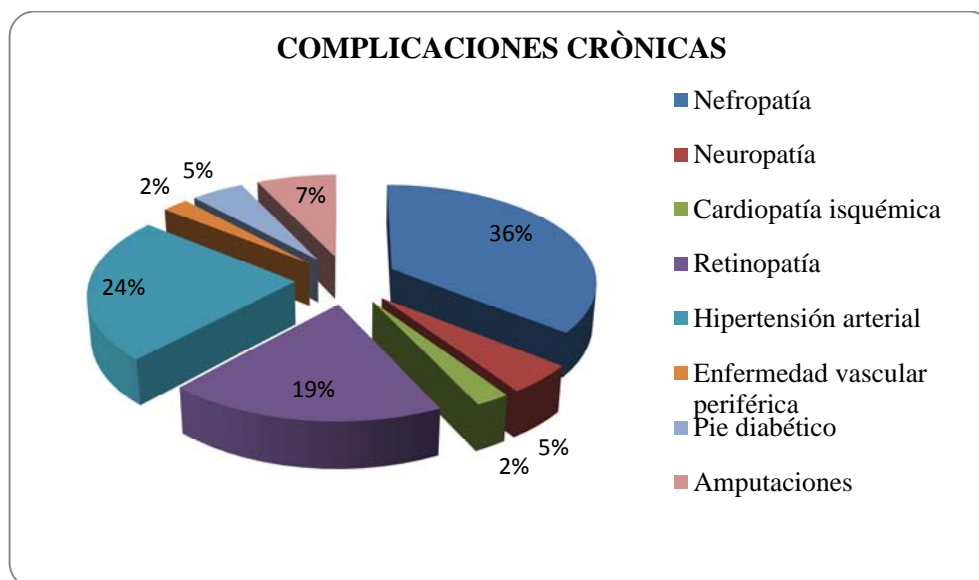


GRÁFICO N° 17

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

Las complicaciones crónicas es el mezclar, adjuntarse diversas enfermedades observando el orden de los tiempos de donde un 36% pacientes padecieron de nefropatía diabética con un proceso de tratamiento con buenos resultados, 24% pacientes con hipertensión arterial afectando a las complicaciones variando la afectividad de los afectados 19% pacientes de retinopatía en proceso de cirugías 7% personas fueron amputadas sus miembros inferiores, 5% con neuropatía y pie diabético en tratamiento para un mantenimiento del paciente.

6.- COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DM II

VARIABLES	PACIENTES	%
Cetoacidosis diabética	9	22
Hipoglucemia	17	42
Hiper glucemia	14	34
Coma diabético	1	2

CUADRO N°20

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

Un 78% de encuestados padecieron hipoglucemia incluyendo debilidad, temblores, excitación y palidez se produce sobre todo en personas que se encontraron bajo fuertes tensiones llegando incluso a la hiperglucemia manteniendo un nivel de glucosa en la sangre superior al normal produciendo una descompensación del paciente y un 24 % presento cetoacidosis siendo los síntomas iniciales los vómitos, la poliuria y la deshidratación llegando incluso al dolor o la rigidez abdominal.

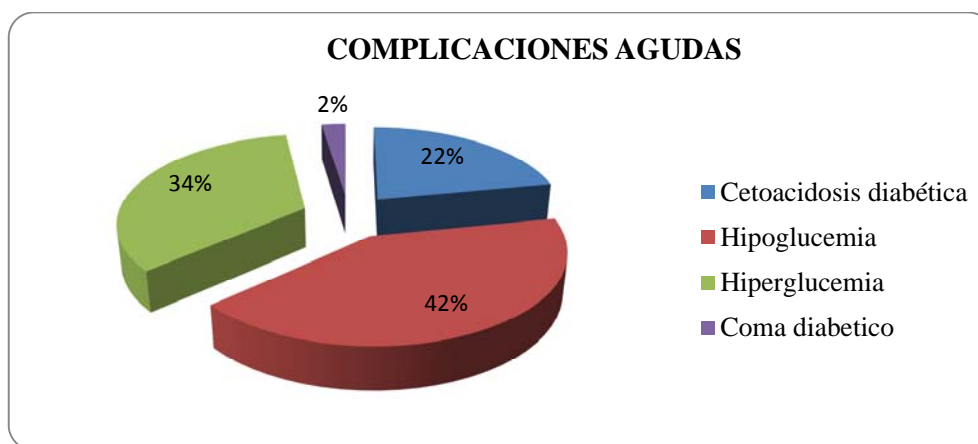


GRÁFICO N°18

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

Las complicaciones agudas es el mezclar, adjuntar diversas enfermedades graves y de no larga duración de los cuales padecieron un 42% de hipoglucemia resultado del hiperinsulinismo, o exceso de insulina, debido a una sobredosis de insulina, o a un exceso de su producción por parte del organismo teniendo hiperglucemia un 34% por consumo excesivo o masivo de alimentos no considerados dentro de la dieta nutricional establecida llegando incluso al coma diabético con un 2%.

4.1.3. Anexo N° 3 Inventario de Depresión de Beck

Estado de ánimo

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	No me encuentro triste	7	17
1	Me siento triste o melancólico	10	25
2	Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo	13	33
3	Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo	10	25
TOTAL		40	100

CUADRO N°21

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

Un 83% de pacientes constantemente estuvieron melancólicos o tristes no pudieron superarlo seguido sintiéndose tan tristes y melancólicos o infelices y no lo pudieron resistir por lo que cayeron en un estado de depresión mientras que un 17% no se sintieron tan tristes manteniendo una estabilidad.

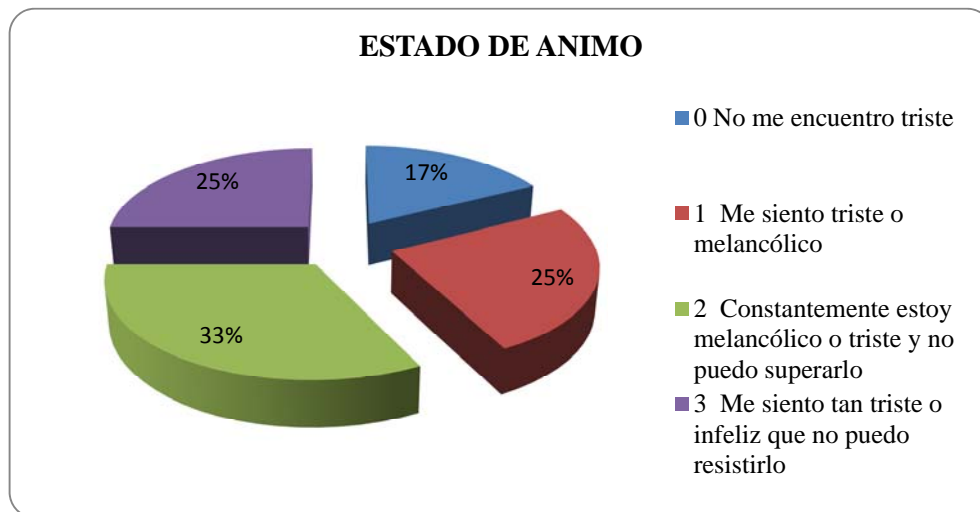


GRÁFICO N° 19

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El estado de ánimo es la manera de expresarse la vida afectiva en forma prolongada o permanente por lo que un 33% constantemente estuvieron melancólicos o tristes y no pueden superarlo afectando su estabilidad emocional, un 25% se encontraron tristes y melancólicos debido a sus complicaciones en su estado de salud llegando a sentirse tan tristes o infelices que no lo han resistido cayendo en un estado depresivo representativo con los cuales se han mantenido por no recibir un tratamiento adecuado.

Pesimismo

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro	7	17
1	Me siento desanimado respecto al futuro	14	35
2	No tengo nada que esperar del futuro	10	25
3	No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.	9	23
TOTAL		40	100

CUADRO N° 22

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De los pacientes consultados un 60% de pacientes se sintieron desanimados respecto al futuro no esperando nada del futuro por el mismo hecho de sobrellevar una enfermedad crónica degenerativa un 40% no tienen ninguna esperanza en el futuro creyendo que las cosas no pueden mejorar no encontrándose desalentados respecto al futuro.

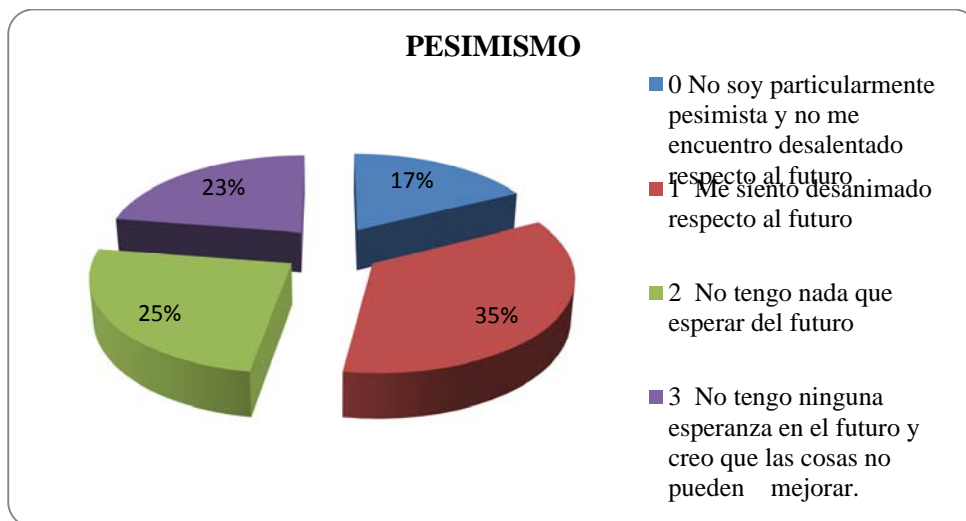


GRÁFICO N° 20

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El pesimismo es la propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable sintiéndose un 35% desanimados respecto al futuro por la edad y el estado de salud un 25% no esperando nada del futuro porque sienten que todo está manifestado un 23% no teniendo ninguna esperanza en el futuro y creyeron que las cosas no pudiendo mejorar por el pesimismo y un 17% se encontraron desalentados respecto al futuro.

Sentimientos de fracaso

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	No me siento fracasado	8	20
1	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas	11	27
2	Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos	15	38
3	Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa,)	6	15
TOTAL		40	100

CUADRO N°23

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De los pacientes averiguados un 65% de pacientes que miraron hacia atrás en la vida y todo lo que vieron son un montón de fracasos sintiendo que no lo han podido superar ya que hasta la actualidad estos afectan en su vida cotidiana y un creen que han fracasado más que la mayoría de las personas un 35% sienten que no han fracasado en su vida por el hecho de padecer una enfermedad crónica degenerativa.

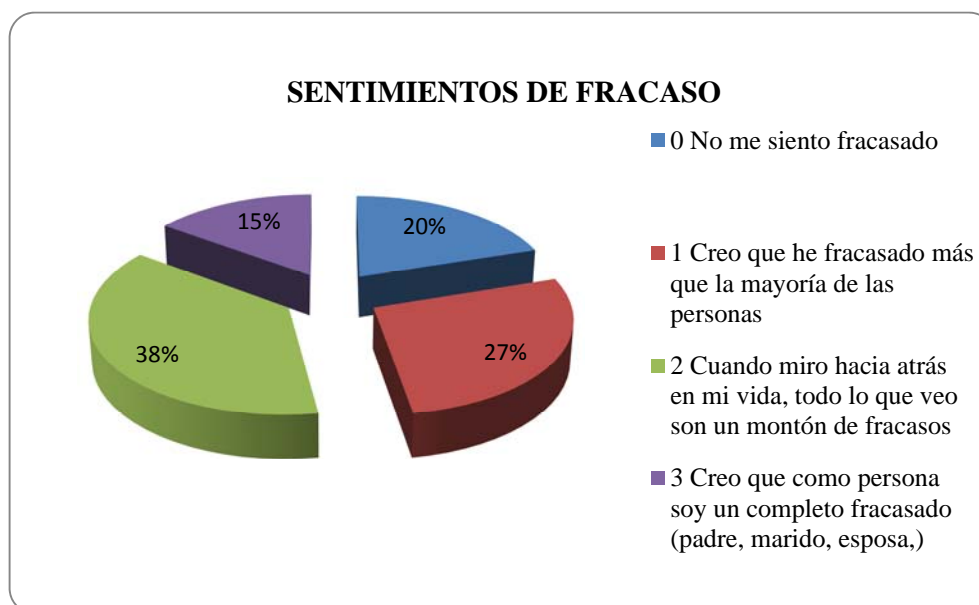


GRÁFICO N°21

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El sentimiento de fracaso es un estado del ánimo afligido por un suceso triste o doloroso malogrado, resultando lastimoso, inopinado y funesto algunos cuando miraron hacia atrás en su vida todo lo que vieron es un montón de fracasos representados con un 38%, un 27% creen que han fracasado más que la mayoría de las personas y un 15% creen que como personas son un completo fracaso tanto como padres, maridos y esposas/os.

