



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO DE MANABÍ"

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DE GRADO

"FACTORES DE RIESGOS EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE DESARROLLAN DEPRESIÓN DEL ÁREA CLÍNICA DE MUJERES DEL HOSPITAL PROVINCIAL "VERDI CEVALLOS BALDA" DEL CANTÓN PORTOVIEJO DE LA PROVINCIA DE MANABÍ DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013".

**Previo la obtención del título de
Psicólogo Mención Psicología Clínica**

AUTORES: MACIAS MACIAS WILSON ALEJANDRO

MERO REYES LADY LAURA

MANTA – MANABÍ – ECUADOR



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Facultad de trabajo social

Escuela de psicología

Carrera de Psicología clínica

En mi calidad de Tutor del Proyecto de Tesis en Educación Superior, nombrado por la Dirección de Tesis de la Universidad laica Eloy Alfaro de Manabí.

CERTIFICO:

Que he analizado el proyecto de tesis presentado por los estudiantes, **MACIAS MACIAS WILSON ALEJANDRO** y **MERO REYES LADY LAURA** como requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Mención Psicología Clínica, cuyo problema es:

“FACTORES DE RIESGOS EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE DESARROLLAN DEPRESIÓN DEL ÁREA CLÍNICA DE MUJERES DEL HOSPITAL PROVINCIAL “VERDI CEVALLOS BALDA” DEL CANTÓN PORTOVIEJO DE LA PROVINCIA DE MANABÍ DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.”

Considero aprobado en su totalidad.

Dr. Oswaldo Zambrano Quinde
C.C.

Manta, 2013.

AUTORÍA

Los pensamientos, ideas, opiniones y la información obtenida de la tesis son de exclusiva responsabilidad de los autores, quienes para constancia firman a continuación:

Macias Macias Wilson Alejandro

Mero Reyes Lady Laura

Manta, abril 2013.

PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

TESIS DE GRADO

“FACTORES DE RIESGOS EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE DESARROLLAN DEPRESIÓN DEL ÁREA CLÍNICA DE MUJERES DEL HOSPITAL PROVINCIAL “VERDI CEVALLOS BALDA” DEL CANTÓN PORTOVIEJO DE LA PROVINCIA DE MANABÍ DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.”

Sometida a consideración del tribunal calificador de la facultad de Trabajo Social y de la Escuela de Psicología, de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, como requisito para la obtención del título de Psicólogo Mención Psicología Clínica, se declara:

APROBADO

Para la constancia de lo expresado firman:

Lcda. Olguita Vélez de Mendoza M.Sc _____
DECANA DE LA FACULTAD.

Dr. Oswaldo Zambrano Quinde _____
DIRECTOR DE LA ESCUELA

Dr. Oswaldo Zambrano Quinde _____
DIRECTOR DE TESIS

MIEMBRO DEL JURADO _____

MIEMBRO DEL JURADO _____

MIEMBRO DEL JURADO _____

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo, a todas y cada una de las personas que han estado acompañándome en esta ardua trayectoria de esfuerzo y estudio, principalmente y ante todas las cosas a mis padres Wilson y Fátima, quienes han estado apoyándome incondicionalmente, siendo ellos mi soporte y el aliento que alguna vez necesite, nunca dejándome caer y brindándome tantas enseñanzas, valores y su calidez, a mis hermanas, las que con su afecto me apoyaban en toda situación, entre otros miembros de mi familia, a mis amigos y compañeros a quienes aprecio, este logro va dedicado especialmente para todos ustedes.

Wilson Macias.

Dedico este presente trabajo, en primer lugar a Dios por iluminar mi camino durante estos 5 años de sueños, triunfos, celebraciones y derrotas, a mis amados y adorados padres Lida y Manuel, por brindarme día a día ese apoyo incondicional, a esa palabra de aliento que en casa nunca faltó, a mis hermanos, amigos, compañeros, a mi esposo por estar siempre a mi lado en los días extenuantes, a mis docentes por darme siempre su paciencia y sabiduría, y a mí misma por haberme exigido y haber encontrado en mi carrera un gran crecimiento personal y a su vez la herramienta que llevara mi vida al éxito.

Lady Mero.

AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a nuestra ilustre universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, a la facultad de Trabajo Social, a la Lcda. Olga Vélez de Mendoza Mg; a la escuela de Psicología, al Dr. Oswaldo Zambrano Quinde, a nuestros docentes, a todos aquellos quienes nos impartieron sus conocimientos en el recorrido de la carrera, guiándonos y orientándonos en nuestra formación profesional, agradecemos muy especialmente a nuestros amados padres quienes nos acompañaron en todo momento, por ser el soporte fundamental en nuestra vida y educación, ayudándonos y apoyándonos en todo lo que hemos necesitado, a nuestros hermanos y hermanas, quienes siempre han estado ahí para nosotros en cualquier situación, a nuestros amigos, a nuestros compañeros, a nuestro tutor por guiarnos y ayudarnos en este trayecto para culminar este trabajo con éxito.