Odio a si mismo

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	No estoy particularmente descontento	6	15
1	No disfruto de las cosas como antes	10	25
2	No encuentro satisfacción en nada	15	37
3	Me siento descontento de todo	9	23
TOTAL		40	100

CUADRO N° 24

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De los 40 pacientes encuestados un 77% de pacientes que no encontraron satisfacción en nada de lo que realizaron por lo que su estado de ánimo se afectó de manera negativa alcanzado por lo que no disfrutaron de las cosas como antes reflejándose en sus facies y un 23% se siente descontento de todo lo que realizan y sienten aun esa necesidad por complacer y ser complacidos a quienes lo rodean.

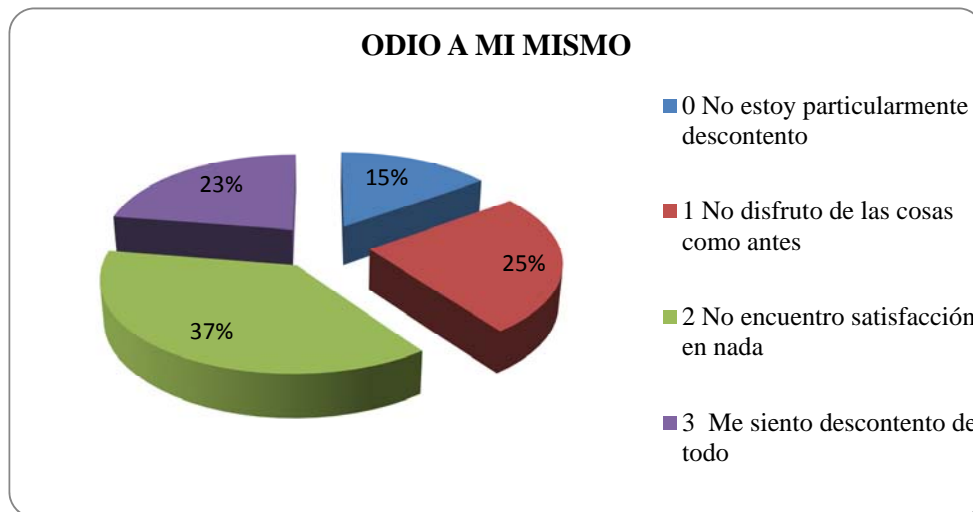


GRÁFICO N° 22

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El odio a sí mismo es una antipatía y aversión hacia algo o hacia alguien cuyo mal se desea, no encontrando satisfacción en nada representado con un 37% por lo que se creó una impotencia hacia sí mismo no disfrutando de las cosas como antes por una depreciación de energías para resolverlos con un 25% descontentos de todo lo que realizaron no vivieron particularmente descontentos quienes han dado lo mejor de sí con un 23% y un 15% no se encuentran particularmente descontentos.

Sentimientos de culpa

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	No me siento particularmente triste	14	35
1	Me siento malo o indigno muchas veces	11	27
2	Me siento culpable	9	23
3	Pienso que soy muy malo e indigno	6	15
TOTAL		40	100

CUADRO N° 25

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De la muestra tomada un 62% de pacientes no se sienten particularmente tristes o malos e indignos lo que interfieren en su estado de ánimo un 38% se sienten culpables de padecer Diabetes Mellitus tipo II y piensan que son muy malos e indignos.

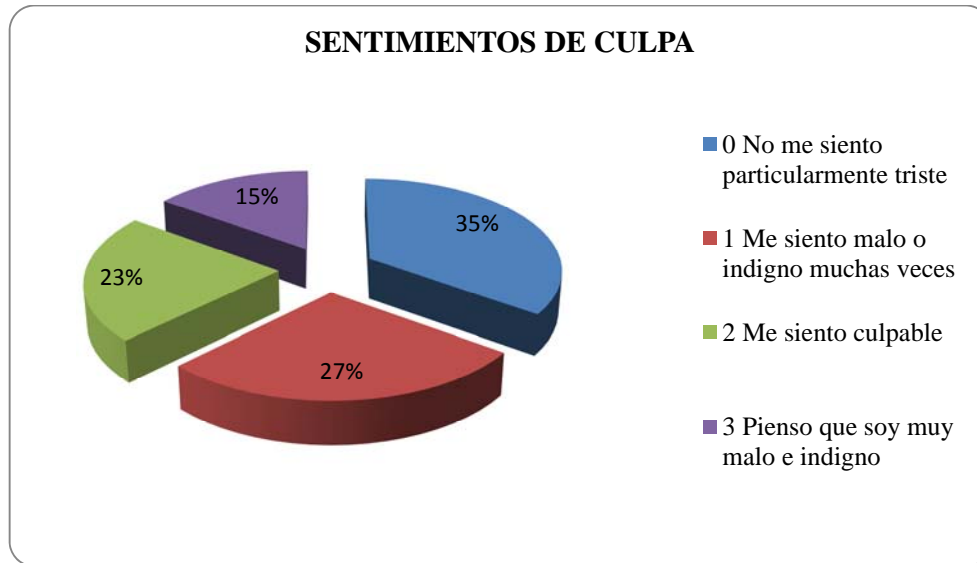


GRÁFICO N°23

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

Los sentimientos de culpa es un fenómeno afectivo que se realiza con menor intensidad y mayor duración siendo esta acción u omisión lo que provocó un sentimiento de responsabilidad por un daño causado hacia sí mismo o a terceras personas con un 35% no sintiéndose particularmente tristes creyendo que saben enfrentar los problemas de mejor manera un 27% llegaron a sentirse malos e indignos muchas veces por el hecho de haber cometido errores en su vida pasada y un 23% se sintieron culpables por el descuido en su consumo o por consumo masivo de alimentos.

Insatisfacción

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	No me siento decepcionado conmigo mismo	9	22
1	Estoy decepcionado conmigo mismo	14	35
2	Estoy disgustado conmigo mismo	12	30
3	Me odio	5	13
TOTAL		40	100

CUADRO N° 26

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

Se observó que un 65% de pacientes se sintieron decepcionados o disgustados consigo mismo más aun en lo personal un 35% no se sienten decepcionados consigo mismo sienten haber dado lo mejor de sí en su vida odiándose porque no satisfacen sus necesidades la diabetes II.

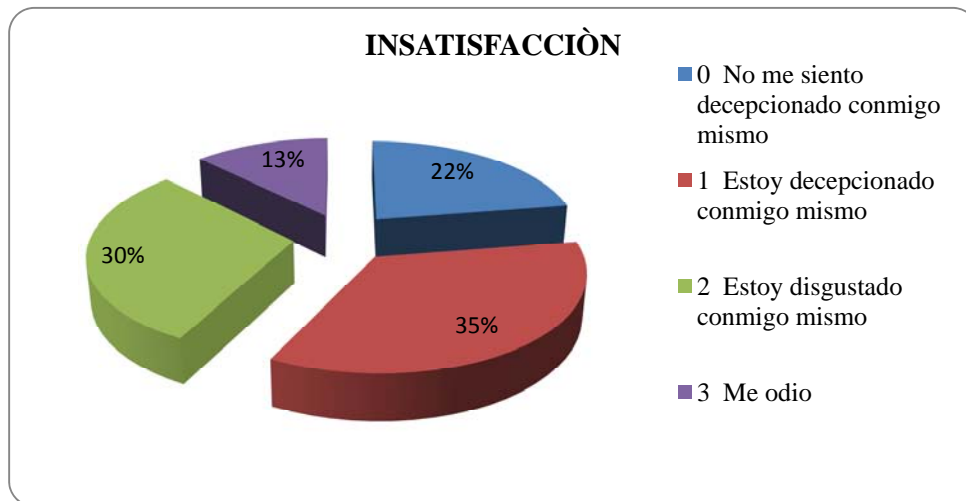


GRÁFICO N°24

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

La insatisfacción es la falta de satisfacción a una queja, sentimiento o razón por el hecho de padecer diabetes e hipertensión las cuales han venido afectando a su estado de salud por los que un 35% están decepcionados consigo mismos considerando un 30% se mostraron disgustados consigo mismo incumpliendo metas o planes futuros propuestos tanto de manera familiar como personal un 22% no se mostro decepcionado consigo mismo sintiendo que la diabetes no ha interferido y un 13% se odian por padecer Diabetes Mellitus tipo II durante varios años.

Impulsos suicidas

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	No tengo pensamientos de dañarme	14	35
1	Creo que estaría mejor muerto	19	47
2	Tengo planes precisos para suicidarme	4	10
3	Me mataría si tuviera ocasión	3	8
TOTAL		40	100

CUADRO N° 27

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De los 40 pacientes indagados un 82% de pacientes que creyeron que las cosas estarían de mejor manera si ellos estuvieran muertos sintieron que en la actualidad son un peso bastante grande para sus familias no teniendo pensamientos de dañarse creen que la vida les toco vivir así y que por algo será y un 18% tiene planes precisos de suicidarse no deseando sentirse más inútiles de lo que ya se sienten diariamente y creen que se matarían si tuvieran ocasión porque creen no tener solución en cuanto a su enfermedad.

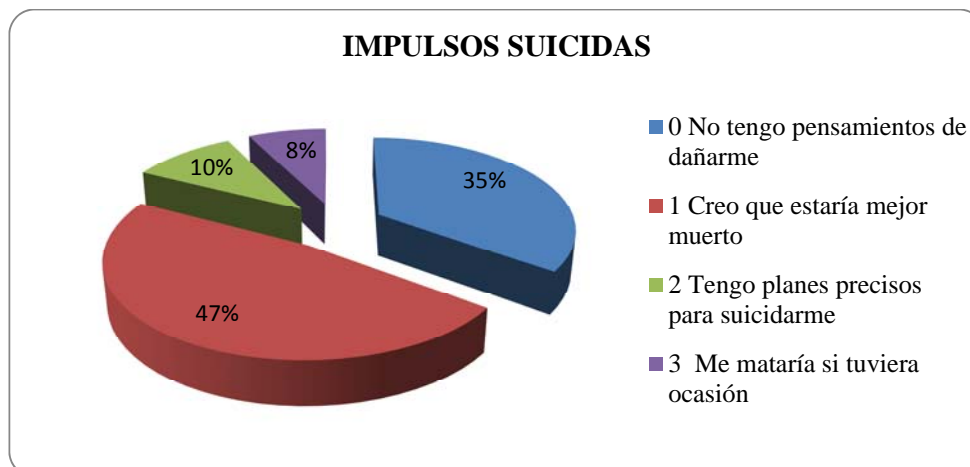


GRÁFICO N°25

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

Impulso suicida es un deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar y puede dañar o destruir a la propia agente considerando un 47% que estarían mejor muertos porque con la degeneración que se ha venido afectando de sobremanera presentando un 35% no tienen pensamientos de dañarse un 10% no tienen planes precisos para suicidarse un 8% sienten que por las múltiples complicaciones crónicas que han desarrollado refieren que se matarían si tuvieran ocasión porque las complicaciones cada vez se aumentan a la lista de las que ya padecen.

Aislamiento social

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	No he perdido el interés por los demás	5	12
1	Estoy menos interesado en los demás que antes	16	40
2	He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos	16	40
3	He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto	3	8
TOTAL		40	100

CUADRO N°28

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

Se evidencia que un 80% de pacientes están menos interesados por los demás que antes no pueden disfrutar de las cosas que para otros es satisfactorio más aun en la alimentación un 20% no ha perdido el interés por los demás impidiendo relacionarse adecuadamente.