A todas aquellas personas que compartieron con nosotros de alguna u otra forma este viaje de experiencias muy bonitas aunque extenuantes, a todos ustedes de la manera más espontánea un infinito agradecimiento.

Al final la perseverancia y nuestros esfuerzos nos permiten obtener nuestros títulos profesionales.

ÍNDICE.

Contenido

CARATULA	i
CERTIFICADO DE TUTORÍA.....	ii
AUTORÍA.....	iii
PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE.....	vii
INTRODUCCIÓN:	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA.....	2
1.- TEMA.....	2
1.2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1.-CONTEXTUALIZACIÓN.	3
1.2.1.a.-Macrocontexto.....	3
1.2.1.b.-Mesocontexto	3
1.2.1.c-Microcontexto.....	4
1.2.1. d-Análisis crítico.....	5
1.2.2.-PREGUNTAS DIRECTRICES.	6
1.2.3.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2.4.-DELIMITACIÓN	8
1.2.4. a.-Delimitación de contenidos.	8
1.2.4. b.-Delimitación espacial.	8
1.2.4. c.-Delimitación temporal.....	8
1.3.- OBJETIVOS.	9
1.3.1.-OBJETIVO GENERAL.	9
1.3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
1.4.- JUSTIFICACIÓN.	10
CAPITULO II.....	12
2.-MARCO TEORICO	12
2.1.-ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	12
2.2.-FUNDAMENTACION TEORICA	14
Diabetes Tipo 1.....	14

Diabetes Tipo 2.....	15
2.3.-FUNDAMENTACION LEGAL:	22
2.4.-HIPÓTESIS.	23
2.5.-SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	23
2.5.1.-Variable Independiente:	23
2.5.2.-Variable Dependiente:	23
CAPITULO III.....	24
3.-METODOLOGÍA.	24
3.1.-TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.1.1.-MÉTODOS.	25
3.1.2.-TÉCNICAS.	26
3.2.-POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO.....	27
3.2.1.-POBLACIÓN.	27
3.2.2.-MUESTRA.....	27
3.2.3.-TAMAÑO DE LA MUESTRA.	27
3.3.-OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	28
3.3.a.-VARIABLE INDEPENDIENTE.	28
3.3.b.-VARIABLE DEPENDIENTE.	28
3.4.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	31
3.5.-RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	32
3.6.-PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	33
CAPITULO IV.....	34
4.-ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.	34
4.1.- ANÁLISIS.....	34
4.1.1.- Ficha de Observación. Instrumentos psicológicos con Criterios de validación.	34
4.1.2.- Entrevista.....	35
4.2.- INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	36
4.2.1.- Encuestas o cuestionarios.....	36
CAPITULO V	43
5.1.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	43
5.2.-LOGROS DE OBJETIVOS.	44
CAPITULO VI.....	46
6.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46

6.1.- CONCLUSIONES.....	46
6.2.-RECOMENDACIONES.	47
CAPITULO VII.....	48
7.-PROPUESTA.	48
TITULO DE LA PROPUESTA:	48
7.1.-DATOS INFORMATIVOS.	48
INTRODUCCION.....	48
7.2.-ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	49
7.3.-OBJETIVOS.	50
7.3.1-OBJETIVO GENERAL.....	50
7.3.2-OBJETIVOS ESPECIFICOS	50
7.4.-JUSTIFICACIÓN.	51
7.5.-FUNDAMENTACIÓN.....	52
7.6.-METODOLOGIA. PLAN DE ACCIÓN.....	53
7.7.- ADMINISTRACION.....	54
7.8.- PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	55
CAPITULO VIII.....	56
8.1.- BIBLIOGRAFÍA.....	56
8.2-ANEXOS	58

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro#1.....	38
Cuadro#2.....	39
Cuadro#3.....	40
Cuadro#4.....	41
Cuadro#5.....	42
Cuadro#6.....	4

INTRODUCCIÓN:

La diabetes es una enfermedad crónica que se ha convertido en un problema de salud pública esta es una de las principales causas de morbilidad en nuestro país, y sus complicaciones constituyen una de las causas más frecuentes de muerte y de utilización de servicios médicos. En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucosa. El diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes (diabéticos) resulta difícil ya que las manifestaciones físicas, como fatiga, trastornos cognoscitivos como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se superponen a las de diabetes descontrolada. En caso de incertidumbre diagnóstica, una segunda valoración del estado psicológico cuando las cifras de glucosa se han normalizado, suele ser decisiva junto con el éxito de este tratamiento y de esta manera el estilo de vida del paciente tiende a cambiar por lo que es conveniente vigilar y ajustar frecuentemente el esquema de trabajo para establecer un equipo interdisciplinario que mejore la calidad de vida de este tipo de sujetos.

Siendo este un problema que está identificado, que se basa y fundamenta en hechos relevantes que ameritan abordaje, es necesario enfocar la debida atención en este tipo de fenómeno y se encaminara particularmente en la depresión que se genera en la enfermedad de la diabetes, con el fin de reducir la sintomatología las mismas, esto fue basado en una investigación realizada por (Angélica Riveros, Jackeline Cortazar-Palapa, Fernando Alcazar L., Juan José Sánchez-Sosa- 2005).

La presente tesis de grado está estructurada de la siguiente manera: Portada, certificado de aceptación del director de tesis, autoría, aprobación del tribunal de grado, dedicatoria agradecimiento, índice, introducción, capítulo uno, el problema, tema, planteamiento del problema, contextualización, macrocontexto, mesocontexto, microcontexto, análisis crítico, preguntas directrices, formulación del problema, delimitación, delimitación de contenidos, delimitación espacial, delimitación temporal, Objetivos, objetivo general, objetivos específicos, justificación, capítulo dos , marco teórico, antecedentes investigativos, fundamentación teórica, fundamentación legal, hipótesis, señalamiento de variables, variable independiente, variable dependiente, capítulo tres, metodología, tipos o nivel de investigación, métodos, técnicas, población, muestra, tamaño de la muestra, operacionalización de las variables dependiente e independiente, técnicas e instrumentos, recolección de la información, procesamiento de la información, capítulo cuatro, análisis e interpretación de resultados, análisis, Ficha de observación, entrevista, interpretación de los resultados, encuestas o cuestionarios, capítulo cinco comprobación de hipótesis, logros de objetivos, capítulo seis, conclusiones y recomendaciones, capítulo siete, propuesta, título de la propuesta, datos informativos, introducción, antecedentes de la propuesta, objetivos, justificación, fundamentación, metodología, plan de acción, administración, previsión de la evaluación, capítulo ocho, bibliografía y anexos.

CAPITULO I. EL PROBLEMA

1.- TEMA

**FACTORES DE RIESGOS EN PACIENTES
DIABÉTICOS QUE DESARROLLAN DEPRESIÓN
DEL ÁREA CLÍNICA DE MUJERES DEL HOSPITAL
PROVINCIAL “VERDI CEVALLOS BALDA” DEL
CANTÓN PORTOVIEJO DE LA PROVINCIA DE
MANABÍ DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE
DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013.**

1.2. -PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.2.1.-CONTEXTUALIZACIÓN.

1.2.1.a.-Macrocontexto.

Según datos de la OMS se ha calculado que la prevalencia de diabetes del 2000 al año 2030, se desarrollara en un 50% en la mayoría de las regiones, esto como resultado del incremento de los habitantes adultos mayores. También la región centro y Sur América para el año 2030 incrementará el número de personas diabéticas en un 65% en relación al año 2000.

La OMS/OPS frente al incierto aumento de casos a nivel mundial de las ECNT (Enfermedades Crónicas no Transmisibles) en la que se incluye la diabetes, se ha planteado una estrategia regional para América Latina, para prevenir y reducir la carga de las ECNT y los factores de riesgo relacionados.

Este se basa en cuatro líneas de acción, para dar prioridad a estas enfermedades:

- ✓ Establecer la vigilancia epidemiológica como un componente clave; en los programas políticos y de salud pública,
- ✓ Reorientar los sistemas de salud a fin de que respondan a las necesidades de las personas que sufren afecciones crónicas;
- ✓ Fortalecer la promoción de la salud.
- ✓ Prevención de las enfermedades en los programas políticos y de salud pública. (OMS, 2007)

1.2.1.b.-Mesocontexto

“En el Ecuador la diabetes mellitus fue la primera causa de mortalidad general en 2009, según los datos del INEC de Estadísticas Vitales, por lo que no estamos excluidos de la problemática mundial, observando así de manera más específica en la provincia de Manabí datos oficiales de la Dirección de Salud de Manabí”. (El Mercurio, 2011)

1.2.1.c-Microcontexto

“Durante el primer semestre del año 2010, en Manabí se han reportado 9.653 casos de diabetes. De estos pacientes, 6.382 son mujeres y 3.271 son hombres; en el área de salud #1 que corresponde al cantón Portoviejo, hasta septiembre se habían tabulado 2.889 personas afectadas con la enfermedad provocada por la falta de insulina en el cuerpo humano”. (El Diario, 2010)

La depresión no solo afecta el cerebro y la conducta, afecta el cuerpo entero. La depresión se ha relacionado con otros problemas de salud, entre ellos, la diabetes. Lidar con más de un problema de salud a la vez puede ser difícil, de modo que es importante contar con el tratamiento adecuado.