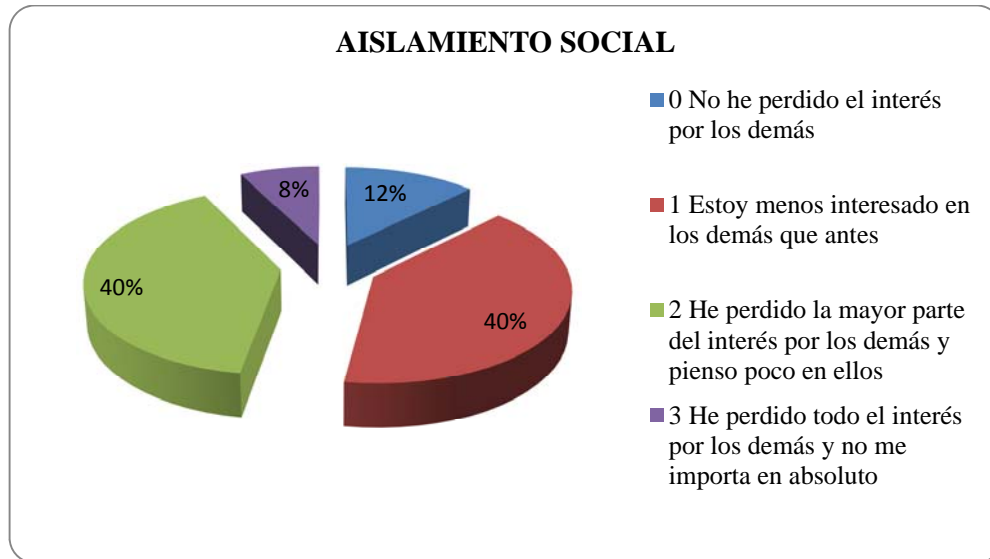


GRÁFICO N° 26

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El aislamiento social es una incomunicación, desamparo hacia la sociedad, o compañeros un 40% se exhibieron menos interesados en los demás que antes otros perdieron la mayor parte del interés por los demás y pensando poco en ellos descuidando los grupos, tareas y obligaciones un 8% no le ha importado en absoluto y evadiendo a muchos pacientes que se presenta en dichos pacientes.

Indecisión

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	Tomo mis decisiones con la misma a facilidad que antes	7	17
1	Trato de no tener que tomar decisiones	8	20
2	Tengo grandes dificultades para tomar decisiones	22	55
3	Ya no puedo tomar decisiones	3	8
TOTAL		40	100

CUADRO N°29

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

Presentaron un 75% de pacientes lo que dificultó incluso en el tratamiento que el paciente tratando de no tener que tomar decisiones para que estas no afecten a su vida familiar y personal y 25% tomo las decisiones con la misma facilidad que antes de mantener diabetes II ya no pudo tomar decisiones por no sentirte con la capacidad para hacerlo.

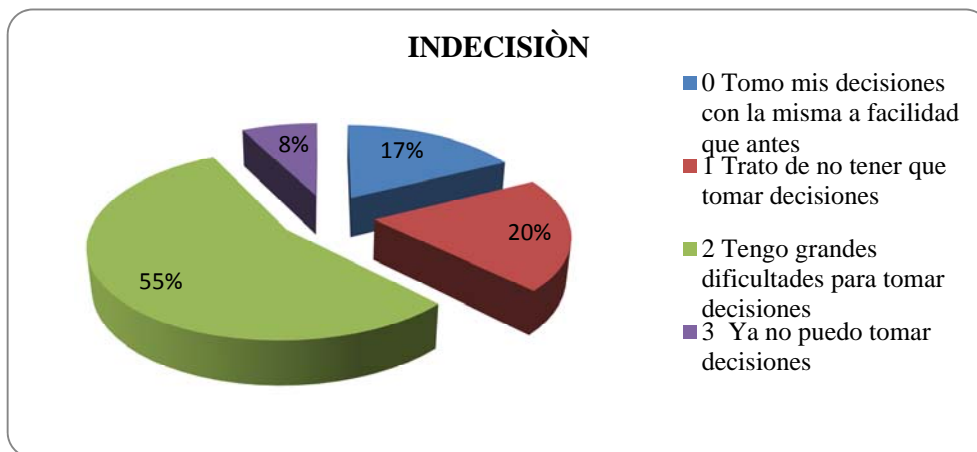


GRÁFICO N° 27

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

Una indecisión es una falta de decisión hacia un evento o cosa importante dentro de sus vidas evidenciado por un 55% que no tienen grandes dificultades para tomar decisiones en su vida temiendo a que las decisiones afecten de manera importante en sus vidas un 20% trataron de no tener que tomar decisiones designando a sus familiares o personas más cercanas un 17% tomaron sus decisiones con la misma facilidad que antes un 8% manifiestan que todo está dicho.

Imagen corporal

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	No creo que mi aspecto haya empeorado	7	17
1	Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo	9	23
2	Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo	20	50
3	Siento que mi aspecto es feo y repulsivo	4	10
TOTAL		40	100

CUADRO N° 30

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

Un 73% de pacientes que fueron aplicados el inventario creen que su aspecto ha empeorado con el lapso de los años preocupándose si se ven viejos y poco atractivos inmiscuyendo a la enfermedad la base del mismo 27% no creen que su aspecto haya empeorado sintiendo tener controladas las dietas, actividad física y sienten que su aspecto es feo y repulsivo ya que su vida ha cambiado drásticamente afectando su físico.

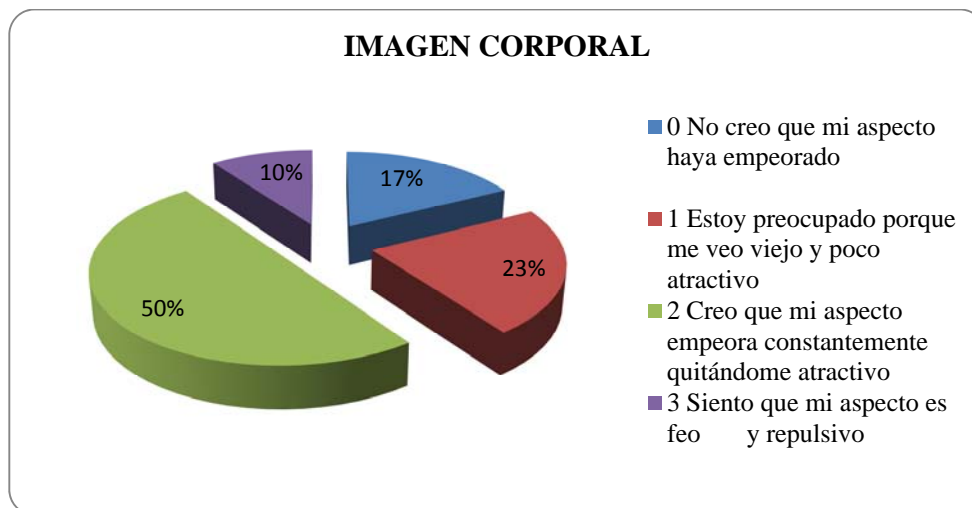


GRÁFICO N° 28

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

La imagen corporal se define como una figura, representación, semejanza y apariencia del cuerpo humano un 50% creen que su aspecto ha empeorado quitándolo/as incluso lo atractivo de su aspecto personal lo que ha afectado en su vida social un 23% se preocupándose porque se ven viejos y poco atractivos para el sexo opuesto un 17% no creen que su aspecto haya empeorado y un 10% sintieron que su aspecto es feo y repulsivo refutando que se han quedado solos.

Capacidad laboral

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	Puedo trabajar igual de bien que antes	5	12
1	Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo	6	15
2	Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	21	53
3	No puedo realizar ningún trabajo	8	20
TOTAL		40	100

CUADRO N°31

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De los 40 pacientes entrevistados un 73% de ellos realizaron un mayor esfuerzo para realizar tareas lo que incluye a sus familiares para una ayuda sintiendo que ellos dejaron de ser útiles afectando su estabilidad emocional un 27% le cuesta un especial esfuerzo especialmente cuando comienzan a hacer algo.

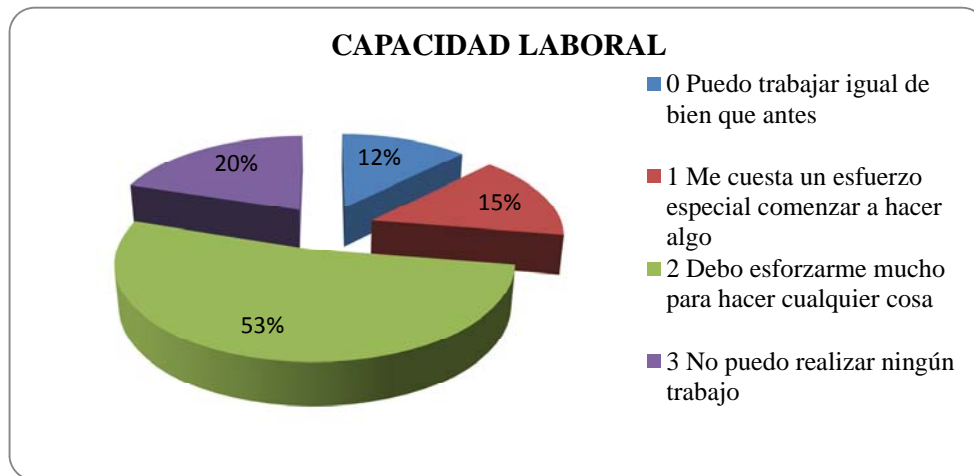


GRÁFICO N° 29

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen trabajo, en su aspecto económico, jurídico y social en edades de 60 a 70 años un 53% debieron esforzarse mucho para hacer cualquier cosa un 20% no puede ya realizar ningún trabajo y un 15% incluso sienten que las tareas más sencillas ya no las pueden realizar un 12% han requerido ayuda de terceras personas por el hecho de no poder trabajar igual que antes.

Cansancio

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	No me canso más que antes	0	0
1	Me canso más fácilmente que antes	10	25
2	Me canso por cualquier cosa	7	17
3	Me canso demasiado por hacer cualquier cosa	23	58
TOTAL		40	100

CUADRO N° 32

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De la muestra seleccionada presentando un 83% de pacientes de la tercera edad que se cansan demasiado por cualquier cosa cansándose más fácilmente que antes en su vida cotidiana un 17% se cansan por cualquier cosa que efectúan hasta las más sencillas producen cansancio manifiestan lo que los molesta.

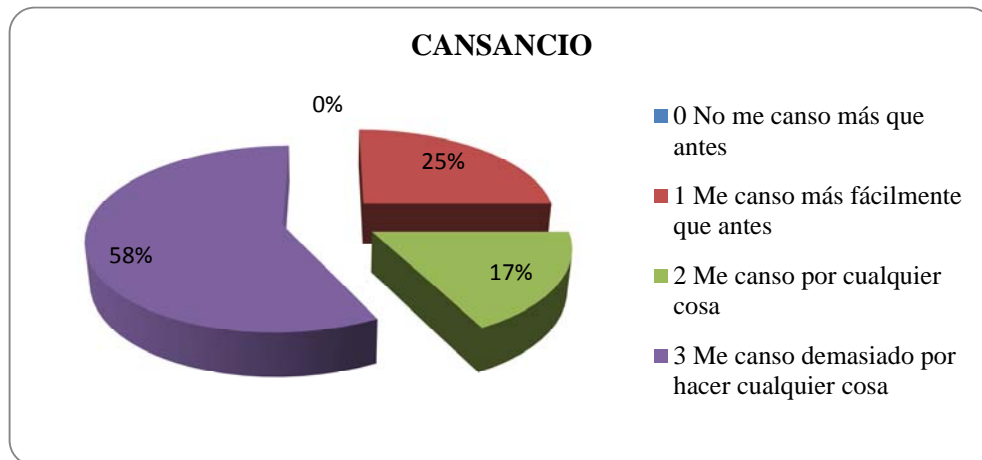


GRÁFICO N° 30

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

El cansancio es la falta de fuerzas que resulta de haberse fatigado creando hastío, tedio, fastidio hacia las cosas a realizarse postergándolas demasiado por hacer cualquier cosa no importando la sencillez de la misma representado con un 58% un 25% se cansa más fácilmente interviniendo la edad un 17% se cansa por cualquier cosa siendo la falta de energía que a esta edad se evidencia.