“Las causas subyacentes que se asocian entre la depresión y la diabetes son confusas debido a que la depresión puede convertirse debido a la tensión pero también puede resultar de los efectos metabólicos de la diabetes en el cerebro. Sin embargo los estudios exponen que puede existir cierta relación entre la depresión y la diabetes. No obstante, los científicos aún no pueden confirmar si la depresión aumenta el riesgo de diabetes o la diabetes aumenta el riesgo de la depresión. Investigaciones recientes indican que ambos casos son posibles”. (Bookmark, 2011)

La depresión interfiere con las actividades diarias del individuo, pudiendo deteriorar la salud física y mental en general, signos que se observan en la reducción de la calidad de vida, impidiendo continuar con la vida ordinaria de las personas que la padecen. Al mismo tiempo, denotando como gran consecuencia de la depresión, no sólo el aumentado riesgo de sufrir diabetes sino empeorando los síntomas de la misma.

Encontrando así, como factores de riesgos más claramente visibles en las pacientes que padecen diabetes, sabiendo que como sujetos biopsicosociales que han desarrollado depresión, tendiendo a aparecer como mayor influencia o prevalencia los factores como: la importancia de la hospitalización, la necesidad de la dinámica familiar, las complicaciones de la diabetes en la

génesis de la depresión, la significación del equipo de salud en los cuidados médicos de las pacientes diabéticas en estado depresivo. (Alberdi, 2006)

Sin embargo, los profesionales de salud tanto fisiológica como en salud mental, son quienes reconocerán estos síntomas e investigarán sobre su duración y severidad, diagnosticarán el desorden, y sugerirán el tratamiento apropiado.

1.2.1. d-Análisis crítico.

Según datos obtenidos por la OMS/OPS en el año 2010 se evidencia claramente el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial donde actualmente se incluye a la diabetes, esta enfermedad que aparece cuando el organismo produce poca o nada insulina, conocida también transportador (esta sustancia tiene como fin colocar la glucosa dentro de las células), y sin la insulina la glucosa no entra en las células, muriendo las mismas por falta de azúcar y energía, convirtiendo a la sangre en un melado que no puede entrar a las células, enfermando a todo el cuerpo, y afectando la salud mental de las personas que la padecen.

Por lo que en el caso del Ecuador la diabetes mellitus, ya ha formado parte de las tasas de mortalidad, según datos de la INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) encontrándonos así no excluidos de esta problemática mundial.

En el Hospital Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo, Provincia de Manabí, se puede evidenciar que en su población a tratar se encuentra esta patología, sin embargo no se han realizados estudios acerca de la problemática que en la actualidad se ve muy afectada en nuestra sociedad, que presenta este tipo de patologías duales (enfermedad médica y psicológica), desencadenando la misma según datos investigativos efectos psicológicos incluso a los familiares de las pacientes que padecen esta enfermedad, dando a su vez gran importancia al trabajo que realiza el equipo de salud, de acuerdo al análisis realizados por los investigadores.

1.2.2.-PREGUNTAS DIRECTRICES.

- ¿Cuál es el impacto emocional que se produce en las pacientes al recibir el diagnóstico de diabetes?
- ¿Qué factores de riesgos predominan en las pacientes diabéticas para que estas desarrollen depresión?
- ¿Cuál es el grado de depresión de las pacientes diabéticas?
- ¿Cuánto influye el apoyo familiar-social en las pacientes diabéticas con depresión?
- ¿Cómo influye la atención hospitalaria con las pacientes diabéticas en la génesis de la depresión?

1.2.3.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿De qué manera se manifiestan los factores de riesgos en pacientes diabéticas que desarrollan depresión del área clínica de mujeres del hospital provincial “Verdi Cevallos balda” del cantón Portoviejo de la provincia de Manabí durante el período de diciembre del 2012 a febrero del 2013?

1.2.4.-DELIMITACIÓN

1.2.4. a.-Delimitación de contenidos.

- **CAMPO** : Salud mental.
- **AREA** : Psicología clínica.
- **ASPECTO** : Factores de riesgo.
- **TEMA** : "Factores de riesgos en pacientes diabéticos que desarrollan depresión del área clínica de mujeres del hospital provincial "Verdi Cevallos balda" del cantón Portoviejo de la provincia de Manabí durante el periodo de diciembre del 2012 a febrero del 2013".

PROBLEMA : ¿De qué manera se manifiestan los factores de riesgos en pacientes diabéticas que desarrollan depresión del área clínica de mujeres del hospital provincial "Verdi Cevallos balda" del cantón Portoviejo de la provincia de Manabí durante el período de diciembre del 2012 a febrero del 2013?

1.2.4. b.-Delimitación espacial.

El proyecto se realizó en el Área de Clínica de Mujeres del Hospital "Verdi Cevallos Balda" de la Ciudad de Portoviejo.

1.2.4. c.-Delimitación temporal

Se elaboró durante el periodo de diciembre del 2012 hasta febrero del 2013.

1.3.- OBJETIVOS.

1.3.1.-OBJETIVO GENERAL.

Identificar los factores de riesgos para que un paciente diabético desarrolle depresión.

1.3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Identificar cuál es la importancia de la hospitalización y sus factores de riesgos para que el paciente desarrolle depresión.

- ✓ Conocer la necesidad de la dinámica familiar en las pacientes diabéticas.

- ✓ Determinar las complicaciones de la diabetes en la génesis de la depresión.

- ✓ Reconocer la relevancia del equipo de salud y su atención a las pacientes diabéticas en estado depresivo.

- ✓ Disminuir los diferentes síntomas propios de la depresión de las pacientes diabéticas que acuden al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

1.4.- JUSTIFICACIÓN.

Estudios exponen que las personas con diabetes se encuentran en mayor riesgo de padecer depresión que las personas que no la padecen. No hay respuestas sencillas acerca de por qué esto es verdad, ya que la depresión cualquier persona la puede manifestar, pero la población que sufre de diabetes puede estar en mayor riesgo. Además, el estado de ánimo depresivo, puede llegar a convertirse en factor desencadenante para desarrollar diabetes, y para alguien con un caso severo de diabetes, la enfermedad puede ascender a una ejecución lenta y dolorosa que amplía años y décadas de excesivos cuidados.

Es por esto que lo mismos estudios, indican que las personas con diabetes que tienen una historia de la depresión son más probables de desarrollar complicaciones diabéticas que pacientes sin la depresión. El estado de ánimo depresivo resulta del funcionamiento anormal del cerebro, las causas de los trastornos de depresión son actualmente una cuestión de investigación intensa, una interacción entre la predisposición y la historia genética para determinar el nivel de riesgo de una persona. Los episodios de la depresión se pueden entonces accionar por la tensión, acontecimientos de vida difíciles, efectos secundarios de medicaciones, u otros factores ambientales y sus orígenes pueden limitar la energía necesitada para mantener centrado en el tratamiento para otros desórdenes, tales como diabetes.

Las pacientes que sufren de la diabetes y de la depresión tienden a manifestar mayores complicaciones en el cuidado médico, por lo que las mismas, sus familias y amigos, e incluso sus médicos pueden no distinguir los síntomas de la depresión debido a esto para el tratamiento de las personas que padece de este tipo de problemática se deben manejar síntomas de ambas enfermedades, así mejorar la calidad de sus vidas. Ya que por muchos años fue pensado que la depresión era una complicación de la diabetes, que puede aparecer según el caso. . El tratamiento para este padecimiento debe iniciarse de manera temprana con apoyo psicoterapéutico, tratando el pesimismo; ya que debido a que las investigaciones recientes han mostrado que las personas con diabetes tienen el doble de tasa de depresión que las personas sin diabetes. De hecho, tanto como una de cada tres personas con diabetes también tienen síntomas de depresión, los mismos que se pueden disminuir

bajo la supervisión de un trabajo en conjunto de los hábiles en salud mental y física.

Cada año aparecen publicaciones que abordan el diagnóstico, sus avances en la terapéutica, factores genéticos y otros aspectos de la diabetes; sin embargo, pocos estudios se refieren al impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes.

Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como en el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Las pacientes diabéticas no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad.

El paciente con diabetes se ve sometido a lo largo de su enfermedad a diferentes situaciones el diagnóstico inicial, las demandas que la enfermedad le plantea en su vida diaria, la aparición de posibles complicaciones, que repercuten de manera importante en su bienestar físico, psicológico y social en el cual el sexo femenino se asocia con mayor puntuación en la depresión y menor en las de energía y bienestar positivo.

Por lo que la presente investigación tienden a ser énfasis tanto en la salud física como en la salud mental de las personas, desde el punto de vista de la integridad física, personal, psíquica, moral y sexual, junto a su responsabilidad de cada individuo como miembros de una familia, que influyen en el libre desarrollo de los sujetos y la naturaleza de su psicobiografía.