Pérdida de apetito

CALIF.	PREGUNTAS	PACIENTES	%
0	Mi apetito no es peor de lo normal	4	10
1	Mi apetito no es tan bueno como antes	27	67
2	Mi apetito es ahora mucho peor	7	18
3	He perdido el apetito	2	5
TOTAL		40	100

CUADRO N° 33 Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

Un 85% de pacientes refirieron un apetito no tan bueno como el de antes por el hecho de privarse de ciertos dulces sintiendo que su apetito no es tan bueno como antes pasaron a un segundo plano muchos alimentos preferidos y en la actualidad restringidos 15% manifiesta que su apetito no es peor que antes ya que consumen todo por lo que muchos padecen de constantes descompensaciones.

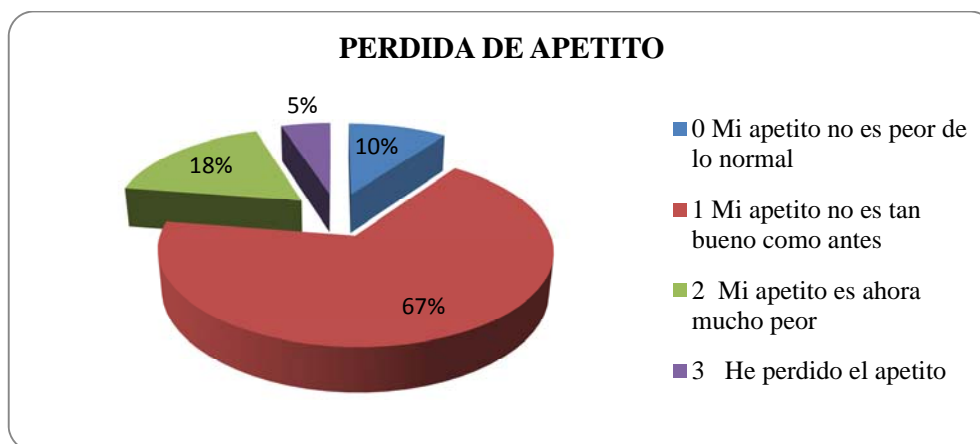


GRÁFICO N° 31

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

La pérdida de apetito es aquel que no tiene el impulso instintivo que lleva a satisfacer deseos o necesidades de alimentarse de los cuales un 67% sintieron que su apetito no es tan bueno como antes debido al hecho de la restricción de varios alimentos un 18% sintieron que su apetito es ahora mucho peor ya que han disminuido el mismo siendo este selectivo por las dietas a cumplir un 10% ha perdido el apetito por no ser complaciente a la hora de alimentarse.

Puntos de corte del Inventario de Depresión de Beck

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Ausente/ mínima	0	0
Leve	5	12
Moderada	12	30
Grave	23	58
TOTAL	40	100

CUADRO N° 34

Diseño: Basantes, 2011

ANÁLISIS

De la muestra seleccionada un 58% de pacientes entrevistados muestra que la depresión grave confirmándose con la bibliografía existiendo una gran cantidad de personas deprimidas en el Ecuador seguida con una depresión moderada con un 30% y un 12% con una depresión leve.

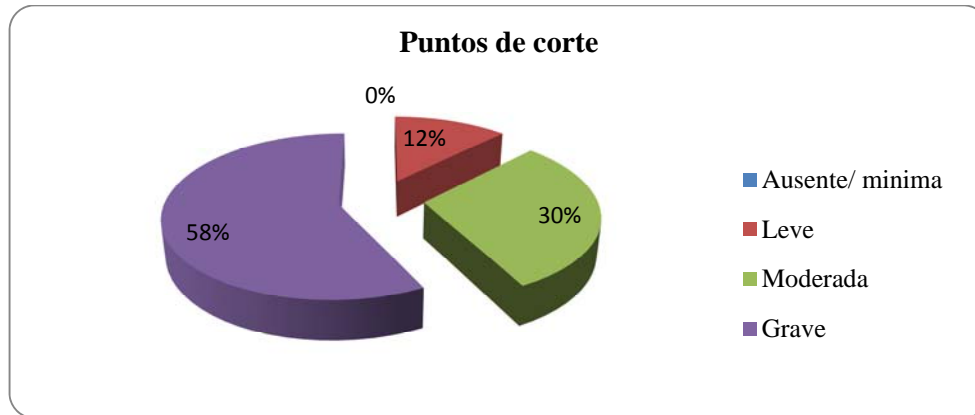


GRÁFICO N° 32

Diseño: Basantes 2011

INTERPRETACIÓN

Con la aplicación de este inventario se concluye que la depresión más dominante es la grave por los diferentes diagnósticos con los cuales estos pacientes contaron y por la edad que según muchos no les favorece al contrario esto alimenta que su depresión acrecenté seguida por la depresión moderada y un mínimo porcentaje con depresión leve.

4.2 Verificación de Hipótesis

General

Es la depresión incidente en la Diabetes Mellitus tipo II en pacientes en edades de 60 a 70 años en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato”.

Se demostró la hipótesis mediante los resultados de la Historia Clínica Psicológica, la Ficha Clínica para la Diabetes Mellitus tipo II y el Inventario de Depresión de Beck.

Una vez recogidos los datos y sometidos a la calificación, revisión respectiva de los instrumentos utilizados se consigue demostrar que:

- ❖ En la Historia Clínica Psicológica se evidenció signos y síntomas de la depresión desde ligero a severo observándose que el 49% se ubican en las edades de 60 a 64 años.

Además un 67% de encuestados presentaron hipomnesia debido a la edad que atraviesan y como factores que evidencian el aumento de imágenes vividas.

En cuanto a la afectividad un 77% manifestaron hipotimia con pesadumbre del ánimo, tristeza de minusvalía personal y sentimiento de impotencia para obrar, pensar y su creciente prevalencia en la sociedad moderna con una incapacitación laboral a esta edad que convierten a la depresión en un trastorno mental de gran importancia.

Particulares

El grado de depresión grave influye de manera negativa en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en edades de 60 a 70 años.

- ❖ En el Inventario de Depresión de Beck los resultados arrojaron que un 45.38% de pacientes con un estado de ánimo depresivo presentándose constantemente melancólicos y tristes y no lo han podido superar,

sintiéndose desanimados respecto al futuro y cuando miraron hacia atrás en su vida todo lo que vieron son un montón de fracasos creyendo que estarían mejor muertos por lo que han perdido la mayor parte de interés por los demás más aun cuando su aspecto ha empeorado quitándoles lo atractivo/a debiendo esforzarse mucho para hacer cualquier cosa añadiendo a esto que su apetito no es tan bueno como antes.

Las complicaciones crónicas son las más frecuentes en la Diabetes Mellitus tipo II producto de la depresión en los pacientes de 60 a 70 años.

- ❖ En la Ficha Clínica para la Diabetes Mellitus tipo II los resultados proyectaron que un 75% de los pacientes presentan complicaciones crónicas representadas con un 36 de nefropatías diabéticas debido a los años que viven o padecen Diabetes Mellitus tipo II seguido con un 24% que sufre de hipertensión arterial que va de la mano con la diabetes y un porcentaje elevado lo padece no olvidemos que un 19% de pacientes sufre o padece algún tipo de retinopatía, muchos intentando resolver con una cirugía para sobrellevar y que la misma no interfiera de manera importante en su vida

Por todos estos antecedentes podemos observar que si existió una correlación de las dos variables que fue objeto de esta investigación: La depresión y la Diabetes Mellitus tipo II.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

Al final de la investigación se puede concluir lo siguiente:

- Una de las consecuencias o síntomas de la depresión en edades avanzadas o tercera edad es la Diabetes Mellitus tipo II confirmándose tanto de otras investigaciones como en el presente trabajo. Donde el exceso de enfermedades, la edad, el sexo, la genética, y otros; contribuyen a la aparición de los síntomas que pueden ser físicos, conductuales y emocionales.
- Después de la entrevista a las/os pacientes y la recolección de datos para la historia clínica, se obtiene como relevante la presencia de distintos signos y síntomas como es la irritabilidad, evasión en un 20%, hipotimia en un 77%, (Basantes, 2011).
- Se pudo observar después de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck que el 58% de los pacientes investigados presenta depresión grave el 30% quienes presentan una depresión moderada, el 12% una depresión leve y el 0% una depresión ausente o mínima.
- En la Ficha Clínica para la Diabetes Mellitus tipo II el 56% de los pacientes presentan depresión: trastornos neurológicos (cefaleas, dolor del cuerpo y las extremidades) en un 88%, trastornos gastrointestinales (gastritis, estreñimiento, úlceras) en un 68%, trastornos cardiovasculares (dolor del pecho, palpitations, taquicardia, hipertensión) en un 16% y en lo que se refiere al área instintiva se presenta un 52% de alteración.
- En el trabajo investigado se identifico que los pacientes seleccionados presentan depresión, afectando la estabilidad emocional, aspectos de su vida personal, siendo un factor causal de un cuadro producto de la tensión mental,

perturbando el estado de quien lo padece y más aun con una enfermedad crónica degenerativa como lo es la Diabetes Mellitus tipo II.

➤ **Recomendaciones:**

- Conocer y tomar en cuenta los aspectos que conllevan a la aparición de la Diabetes Mellitus tipo II para su prevención tanto a nivel personal como afectivo, procurando un trabajo adecuado y motivado donde se cumplan con los derechos de los pacientes y no exista una mayor demanda de descompensaciones glucémicas y con ello complicaciones agudas o crónicas.
- Realizar grupos terapéuticos en los cuales los pacientes trabajen en diversas áreas de acuerdo a la capacidad que posee cada uno para evitar el sedentarismo tanto físico como mental y con pretendiendo llevar un mejor estilo de vida siendo la misma sea menos agotada.
- Realizar actividad física puesto que la Terapia Ocupacional se acopla tanto en sedestación como en bipedestación con ello evitaremos un incremento de glicemias lo que ayudará a evitar caer en situaciones depresivas por parte del paciente hacia el mundo que lo rodea.
- Realizar un abordaje integral de los pacientes del área de consulta externa que incluye tanto la atención de las necesidades físicas como de las psicológicas por parte de un equipo multidisciplinario y de esta manera proporcionarles herramientas para prevenir sintomatologías estresantes que afecten su estabilidad emocional.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

6.1.1 Tema:

Aplicación de la Terapia Ocupacional, en los pacientes en edades de 60 a 70 años con depresión producto de la Diabetes Mellitus tipo II.

6.1.2 Institución ejecutora:

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato”

6.1.3 Beneficiarios:

Directos: Pacientes en edades de 60 a 70 años del área de Medicina Interna

Indirectos: Familiares o personal a cargo del cuidado.

6.1.4 Ubicación:

Auditorio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato”

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución:

6 meses

6.1.6 Equipo técnico responsable:

- Egda. María Fernanda Basantes C. Directora del programa.
- Un terapeuta ocupacional
- Auxiliares de compañía o cuidadores.
- Recursos humanos (trabajadores sociales, etc.)

6.2 Antecedentes de la propuesta

Los pacientes sometidos a investigación en edades de 60 a 70 años del área de Medicina Interna del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato” mediante las diferentes encuestas y respectivo test se evidenció la manifestación de episodios o síndromes relacionados con la depresión y la Diabetes Mellitus tipo II provocando y revelando un estado de ánimo depresivo relacionados con las complicaciones crónicas, los años de diagnóstico y el motivo de consulta, manifestándose como labilidad emocional, tristeza y llanto fácil y con ello la depresión .

Se ha comprobado la existencia de depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus en edades de 60 a 70 años, en un 58% de los pacientes investigados presentando dificultades en los ítems de impulsos suicidas en un 82% en aislamiento social un 80% cansancio en un 83%, pérdida de apetito en un 85% respectivamente.

La terapia ocupacional es el uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

En la investigación realizada se detecto que existe un verdadero interés por parte de los pacientes de conocer diferentes técnicas y como poder sobrellevar los distintos cambios que están atravesando con la ayuda de la terapia ocupacional, con esta técnica podemos llegar a subsanar los problemas propios de la tercera edad y así conseguir que se desarrollen un mejor ambiente biopsicosocial.

6.3 Justificación

La aplicación de la propuesta es factible ya que los pacientes presentan cambios emocionales frecuentes relacionados con la depresión y la Diabetes Mellitus tipo II además involucra la soledad, relación familiar; también se cuenta con el espacio físico para poder aplicar la terapia, con la predisposición de las los

pacientes de 60 a 70 años y principalmente con el apoyo de las autoridades del plantel.