CAPITULO II

2.-MARCO TEORICO

2.1.-ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Diabetes.

El termino diabetes que su nombre completo es diabetes mellitus, se deriva del griego “sifón” o regadera – acompañada de la palabra Latina *mellitus* que significa enmelado o dulce. Esto se debe porque en la diabetes se encuentra un exceso de azúcar en la sangre así como en la orina. Se conocía también en el siglo XVII como “pissing mal”.

Este término de diabetes fue acuñado probablemente por Apollonius en Memphis alrededor del año 250 A.C. La Diabetes primero se registra en inglés, En el “diabetes formulary”, es un texto médico escrito en 1425.

En 1675 que Thomas Willis agregó la palabra ““mellitus”” a la diabetes. Se la llama así debido al gusto dulce de la orina. Este gusto dulce había sido notado en la orina por los griegos clásicos, los Chino, los Egipcios, los Indios, y los Persas al igual como lo evidencian en su literatura.

Sushruta, Arataeus, y Thomas Willis eran los pioneros tempranos del tratamiento de la diabetes. Los médicos Griegos prescribieron ejercicio - preferiblemente a caballo para aliviar el exceso de la micción. Algunos otros formularios de la terapia aplicados a la diabetes incluyen el vino, y la sobrealimentación para compensar la baja de peso y los fluidos, dietas con exceso de comida, etc.

En 1776, Matthew Dobson confirmó que el gusto dulce de la orina de diabéticos era debido al exceso de una clase de azúcar en la orina y la sangre de la gente con diabetes.

En épocas antiguas y en las edades medievales la diabetes se la sentenciaba con la pena capital. Aretaeus intento darle tratamiento pero no logró conseguir buenos resultados. Sushruta (siglo VI) un curador Indio determinó la diabetes y la nombro como “Madhumeha”. Que quería decir “orina dulce”.

Los Indios antiguos comprobaron la diabetes observando que las hormigas eran atraídas por la orina de una persona. Las palabras Coreanas, Chinas, y Japonesas para la diabetes se basan en los mismos ideogramas que significan “enfermedad de la orina del azúcar”.

En Persia, Avicenna (980-1037) le proporcionó una descripción detallada a la diabetes mellitus la catalogó como “Cañón del Remedio”, que describía el apetito anormal y la disminución de funciones sexuales junto con la orina dulce. Él también determinó la gangrena diabética. Avicenna fue el primero en describir muy precisa a la diabetes insípida. Fue mucho más adelante en el siglo XIX que Juan Peter Frank (1745-1821) distinguió entre la diabetes mellitus y a la diabetes insípida. (Mandal)

Depresión.

Inicialmente denominada melancolía, es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, pero también, mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, es conocida y catalogada por los principales tratados médicos de la Antigüedad.

El origen del término 'melancolía' se encuentra, de hecho, en Hipócrates, y se mantiene en el Renacimiento, especialmente en los años dorados de la melancolía en la cultura europea, 1575-1630. Hay que esperar hasta el año 1725 para que el británico sir Richard Blackmore rebautice ese mal con el término vigente de depresión.¹Hasta el nacimiento de la psiquiatría científica, en pleno siglo XIX, su origen y tratamientos, como el del resto de los trastornos mentales, basculan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música...).

Con el advenimiento de la biopsiquiatría y el despegue de la farmacología pasa a convertirse en una enfermedad más. De hecho el éxito de los modernos antidepresivos ha reforzado el *mito del fármaco* de la sociedad occidental del siglo XX. La medicina oficial moderna considera cualquier

trastorno del humor que disminuya el rendimiento en el trabajo o límite la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea o no conocida, como un trastorno digno de atención médica y susceptible de ser tratado mediante farmacoterapia o psicoterapia. (Jackson, 1989)

2.2.-FUNDAMENTACION TEORICA

La diabetes es una enfermedad que afecta la manera en que el cuerpo utiliza los alimentos digeridos como fuente de energía. La mayoría de los alimentos que consumimos se descomponen y se convierten en un tipo de azúcar llamado glucosa. La glucosa es una fuente importante de energía para el cuerpo y la principal fuente de energía para el cerebro. El cuerpo también produce una hormona llamada insulina. La insulina ayuda a las células en todo el cuerpo a absorber la glucosa y utilizarla como fuente de energía. La diabetes reduce o destruye la capacidad del cuerpo para producir o utilizar la insulina de manera apropiada. Sin insulina, la glucosa se acumula en la sangre y las células del cuerpo carecen de energía. (Instituto Nacional de la salud Mental)

Clasificación de la diabetes

La clasificación establecida y revisada últimamente en el año 2004 por el comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), es la que prevalece y que a continuación se menciona:

- **I. Diabetes tipo 1:** el paciente no puede producir insulina por la destrucción de las células beta del páncreas, ocasionando una deficiencia absoluta de insulina.
- **II. Diabetes tipo 2:** referida para las personas que presentan resistencia a la insulina con relativa deficiencia de insulina o predominantemente deficiencia en la secreción de insulina con resistencia a la insulina.
- **III. Otros tipos específicos:**

Diabetes Tipo 1

La diabetes tipo 1, se origina por una destrucción auto inmune de las células beta del páncreas. Se caracteriza por un inicio súbito de los signos y síntomas

clínicos, asociados con una marcada elevación de los niveles de glucosa y una fuerte propensión al desarrollo de complicaciones agudas (cetoacidosis). La enfermedad comienza a desarrollarse algún tiempo antes de que los signos se hagan evidentes.

Diabetes Tipo 2

Es un desorden heterogéneo caracterizado por hipoglucemia asociada a niveles variables de insulina, y resistencia a la insulina, y está asociado a un incremento en el riesgo cardiovascular.

Las complicaciones micro vasculares son encontradas en cerca del 20% de los individuos con enfermedad recién diagnosticada, este tipo de diabetes en promedio está presente desde aproximadamente 6.5 años previos a su identificación y tratamiento. (Pasten, 2007)

FACTORES DE RIESGOS

Factor de riesgo definición: indicación, actividad, elemento o condición que tenga relación con el incremento de la probabilidad de que un individuo adquiera una enfermedad o se dirija hacia un evento o fenómeno, sea este de tipo ambiental, orgánico, social o psicológico. (Mimi, 2011)

DEPRESIÓN

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamientos en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivo-esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida-, aunque, en mayor o en menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También puede concurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

Es importante plantear la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales pocos específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud de los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresivas, llanto fácil o espontáneo en consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondriacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.

En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute de la vida, una vivencia en tiempo enlentecida y desagradable, o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana.

Hay que tomar en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica. (Alberdi Sudupe, Taboada, Castro Dono, & C., 2006)

Clasificación y criterios diagnósticos

Siguiendo fundamentalmente con las coordenadas operativas y empíricas, desde hace algunos años se propugnan los siguientes criterios diagnósticos, que pueden recoger con bastante aproximación el espectro de presentación de los síntomas depresivos. En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto del DSM-IV como de la CIE-10. Hablamos de la depresión propiamente dicha. No entramos a considerar la depresión en el contexto de un trastorno bipolar (psicosis maníaco-depresiva) o de un trastorno Afectivo Mixto, ya que estas entidades requieren unas estrategias de prevención y de manejo diferentes criterios diagnósticos:

F3x.x Trastorno depresivo mayor [296.xx]

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco, Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

[Para CIE-9-MC Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión]

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x]

Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia , un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

[Para CIE-9-MC Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión]

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

F34.1 Trastorno distímico [300.4]

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) pérdida o aumento de apetito

(2) insomnio o hipersomnia

(3) falta de energía o fatiga

(4) baja autoestima

(5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones (6) sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. página 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344) y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

Nota:

Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses).

Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.

2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).

4. Trastorno depresivo pos psicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia. (Asociación de psiquiatría, 2000)

HOSPITAL

NOMBRE DEL CENTRO

“Hospital Regional Verdi Cevallos Balda”

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

El “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” se encuentra ubicado en:

Provincia: Manabí

Cantón: Portoviejo

Dirección: calle 12 de marzo y Rocafuerte

MISIÓN INSTITUCIONAL

Somos un hospital general que bajo los lineamientos y normativas del sistema nacional de salud (MSP) ofertamos atención de calidad con calidez en acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud, con énfasis en el trabajo en equipo que confía en el desarrollo integral y permanente de los talentos humanos.

VISIÓN INSTITUCIONAL

Nuestra unidad hospitalaria estará en capacidad de aplicar con efectividad los procesos gerenciales estratégicos que permite el reconocimiento como una organización de calidad comprometida con el usuario y sus necesidades, mediante una organización horizontal y participativa, con tecnología acorde al avance técnico-científico que garantice talentos humanos acreditados.

SERVICIOS Y TALENTOS HUMANOS:

ESPECIALIDADES BÁSICAS: medicina interna, cirugía, pediatría, ginecobstetricia, enfermería, clínica de VIH, consulta externa, clínica de varones, clínica de mujeres, cirugía de varones, cirugía de mujeres.

SISTEMAS DE TRABAJO COMPLEMENTARIO: imagenología, laboratorio clínico, laboratorio médico transfusional, fisioterapia, trabajo social.