Los pacientes geriátricos se caracterizan por múltiples problemas en múltiples áreas de la vida. Los problemas de salud física pueden estar acompañados por problemas de salud mental y problemas sociales, como aislamiento, inseguridad e incapacidad para vivir de forma independiente.

El terapeuta explica e informa a las/os pacientes que la terapia ocupacional es el uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorando el desarrollo y previniendo la discapacidad. (AOTA 1986).

Con esta técnica se aspira que las/os pacientes puedan realizar una reevaluación de sus vidas y descubra por si misma las alternativas con las que cuentan el terapeuta ocupacional evalúa con precisión el grado de autonomía en cada actividad, las habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción que el paciente posee.

La técnica es aplicable por la sintomatología que presentan las/os pacientes tanto a causa de depresión y la Diabetes Mellitus tipo II, beneficiando a los dos padecimientos. Debido a que esta técnica se puede aplicar en 6 sesiones aproximadamente tiempo en el cual es adecuado para percibir del cambio que el paciente de la tercera edad ha experimentado.

6.4 Objetivos

6.4.1 General

Aplicar la “Terapia Ocupacional”, a los pacientes en edades de 60 a 70 años del área de Medicina Interna con Diabetes Mellitus tipo II del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato”

6.4.2 Específicos

- Proveer una actividad metódica para ayudar a la regulación de la insulina.
- Evaluar y enseñar destrezas compensatorias cuando el paciente presenta complicaciones que originan pérdida de visión, de la sensibilidad o amputación.
- Proveer apoyo psicológico. La influencia del régimen de tratamiento puede ocasionar una sensación de depresión, ira y dependencia y el paciente puede demostrar comportamientos manipuladores.

6.5 Fundamentación Teórica

6.5.1 Introducción

George E Barton nació en Brookline, Massachusetts en el año 1897 hijo de Chester Manley Barton y de Clara L. Whitman.

Al hablar de Barton es conocer sus logros y revisar su vida, es hablar de una persona que luchó por sus metas. El término luchador es el que mejor podría definirle.

Es admirable que Barton, después de sufrir a lo largo de su vida diversas enfermedades, siguiera teniendo confianza en sus posibilidades. La recuperación le sirvió de ejemplo de superación personal y de acicate ante un público que todos los días le veía trabajar en el jardín de la Consolation House.

Barton era el claro ejemplo de readaptación personal de su vida tras la enfermedad. Muy pocos dudaron de él cuando vieron ese espíritu de superación y tesón por conseguir las cosas, por conseguir su propio bienestar. Todo esto mantuvo inmerso a Barton en una de sus obras más importantes, su propia recuperación.

La Terapia Ocupacional conoce a George E. Barton por ser uno de nuestros fundadores, por ser la persona que dinamizó junto al Dr. William Rush Dunton e Isabel Gadwin Newton la creación de nuestra disciplina.

Barton diagnosticado de tuberculosis y con amputación de dos de sus dedos (frio y condiciones climatológicas), sufre una parálisis que le deja sin movilidad en el hemicuerpo izquierdo.

Esta situación lo lleva a internarse en 1913 en el Clifton hospital y Clinic de Clifton Springs fundado por el Dr. Henry Foster en 1850. Su estancia estuvo marcada por la necesidad de buscar independencia, sentía que el hospital no era más que un reducto, una cárcel para el hombre.

Podía ver que tras el periodo de recuperación, las personas regresaban a un hogar vacío y a una sociedad que no les acogía.

Las personas lisiadas eran un escollo para una sociedad que no estaba acostumbrada a ellos, era lo que él consideraba “unos muertos en vida” Barton buscaba una solución a esta situación, por ese motivo sus lecturas se centraban en las distintas formas de recuperación de la autonomía en personas con limitaciones. El Dr. Foster y el Reverendo Dr. Elwood supervisaron la recuperación de Barton y fueron dos de las personas más influyentes en esta etapa. En este sanatorio pasara aproximadamente un año y será donde reciba las principales influencias ideológicas sobre la recuperación de las personas con problemas de salud. Estas influencias se pueden agrupar en dos grupos:

- La lectura del libro “Medicina y Religión”, escrito por el Reverendo Worcester, de corriente humanista y con una clara promoción del Tratamiento Moral como acción terapéutica en personas con problemas de salud, fue una de las mayores influencias recibidas por Barton durante este periodo y le sirvió de motivación personal para su recuperación.
- Los estudios sobre anatomía, cirugía, enfermedades nerviosas, materias medicas generales y asistió a conferencias en la Escuela de Enfermería del sanatorio de Clifton Springs.

Fueron estas dos vertientes recibidas, junto a la información obtenida por el contacto con profesionales (Dunton, Meyer, Hall y Tracy, entre otros) que desarrollaban su labor mediante la ocupación, los ejes de su intervención en la Consolation House y facilitaron la creación de NSPOT.

En este momento cuando Barton decide comprar una casa para vivir y poder asistir al tratamiento en el sanatorio.

La producción científica de Barton comenzó tan pronto como Isabel G Newton, inicio su labor de secretaria personal. Los temas centrales de estos trabajos versaban sobre la recuperación de las personas por medio de la ocupación y la ayuda de la terapia ocupacional. La ocupación en sus textos aparece desde dos vertientes; impulsar la mejoría física y aclara la mente y por otro lado se convierte en un proceso de reincorporación productiva de la persona.

Se crea la terapia ocupacional el 15 de marzo de 1917 y homenajea en los nombres de George Edward Barton, William Rush Dunton, Eleanor Clarke Slage, Susan Cox Johnson, Thomas Bissel Kidner, Isabel G Newton y Herbert J, Hall a todas las mujeres y hombres comprometidos en este proyecto sin fronteras, histórico, sanitario y social.

En Diciembre de 1916 Barton propone a Dunton que la asociación podía llevar el nombre de: Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional (NSPOT) y ofrece la Consolation House como sede para celebrar esta primera reunión convirtiéndose en el protagonista. Tras barajar varias fechas entre el 15 y 17 de Marzo de 1917 la fecha elegida para la celebración de este evento coincide con la apertura de la Consolation House (abierta el día 7 de marzo de 1914).

En Clifton Springs la Asociación Americana de Terapia Ocupacional fue fundada el 15 de marzo de marzo de 1917 por el dueño de la Consolation House George E Barton.

En 1923 cede el cargo de Eleonor Clarke Slage a Tomas B Kidner quien decide cambiar el nombre de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT), por el nombre de American Occupational Therapy Association (AOTA).

La Consolation House no morirá, aunque su labor finalizó el viernes 29 de Abril de 1923 con la muerte de Barton (a la edad de 49 años).

En definitiva, hablar de la Consolation House, es hablar de ilusión, de logros conseguidos, de sufrimiento, de esperanzas, de ambiciones no cumplidas, pero, sobre todo es hablar de Barton.

Se trata de involucrarse en uno o varios entornos para mantenerse activo siendo resultado de su libre elección con una motivación y un significado considerando los deseos, necesidades y elecciones. El involucrarse en una ocupación tiene dos aspectos; aspecto subjetivo de desempeño o actuación (emocional o psicológico) y aspectos objetivos del desempeño o actuación (los que pueden observar físicamente) tanto los terapeutas ocupacionales como los asistentes deben tener en cuenta los aspectos de actuación (físico, cognitivo, psicosocial y contextual) diseñando o fomentando el mantenimiento de las ocupaciones o a las AVD.

PRINCIPIOS PARA LA PRÁCTICA

Los principales objetivos de la intervención de la Terapia Ocupacional en general y geriatría consiste en restaurar o mantener la independencia funcional óptima y el nivel de satisfacción vital, a través del análisis y selección apropiada de abordajes, métodos, técnicas y actividades , que permitan al individuo desarrollar o mantener las habilidades adaptativas requeridas para soportar sus roles vitales. Para alcanzar esta meta es necesario que el terapeuta ocupacional valore las necesidades y ponga los medios adecuados para conseguir que la persona alcance con éxito los resultados esperados, desde un punto de vista personal como social.

Los terapeutas ocupacionales que trabajan en geriatría deben estar preparados para intervenir en casos en los que se combinan trastornos que afectan a todas las esferas de la persona. Deben estar formados para reconocer los trastornos complejos del anciano, para diseñar planes de intervención que considera los trastornos físicos y psíquicos de los pacientes, teniendo en cuenta el entorno en el que viven y para tratar una serie de casos compuestos principalmente por pacientes que presentan disfunciones graves, tanto funcionales como mentales.

Para realizar cualquier tipo de actividad o tarea, el anciano debe poseer

- Capacidad cognitiva para planificar la actividad
- Capacidad motora para llevar a cabo
- Capacidad afectiva (motivación) para desear llevar a cabo la actividad.

Teniendo en cuenta lo anterior es frecuente que los terapeutas ocupacionales que trabajan en geriatría enseñen a:

- Ancianos con fractura de cadera(factor biológico),
- Que además están deprimidos y desmotivados (factor psicoafectivo),
- Como utilizar un andador para poder seguir realizando actividades grupales (factor social).

PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Se define como un método sistemático de puesta en práctica de la filosofía, la teoría y los contenidos de la disciplina.

Pretende alcanzar resultados positivos mediante la promoción de una serie de cambios en una situación disfuncional.

El proceso de Terapia Ocupacional está basado en el análisis crítico del déficit de ejecución de un individuo en particular, con una serie de circunstancias concretas. Estos factores hacen que la intervención de Terapia Ocupacional sea compleja y que la planificación de la misma represente un reto para el terapeuta.

Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional Geriátrica

Durante el proceso de Terapia Ocupacional geriátrica se identifican los problemas, se seleccionan las estrategias terapéuticas y se toman las decisiones clínicas, mediante el razonamiento clínico. Guía las acciones de recogida, clasificación y análisis de datos y, posteriormente ayuda a determinar los objetivos y métodos de tratamiento.

El razonamiento clínico engloba la habilidad de expresar razones teóricas para tomar decisiones clínicas. Incorpora el conocimiento tácito y las maneras

habituales de ver y hacer las cosas y trata acerca de los pacientes, basándose en una competencia que procede de la experiencia.

En esencia es un proceso de comprensión de cómo actuar y que hacer en una circunstancia específica, siempre dirigido al bienestar del anciano.

Puesto que cada anciano es único y complejo, la intervención de Terapia Ocupacional debe ser individualizada y requiere juicio, creatividad e improvisación.

Los terapeutas ocupacionales enseñan al paciente a realizar actividades cotidianas tales como el aseo, el vestido, la alimentación, con el propósito de incrementar la independencia en el autocuidado. En el proceso de enseñanza se enfrentan con que se han producido profundos cambios en la vida del anciano debidos a la edad, con la discapacidad, con la pérdida de capacidades que debe ser reconocida y con la necesidad de que la persona con esas limitaciones reoriente su vida. El rol del terapeuta ocupacional es ayudar al anciano a afrontar las limitaciones, a aceptar la discapacidad, a adaptarse a un cambio corporal y funcional y a desarrollar un nuevo sentido del yo, con significado, propósito y valor.

Fleming propone tres tipos de razonamiento clínico que se usan en Terapia Ocupacional, que son:

Razonamiento de procedimientos: para considerar los problemas físicos y/o mentales. La atención del terapeuta se centra en la discapacidad o minusvalía del anciano y, de esta forma, determinar cuáles son las modalidades más adecuadas para mejorar el desempeño funcional de la persona.

Razonamiento interactivo: para guiar las relaciones con el anciano. Es una estrategia utilizada por los terapeutas ocupacionales cuando lo que quieren es comprender al anciano como persona.

Razonamiento condicional: para considerar al anciano en su propio contexto social y su futuro, el terapeuta considera las circunstancias del anciano como un todo, incluyendo la discapacidad y lo que significa para él. Con estas imágenes en mente, el terapeuta planea la intervención y compara mentalmente todo ello con la situación antes de la enfermedad o lesión, con el progreso del tratamiento, con las expectativas del individuo para el futuro, etcétera.

Remisión del anciano y valoración rápida.

El proceso de Terapia Ocupacional se inicia con la remisión del anciano a la unidad de terapia para recibir tratamiento ocupacional. En cualquier caso, el ingreso se suele decidir contando con el equipo y con el médico responsable del servicio. El terapeuta es el encargado de establecer la idoneidad de la remisión del paciente y del tratamiento ocupacional.

Mediante la valoración rápida, el terapeuta ocupacional recoge información preliminar sobre el anciano y determina la necesidad de realizar una valoración más amplia y, en su caso, de una intervención ocupacional.

La valoración rápida implica una revisión breve de la historia clínica, el uso de algún test de screening y una entrevista con el anciano y/o con el cuidador principal, la observación del desempeño funcional del desempeño funcional del anciano y la discusión del caso con la fuente de referencia o el equipo interdisciplinario geriátrico.

A partir de esta valoración rápida se decide si es adecuado o no intervenir.

Valoración: recogida, análisis e interpretación de la información

La valoración es un proceso complejo de recogida de datos, identificación de problemas, formulación de hipótesis y toma de decisiones para la intervención terapéutica, cuyo objeto es obtener un perfil de la persona lo más próximo a la realidad que sea posible. Su propósito es detectar, cuantificar y describir las capacidades físicas, psicosociales y funcionales del anciano, así como sus problemas, necesidades, deseos e intereses, con la intención de determinar las prioridades y desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo.

Una vez obtenidos los datos más significativos, se analizan e interpretan para identificar los problemas. Entonces, esta información se utiliza para establecer objetivos y prioridades, conjuntamente con el anciano. Y para formular y desarrollar un plan de tratamiento integral, seleccionando los métodos y técnicas terapéuticas más adecuados para cada problema.

La entrevista

Entrevistar a un anciano puede ser un proceso lento y laborioso, especialmente cuando el entrevistado presenta trastornos en sus habilidades perceptivas, de procesamiento cognitivo o de comunicación. En la mayor parte de los casos es necesario incluir en la entrevista a los familiares o cuidadores principales para verificar o contrastar la información aportada por el anciano.

El terapeuta ocupacional deberá utilizar sus destrezas de comunicación, prestando especial atención a la comunicación no verbal, donde se incluyen manifestaciones posturales, reacciones, expresiones, tono de voz, apariencia, conducta, etc. También es importante que el lenguaje que utilizemos sea fácil de entender para el paciente, que el tono de voz empleado sea el adecuado y que respetemos el tiempo de respuesta que necesite la persona.

Observación

Mediante la observación de la ejecución funcional podemos obtener información sobre el grado de habilidad de la persona y sobre la presencia de déficit específicos que nos ayuden en la planificación del tratamiento.

Estos componentes son el sensoriomotor, cognitivo, psicosocial y psicológico y/o a los contextos del desempeño ocupacional (situaciones o factores que influyen en la participación de un individuo en las áreas de desempeño ocupacional deseadas y/o requeridas).

Debemos tener en cuenta no solo el tipo de actividades, ocupaciones y conductas que desempeña el anciano, sino también la duración de las mismas, la frecuencia el tipo, la funcionalidad o disfuncionalidad de la ejecución, las ayudas disponibles, etc.

Procedimientos formales

Junto con la revisión de la historia clínica, la entrevista y las observaciones, la valoración se completa con procedimientos formales como test y mediciones, para detectar áreas disfuncionales, confirmar sospechas y contrastar datos.

El uso de evaluaciones exactas y relevantes es crítico para tomar decisiones respecto a la intervención, determinar la ubicación del anciano, considerar la admisión en los programas clínicos y planificar el alta o cualquier otra disposición que pueda basarse en los resultados de los test.

Sea cual sea la elección, es conveniente que el instrumento sea válido, fiable, sensible y específico. Una ordenación clásica de los mismos es la siguiente:

- ❖ Actividades básicas de la vida diaria: son las actividades de autocuidado (asearse, alimentarse, vestirse, etc.). Suponen el nivel más bajo de complejidad y su realización independiente no es suficiente para poder vivir autónomamente.
- ❖ Actividades instrumentales de la vida diaria: son las actividades más complejas e indican la capacidad del individuo para vivir de manera independiente en su entorno habitual. Valorar actitudes como el manejo de los asuntos económicos, la capacidad para controlar la toma de medicamentos o para desplazarse independientemente por el entorno, barrio, pueblo o ciudad.
- ❖ Actividades avanzadas de la vida diaria: son actividades complejas relacionadas con el estilo del individuo. Son actividades de tipo lúdico y relacional, conductas elaboradas de control del medio físico y del entorno social permitiendo al individuo desarrollarse en sus roles sociales.
- ❖ Valoración cognitiva rápida: las áreas que se exploran son: orientación temporal, espacial y personal, fijación, concentración, cálculo, memoria, lenguaje, construcción, conducta, etc.
- ❖ Valoración afectiva rápida: existen escalas de evaluación de la depresión y la ansiedad de uso específico en pacientes ancianos.

Módulo 1. Desarrollo de autonomía personal

En nuestra sociedad ensalza, valora y promociona la autonomía. Así la persona mayor que se ve obligada a recibir ayuda para mantener las AVD se siente más vulnerable, inútil e improductiva, deteriorándose su autoestima y autoimagen, sintiéndose y suponiendo una carga para el cuidador.

Cuando atendemos a un paciente dependiente para las AVD, debemos tener en cuenta varios factores: deterioro físico y cognitivo, ambiente físico y los cuidadores (este puede ser el cónyuge, otro familiar o el auxiliar de ayuda domiciliaria), ya que todos ellos influyen en el grado de autonomía e independencia del usuario.

Muchas de las personas que cuidan o atienden a un anciano no se dan cuenta de que lo sobre atienden, realizando la actividad por el e interfiriendo en su autonomía funcional. Esto tiene como consecuencia que la persona mayor deje de realizar estas actividades, disminuyendo el grado de habilidad que necesita para su ejecución, resultándole cada vez más difícil llevarlas a cabo. Así el terapeuta ocupacional tiene una función de educador, enseñando y mostrando al cuidador como debe participar en el mantenimiento de la autonomía del usuario.

El objetivo que nos planteamos con respecto a las ABVD fue, por un lado, lograr la independencia para la higiene y el vestido y, por el otro, mejorar la deambulación y, en su caso la utilización de las escaleras (obstáculo que supone la mayor dificultad para la persona mayor).

Para conseguir estos objetivos, la intervención de la Terapia Ocupacional consiste en:

1. Reeducación del paciente, adaptando la ejecución de las AVD a sus características psicofuncionales.
2. Asesoramiento en ayudas técnicas y adaptación del baño (esponja de mango largo, zona de ducha, asiento giratorio, alzas de inodoro, etc.)
3. Educación y búsqueda de la colaboración del cuidador.

4. Mejorar la deambulaci3n y utilizaci3n de escaleras, desarrollando ejercicios individuales y espec3ficos, de tal manera que se puedan llevar a cabo en el domicilio y en los centros.

Con respecto a las AIVD, nos planteamos:

1. Mejorar y mantener la capacidad psico- f3sica de los usuarios, de tal manera que puedan desarrollar las actividades m3s complejas (tareas de la casa, compras, etc.)
2. Fomentar la participaci3n de los hombres o mujeres en este tipo de actividades.
3. Asesoramiento en ayudas t3cnicas: tel3fono de teclas grandes, barras, etc.
4. Reentrenamiento en el manejo del tel3fono
5. Reentrenamiento en el manejo del dinero. Previa enseñanza, se acompañara a los usuarios a la compra, utilizando como apoyo y supervisi3n a las auxiliares de compañ3a.
6. Se desarrolla un curso pr3ctico sobre el d3lar. De esta manera trabajamos tres aspectos diferentes: manejo de la moneda, que tanto les preocupa, y refuerzo del manejo de la actual; aspectos cognitivos (c3lculo, resoluci3n de problemas y memoria de reminiscencia, al trabajar con centavos); y 3rea afectiva, autoestima al sentirse m3s competentes.
7. Utilizaci3n del transporte p3blico, efectuando diferentes visitas (al m3dico o alg3n otro centro), que les obliguen a utilizar transporte urbano, previa enseñanza. Las auxiliares de compañ3a servir3n de apoyo y supervisi3n.
8. Administraci3n de la medicaci3n. Se eval3a si conoce que medicamentos toma y si su ingesta es la adecuada. Si no fuera as3, se le dan las pautas para su correcta utilizaci3n.
9. Educar y fomentar la colaboraci3n del cuidador.

M3dulo 2. Gimnasia geri3trica y psicomotricidad

Antes de incorporar a los pacientes a este modulo, debemos conocer la situaci3n en la que se encuentran, es decir, si padecen alg3n tipo de patolog3a que les impida realizar la gimnasia. Por tal motivo, para la valoraci3n inicial necesitamos

conocer la medicación que toman y los informes médicos que poseen. Si o tienen ninguno, solicitamos un informe a su médico, donde nos indique si es apto o no y las enfermedades o problemas que puedan tener.

Con este modulo lo que se pretende es:

- ✓ Evitar el progresivo deterioro físico y la inmovilidad asociadas a la edad, mejorando la coordinación y el equilibrio y aumentando la resistencia cardiovascular.
- ✓ Mejorar las funciones mentales.
- ✓ Descargar la agresividad y la tensión que muchas veces llevan dentro, disminuyendo la ansiedad y la depresión
- ✓ Mejorar las relaciones interpersonales
- ✓ Crear un sentimiento de bienestar

La gimnasia que se realiza es la siguiente:

- ✓ Movilización del cuello
- ✓ Movilización de hombros en todos los planos del recorrido articular
- ✓ Giros y flexión de tronco
- ✓ Movilización de codo, muñeca y dedos en todos los planos del recorrido articular
- ✓ Movilización de cadera, rodilla y tobillos en todos los planos del recorrido articular
- ✓ Agacharse – levantarse
- ✓ Carrera estática, etc.

Estos ejercicios se realizan tanto en bipedestación como en sedestación. Dado que la mayoría de los pacientes padece patología osteoarticular, los ejercicios son aeróbicos, realizando muchos de ellos de forma isométrica. La duración de cada sesión es de 45 minutos. Conforme los pacientes aumentan su resistencia y disminuye la fatiga, aumentaremos el número de series e incorporamos ejercicios más complejos (que requieran mayor esfuerzo): además, utilizamos listones de madera, pelotas, etc. Si fuera necesario, se realizarían ejercicios específicos para patologías concretas (como puede ser la artritis).

Módulo 3 Terapia Recreativa

Una de las características que más llama la atención en estos usuarios es la apatía y la falta de interés e iniciativa, lo que les impide realizar cualquier tipo de acto social. Por este motivo, estos pacientes tienen mucho tiempo libre a lo largo del día, pasándose las horas muertas delante de la televisión y potenciando su incomunicación social. Una de nuestras metas, por tanto, es ofrecer un amplio abanico de recursos que les permita interrumpir el deterioro de las relaciones sociales.

Con las actividades recreativas nos planteamos como objetivos fomentar las relaciones interpersonales a través del ocio y de la utilización del tiempo libre, potenciando la integración en la comunidad. Así conseguiremos:

1. El disfrute del ocio y del tiempo libre perdidos
2. Fomentar las relaciones sociales perdidas
3. Aumentar la confianza y autoestima, así como disminuir el deterioro cognitivo y físico.
4. Mejorar la creatividad e imaginación
5. Mejorar y reforzar nuestro trabajo con respecto a las AVD, tanto básicas como instrumentales, ya que necesitan arreglarse y desplazarse a los centros.

Las actividades que desarrollamos las siguientes:

- ✓ Cafés, coloquio y tertulias
- ✓ Foro de discusión y debate entre los usuarios, utilizando como pretexto sus calles, sus costumbres y la forma de vida de años atrás. Utilizamos fotografías y otros documentos. De esta manera se trabaja la memoria remota.
- ✓ Actividades culturales y visitas a museos, teatros, exposiciones, feria de muestras, etc.
- ✓ Salidas y excursiones fuera de la ciudad o provincia

- ✓ Cursos y charlas breves como: el dólar, la alimentación, dietética y nutrición en las personas mayores, la teleasistencia, riesgos y prevención de caídas en el hogar, etc.
- ✓ Laborterapia, la realización de manualidades se hace como una actividad normalizada, necesitando la coordinación con las educadoras sociales. Además, se llevan a cabo diferentes actividades manuales, exclusivamente para ellos, y en periodos concretos, como puede ser la Navidad (pintando belenes).

Módulo 4. Psicoestimulación

El objetivo de la Terapia Ocupacional es mantener y, si es posible, mejorar las funciones mentales de los usuarios, evitando el progresivo deterioro cognitivo.

Dado que la mayoría de pacientes están alfabetizados, hemos creado lo que ellos denominan “La Escuela”, en la cual utilizamos como medio de trabajo la lecto-escritura. Este método tiene la gran ventaja de facilitar y potenciar en el anciano la integración de todos los aspectos en los que incidimos, reforzando también nuestro propio trabajo. La actividad es realizada en grupo. Se utilizan cuadernos, donde el terapeuta ocupacional propone una serie de ejercicios individualizados y adaptados a las características psicofisiológica y culturales del paciente. De este modo trabajamos:

- ✓ Orientación temporo- espacial: escribir el día, mes año, la dirección de su domicilio, la hora etc.
- ✓ Ejecución y construcción (praxias): completar o copiar figuras y objetos en dos o tres dimensiones, seguir puntos numerados, etc.
- ✓ Gnosias: reconocer objetos, acciones, escribir su definición o función, reconocimiento de personajes, lugares, partes del cuerpo y su función, etc.
- ✓ Atención/ concentración: completar series, pintar o señalar figuras u objetos entre un gran número, sopa de letras, figura- fondo, etc.
- ✓ Memoria inmediata: repetición de palabras o números, mostrar una serie de palabras u objetos y escribir las que recuerden o las que tienen una característica común.

- ✓ Memoria remota: escribir aspectos biográficos; trabajar aspectos amnésicos de los usuarios con material visual o verbal; describir como era su pueblo, sus fiestas, sus costumbres, oficios perdidos.
- ✓ Razonamiento y abstracción: asociaciones, resúmenes, opinar sobre algún tema, completar palabras, series.
- ✓ Resolución de problemas: planteamiento de diferentes problemas que deben resolver.
- ✓ Calculo: sumas, restas, multiplicaciones, resolución de problemas matemáticos.
- ✓ Lenguaje: dictados, copiar textos, definición de palabras, descripción de imágenes.

Estos ejercicios se realizan también oralmente (estimulación verbal), fomentando la comunicación y la fluidez verbal. Además, resulta un buen método para trabajar con aquellos pacientes no alfabetizados o que padecen una deficiencia visual grave.

Para que este método pueda adaptarse al nivel cognitivo y cultural de nuestros pacientes hemos creado cuatro niveles:

Nivel 1: Sin deterioro cognitivo. Nivel cultural medio - alto

Nivel 2: Deterioro cognitivo leve. Nivel cultural medio – bajo.

Nivel 3: Sin deterioro cognitivo. Bajo nivel cultural y no alfabetizado.

Nivel 4: Deterioro cognitivo. Analfabeto.

Además, diferenciamos dos tipos de actuación dentro del grupo: 1) psicoestimulación de mantenimiento, para aquellos usuarios que no representen deterioro. 2) psicoestimulación activa, donde se hace mayor hincapié en aquellos aspectos que están deteriorados, sin olvidarse del resto.

Este método de psicoestimulación tiene una serie de ventajas:

Además de trabajar de manera integral la cognición del usuario, existe una mayor integración de los aspectos cognitivos que pretendemos mejorar.

Se adapta a las características de cada paciente (nivel cognitivo, cultural, déficit visual).

Es un método motivador al no utilizar material infantil y porque todas las tareas quedan recogidas en la libreta, y en cualquier momento puede observar su trabajo y su evolución.

Resulta más cómodo para el terapeuta ocupacional

Aunque se trabaja a nivel individual, es una actividad grupal, ya que induce a los usuarios ayudarse los unos a los otros.

Módulo 5 Asesoramiento en ayudas técnicas y adaptación del hogar.

Si pretendemos conseguir una mayor independencia y autonomía de las personas mayores, se hace imprescindible la necesidad de valorar las condiciones del hogar, así como las ayudas técnicas que pueda necesitar. Por tal motivo, realizamos la valoración de forma sistemática con todos los pacientes que entran en el programa; tratando de modificar el ambiente que rodea a la persona mayor, facilitándole la realización de las AVD, tales como aseo, cocina, deambulación, uso de teléfono, etc. Con mayor seguridad, sencillez e independencia. Los aspectos que tenemos en cuenta son:

1. Disminuir las situaciones de riesgo, como pueden ser las de caída. Estas situaciones se deben al declive de las habilidades motrices y cognitivas, así como a la presencia de deficiencias visuales y auditivas, la menor tolerancia a la actividad (fatiga y agotamiento) y la disminución de la capacidad de respuesta ante situaciones de peligro.
2. Facilitar la realización de actividades, favoreciendo la autonomía.
3. Aumentar la calidad de vida del usuario, favoreciendo la comodidad y la intimidad.
4. Aprovechar las capacidades funcionales y residuales del paciente
5. Conseguir que el hogar sea un medio seguro y no desorientador de la persona, evitando problemas de comportamiento.

Todo esto contribuye a que el paciente tenga una sensación de bienestar y seguridad, aumentando su autoestima y retrasando su institucionalización, de tal manera que para el cuidador suponga la menor carga posible.

En muchas ocasiones, asesorar a una persona mayor sobre la adaptación del hogar resulta ser una misión complicada, ya que suelen ser reacios a realizar modificaciones. Tenemos que tener en cuenta que están acostumbrados a vivir con estos obstáculos y que estos les hacen sentirse seguros; por tanto, si se realizan muchos cambios, podemos desorientarlos, creándoles una sensación de inseguridad. Ante esta situación se actúa de la siguiente manera:

1. Utilizar el rol de educador, ganándose la confianza del paciente y alentándole continuamente
2. Tener en cuenta como ha realizado todas las AVD a lo largo de su vida, para hacer las menores modificaciones posibles, pero que sean las más adecuadas.
3. Es imprescindible que todo el equipo (terapeuta ocupacional, psicólogo, auxiliares de compañía, cuidadores) haga hincapié y fomente la realización de los cambios.
4. A través de los trabajadores sociales, buscar las ayudas económicas públicas o privadas.

Módulo 6. Terapia funcional

Lo que se pretende es restaurar la función perdida, a causa de algún tipo de patología concreta, desarrollándose ejercicios e individuales para aquellos pacientes que lo necesiten. No todos los usuarios son beneficiarios de este tipo de terapia. Los objetivos generales que nos planteamos, que están en función del tipo de patología de cada persona, son los siguientes:

Mejorar la amplitud articular en todos los arcos de recorrido de los miembros superiores.

- ✓ Mejorar la coordinación.
- ✓ Mejorar la movilidad fina
- ✓ Mejorar la marcha, equilibrio y las transferencias.
- ✓ Mejorar el control postural
- ✓ Disociación de movimientos, evitar la rigidez, etc.

6.6 Metodología

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Logística	Identificar el espacio físico donde se aplicará la Terapia	Preparación del material Teórico - Práctico	Auditorio Material de oficina Material bibliográfico	Investigadora	3 de Junio
Encuadre	Establecer normas y objetivos de la Terapia	Reunión con los/as pacientes	Auditorio Material de oficina Material bibliográfico Humano(pacientes)	Investigadora	10 de Junio
Empatía	Formar un clima óptimo para el desarrollo de la Terapia	Dinámicas de ambientación Expectativas de las/os pacientes	Auditorio Material de oficina Material bibliográfico Humano (pacientes)	Investigadora	17 de Junio
Entrenamiento	Explicación a las/os pacientes la Terapia Ocupacional	Exposición y explicación de los respectivos módulos	Auditorio Material de oficina Material bibliográfico Humano (pacientes)	Investigadora	24 de Junio

Cuadro N°. 43: Metodología

Basantes, 2011

ETAPA	OBJETIVO	TERAPIA	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Entrenamiento	Explicación a las/os pacientes el módulo 1 Teórico-Práctico	Desarrollo de autonomía personal <ul style="list-style-type: none"> • Reeducación • Asesoramiento • Educación • Mejorar la deambulaci3n Las AIVD <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar y mantener la capacidad f3sica • Fomentar la participaci3n • Asesoramiento en ayudas t3cnicas • Reentrenamiento en el manejo del tel3fono • Reentrenamiento en el manejo del dinero • Curso pr3ctico sobre el d3lar • Utilizaci3n del transporte p3blico • Administraci3n de la medicaci3n • Educar y fomentar la colaboraci3n 	Auditorio Material de oficina Material bibliogr3fico Tel3fonos Medicaci3n m3s frecuente Humano (pacientes)	Investigadora	1 y 8 de Julio
Entrenamiento	Explicaci3n a las/os pacientes el m3dulo 2 Te3rico-Pr3ctico	Gimnasia geri3trica y psicomotricidad <ul style="list-style-type: none"> • Evitar el posible deterioro • Mejorar las funciones mentales • Descargar la agresividad y tensi3n • Mejorar las relaciones interpersonales • Crear un sentimiento de bienestar Se realiza <ul style="list-style-type: none"> • Movilizaci3n del cuello • Movilizaci3n de hombros • Giro y flexi3n de tronco • Movilizaci3n de codos, mu1eca y 	Auditorio Material de oficina Material bibliogr3fico Humano (pacientes)	Investigadora	15 y 22 de Julio

		<p>dedos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilización de cadera, rodilla y tobillo • Agacharse y levantarse • Carrera estática 			
Entrenamiento	<p>Explicación a las/os pacientes el módulo 3</p> <p>Teórico-Práctico</p>	<p>Terapia recreativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfrute del ocio y tiempo libre • Fomentar las relaciones sociales perdidas • Aumentar la confianza y autoestima • Mejorar la creatividad e imaginación • Mejorar y reforzar el trabajo de AVD <p>Actividades a desarrollar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cafés, coloquios y tertulias • Actividades culturales • Salidas y excursiones • Cursos y charlas breves • Laborterapia 	<p>Auditorio</p> <p>Material de oficina</p> <p>Material bibliográfico</p> <p>Afiches turísticos</p> <p>Humano (pacientes)</p>	Investigadora	<p>29 de Julio y 5 de Agosto</p>
Entrenamiento	<p>Explicación a las/os pacientes el módulo 4</p> <p>Teórico-Práctico</p>	<p>Psicoestimulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación temporo-espacial • Praxias • Gnosias • Atención/concentración • Memoria inmediata • Memoria remota • Razonamiento y abstracción • Resolución de problemas • Calculo • Lenguaje • Programa dólar 	<p>Auditorio</p> <p>Material de oficina</p> <p>Minimal</p> <p>Material bibliográfico</p> <p>Humano(pacientes)</p>	Investigadora	<p>12 de Agosto</p>

Entrenamiento	Explicación a las/os pacientes el módulo 5 Teórico-Práctico	Asesoramiento en ayudas técnicas y adaptación del hogar <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir las situaciones de riesgo • Facilitar la realización de actividades • Aumentar la calidad de vida • Aprovechar las capacidades funcionales y residuales • Conseguir la seguridad del hogar Asesoramiento sobre la adaptación del hogar: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar el rol de educador • Tomar en cuenta las AVD • Fomentar la realización de cambios • Buscar ayuda económica pública o privada • Repetir la información continuamente • Buscar colaboración de los pacientes con cambios. 	Auditorio Material de oficina Material bibliográfico Humano (pacientes)	Investigadora	19 y 26 de Agosto
Entrenamiento	Explicación a las/os pacientes el módulo 6 Teórico-Práctico	Terapia funcional <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar • Aumentar • Mejorar coordinación • Mejorar la movilidad fina • Mejorar la marcha • Mejorar el control postural • Disociación de movimientos 	Auditorio Material de oficina Material bibliográfico Humano (pacientes)	Investigadora	2 y 9 de Septiembre

Cuadro N°. 43: Metodología

Basantes, 2011

6.7 Marco Administrativo

6.7.1 Recursos Físicos o Institucionales

- Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

6.7.2 Recursos Humanos

- Investigadora: María Fernanda Basantes Correa
- Tutora: Dra. Evelyn Salame

6.7.3 Materiales

- Materiales de oficina
- Equipos
- Transporte
- Imprevistos

6.7.4 Económicos

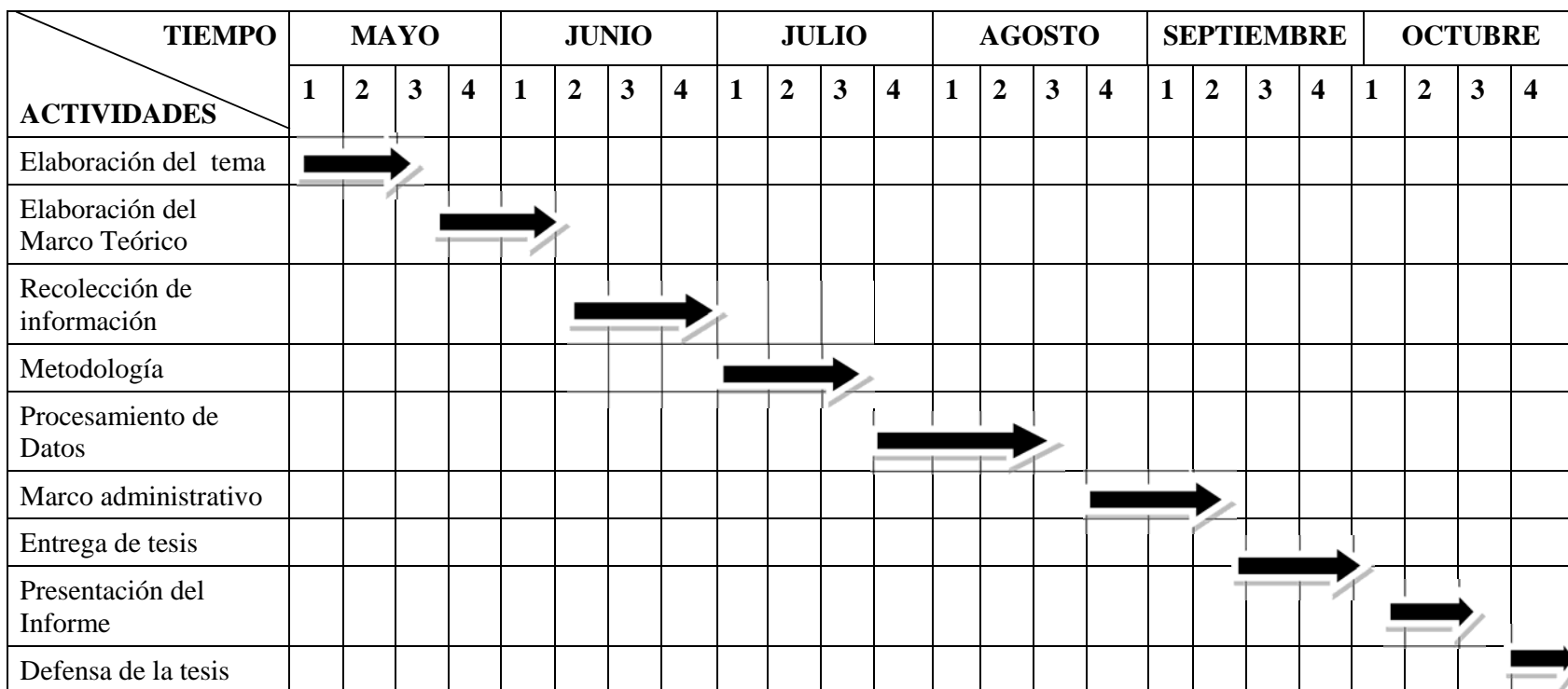
Nº	RECURSOS	VALOR
1	Personal de apoyo, 180 mensuales, durante 6 mes.	\$1080
2	Materiales de oficina, y adquisición de equipos	\$450
3	Material de Escritorio	\$250
4	Imprevistos	\$350
	TOTAL	\$2.130

Grafico Nº. 41: Recursos Económicos Basantes, 2011

Nota: El proyecto será auto financiado por la investigadora, la institución brinda todas las facilidades en infraestructura y en la viabilidad para la recolección de información de la muestra seleccionada.

6.8 CRONOGRAMA.

El diagrama a utilizar es la barra de Gantt mismo que permite visualizar el tiempo a base de semanas en que se realizo cada actividad.



CUADRO N°3

Basantes 2011

6.9 BIBLIOGRAFÍA

- ❖ FERNÁNDEZ ALONSO, CLAVES DE LA DEPRESIÓN F... Editorial Ars Vivendi, Madrid. 2001.
- ❖ ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor. 2da. Edición. Ars Médica. Barcelona, 2002.
- ❖ BALAREZO LUCIO Y DRA. MANCHENO SYLVIA. Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico (2005). Psicoterapia, segunda edición, Quito- Ecuador.
- ❖ LLOYD CATHY, Los Efectos de la Diabetes sobre la Depresión y la Depresión sobre la Diabetes de Marzo 2008, volumen 53 numero 1
- ❖ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION MASSON. Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, Ed. Barcelona 2003.
- ❖ CERVANTES, L, ÁVILA A, ED. Manual de Alimentación para el Adulto Mayor . INCMNSZ-DIF, México, 2000.
- ❖ MOORE P DAVID, JAMES W. JEFFERSON. Manual de Psiquiatría Médica 2005 Edición en español
- ❖ MANTILLA MORA ROSA, TRADUCCIÓN FERNÁNDEZ CERRATO MÓNICA Y FERNÁNDEZ HUETE JAVIER. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional ámbito de competencia y proceso, traducida y adaptada en diciembre de 2005.
- ❖ HAZZARD R. WILLIAM Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 4ta ed. Ed. Mc.Graw Hill.pp. 125–187.
- ❖ KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J... BALTIMORE, MARYLAND, WILLIAM WILKINS "Sinopsis de Psiquiatría". Argentina, Editorial Panamericana. 1997.
- ❖ MARTÍNEZ JUAN CARLOS, SAAD EMMA, FORERO JORGE Suicidio una realidad en Latinoamérica, Quito Ecuador 2009.
- ❖ CORREGIDOR SÁNCHEZ ANA ISABEL Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología, 2010.

- ❖ BEGOÑA POLONIO LÓPEZ Y COLABORADORES. Terapia Ocupacional en Geriatría 15 casos prácticos, España 2002.cap 4 y 5
- ❖ TALAVERA VALVERDE MIGUEL ÁNGEL, MORUNO MIRALLES PEDRO Terapia Ocupacional una Perspectiva Histórica 90 años después de su creación, Coruña 2007.
- ❖ HERRERA LUIS, DR. MEDINA ARNALDO, DR. NARANJO GALO. Tutoría de la Investigación Científica, Dr. Ambato-ecuador (2003).
- ❖ GUÍA PARA EL DESARROLLO DE UN SISTEMA INTEGRAL DE APOYO PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Secretaria de Salud., 2002.
- ❖ CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES CIE 10 Criterios de la OMS 1992
- ❖ ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE OPS... Marco Político 2002.
- ❖ Guía para la Atención de las Personas Diabéticas tipo 2 San José, Costa Rica, 2007 II edición.
- ❖ PSICOLOGÍA Y SALUD, vol. 17, Num 2:291-300, julio-diciembre de 2007.

6.8.1 LINCORAFIA

- ❖ "<http://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad>"
- ❖ www.diabetes.org/espanol.
- ❖ diabetes.sutratamiento.com.ar
- ❖ <http://andes.info.ec/actualidad/en-el-ecuador-hay-12-millones-de-adultos-mayores-segun-encuesta-del-inec-78159.html>
- ❖ www.Terapia – Ocupacional.com
- ❖ www.revistatog.com

ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA
HISTORIA CLÍNICA

1.- DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: -----EDAD: -----

FECHA DE NACIMIENTO: -----

ESTADO CIVIL: -----

2.- MOTIVO DE CONSULTA

3.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

4.- ANAMNESIS NORMAL Y PATOLÓGICA, PERSONAL Y FAMILIAR

5.- ANAMNESIS SOCIAL Y LABORAL

6.- EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS

ASPECTO FÍSICO-----

CONCIENCIA-----

ATENCIÓN-----

SENSOPERCEPCIONES-----

MEMORIA-----

AFECTIVIDAD-----

PENSAMIENTO-----

VOLUNTAD-----

INSTINTOS-----

7.- REACTIVOS PSICOLÓGICOS

8.- DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Responsable

ANEXO N°2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

FICHA CLÍNICA PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO II

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: -----EDAD: -----

FECHA DE NACIMIENTO----- SEXO: -----

ESTADO CIVIL: -----AÑO DE DIAGNOSTICO: -----

2.- ANTECEDENTES FAMILIARES (registrar “x” lo positivo y “-“ si es negativo o no corresponde).

DIABETES: padres----- hermanos ----- hijos -----

HIPERTENSION: padres----- hermanos ----- hijos -----

DISLIPIDEMIA: padres----- hermanos ----- hijos -----

ENF. CEREBROVASCULAR (CIT/AVE): ----- (especificar) -----

ENF ISQUEMICA DEL CORAZON (Angina, infarto) :------(especificar) -----

CANCER: ----- (especificar) -----

3.- ANTECEDENTES PERSONALES (registrar “x” lo positivo y “-“ si es negativo o no corresponde).

TABACO: ----- BEBEDOR PROBLEMA: -----

ACTIV FISICA: Sedentaria----- Moderada ----- Intensa -----

HIPERT ARTERIAL: ----- DISLIPIDEMIA: -----

CARDIOPATIA: -----

CANCER: -----

CIRUGIAS: -----

4.- COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DM II

Nefropatía ----- (especificar) -----

Neuropatía----- (especificar) -----

Cardiopatía isquémica ----- (especificar) -----

Retinopatía ----- (especificar) -----

Glaucoma----- (especificar) -----

Enf del riñón ----- (especificar) -----

Coma diabético----- (especificar) -----

Hipertensión arterial----- (especificar) -----

Insuficiencia vascular periférica----- (especificar) -----

Pie diabético----- (especificar) -----

Amputaciones ----- (especificar) -----

5.- COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DM II

Coma hiperosmolar----- (especificar) -----

Cetoacidosis diabética----- (especificar) -----

Hipoglucemia----- (especificar) -----

Responsable

ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea integro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describan el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

1. Estado de ánimo

- No me encuentro triste
- Me siento triste o melancólico
- Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
- Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

2. Pesimismo

- No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
- Me siento desanimado respecto al futuro
- No tengo nada que esperar del futuro
- No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.

3. Sentimientos de fracaso

- No me siento fracasado
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
- Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa,)

4. Odio a si mismo
 - No estoy particularmente descontento
 - No disfruto de las cosas como antes
 - No encuentro satisfacción en nada
 - Me siento descontento de todo
5. Sentimientos de culpa
 - No me siento particularmente triste
 - Me siento malo o indigno muchas veces
 - Me siento culpable
 - Pienso que soy muy malo e indigno
6. Insatisfacción
 - No me siento decepcionado conmigo mismo
 - Estoy decepcionado conmigo mismo
 - Estoy disgustado conmigo mismo
 - Me odio
7. Impulsos suicidas
 - No tengo pensamientos de dañarme
 - Creo que estaría mejor muerto
 - Tengo planes precisos para suicidarme
 - Me mataría si tuviera ocasión
8. Aislamiento social
 - No he perdido el interés por los demás
 - Estoy menos interesado en los demás que antes
 - He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 - He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
9. Indecisión
 - Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
 - Trato de no tener que tomar decisiones
 - Tengo grandes dificultades para tomar decisiones

- Ya no puedo tomar decisiones

10. Imagen corporal

- No creo que mi aspecto haya empeorado
- Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
- Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
- Siento que mi aspecto es feo y repulsivo

11. Capacidad laboral

- Puedo trabajar igual de bien que antes
- Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
- Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo realizar ningún trabajo

12. Cansancio

- No me canso más que antes
- Me canso más fácilmente que antes
- Me canso por cualquier cosa
- Me canso demasiado por hacer cualquier cosa

13. Pérdida de apetito

- Mi apetito no es peor de lo normal
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho peor
- He perdido el apetito

Responsable

HOJA DE RESPUESTA. BECK

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

RESPUESTAS:

- | | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 1. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO 4

FOTO N° 1. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Hospital Ambato” (vista frontal)



FOTO N° 2. Consultorio del área de Medicina Interna



ANEXO 5

FOTO N° 3. Paciente hospitalizada del área de Medicina Interna



FOTO N° 4. Consulta del área de Medicina Interna



De derecha a izquierda el Dr. Wellington Bracero Médico del área de Medicina Interna, María Fernanda Basantes pasante de Psicología Clínica.