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS: informática, talentos humanos, farmacia.

2.3.-FUNDAMENTACION LEGAL:

La fundamentación legal de este proyecto se basa en los artículos establecidos en el TITULO VII **REGIMEN DEL BUEN VIVIR**, del capítulo primero **INCLUSION Y EQUIDAD** de la sección segunda **SALUD**, que refieren:

Art. 358.- El sistema nacional de salud **tendrá por finalidad el desarrollado, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva** y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art.360.- El sistema garantizará a través de las instituciones que lo conforma **la promoción de la salud, prevención y atención integración, familiar y comunitaria**, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 363.- El estado será responsable de:

1.- Formular políticas públicas que garanticen **la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas familiares** en los ámbitos familiares, como **laboral y comunitario**.

3.- **Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano** y proporcionar infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

6.- Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y **garantizar la salud integral y la vida de las mujeres**, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

8.- Promover el desarrollo integral del personal de salud.

2.4.-HIPÓTESIS.

- El trato hospitalario cuando no se otorga adecuadamente afecta el estado de ánimo de las pacientes diabéticas.
- Las complicaciones de la diabetes conllevan a las pacientes a desarrollar un estado de ánimo depresivo.
- La ausencia de apoyo familiar afecta el estado de ánimo de los pacientes, lo que produce preocupación y sensación de abandono, donde puede empeorar o agravar su estado médico.
- La paciente al recibir el diagnóstico de diabetes, entra en un proceso donde decae el estado anímico y emocional de la misma, lo que influye simultáneamente en su estado de salud física.
- Una intervención interdisciplinaria disminuirá los síntomas de la depresión y la diabetes.

2.5.-SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

2.5.1.-Variable Independiente:

- Trato hospitalario.
- Complicaciones de la diabetes.
- Apoyo familiar.
- Recepción de diagnóstico.
- Intervención interdisciplinaria.

2.5.2.-Variable Dependiente:

- Afección del estado de ánimo.
- Desarrollo de estado de ánimo depresivo.
- Empeorar estado de ánimo y médico.
- Decaimiento estado anímico, emocional y de la salud física.
- Disminución de síntomas de depresión y diabetes.

CAPITULO III

3.-METODOLOGÍA.

En relación del presente trabajo de investigación se dirigió en un enfoque cuali-cuantitativo.

Cualitativo debido a que se realizó una recolección de datos para descubrir y afinar las preguntas de investigación, además de reconocer los comportamientos observables de las pacientes quienes fueron muestra de estudio y se establecieron los factores, causas y consecuencias obtenidas que provocan la depresión, y cuantitativa ya que los resultados fueron planteados en análisis estadísticos para cuantificar las variables estudiadas.

3.1.-TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN. DESCRIPTIVA.

Es descriptiva porque se describen las características del fenómeno estudiado tanto en la variable independiente (pacientes diabéticas) y de la variable dependiente (factores de riesgo que desarrollan depresión).

CORRELACIONAL.

Es correlacional ya que existe total relación entre ambas variables, teniendo claro que una variable conlleva a la otra o viceversa.

DE CAMPO.

Se considera una investigación de campo debido a que la información fue recabada por los investigadores, en el lugar de los hechos, de manera más específica el "Hospital Verdi Cevallos Balda".

EXPLICATIVA.

Se define también como explicativa, razón por la cual explica los factores causales relacionados con los factores de riesgo que desarrollan depresión en las pacientes diabéticas.

3.1.1.-MÉTODOS.

Entre los métodos utilizados en la investigación se encuentran: el deductivo, inductivo, y el bibliográfico los cuales fueron de mucha utilidad para poder tabular, entender y descifrar los datos y la información que se logró obtener a través de la investigación y los instrumentos y técnicas en el campo.

DEDUCTIVO.

Es deductivo en cuanto este método se puede señalar la información desde el plano general hasta uno particular, teniendo así en el plano general la diabetes y las pacientes con el diagnóstico de la misma, mientras que en lo particular se encuentran a las pacientes con este diagnóstico en pleno desarrollo de la depresión, motivo por el que se aplicó este método.

INDUCTIVO.

De igual forma se utilizó este método para obtener información directamente del objeto de estudio en este caso las pacientes diabéticas que desarrollan depresión, para posteriormente correlacionarla con los datos generales.

BIBLIOGRÁFICO.

Ya que a través de este método se logró sustentar el marco teórico a través de la revisión de textos, folletos, libros, revistas científicas, artículos científicos, internet, entre otros.

3.1.2.-TÉCNICAS.

Entre las técnicas que fueron utilizadas para la obtención de datos e información se encuentran:

- **ENTREVISTAS**

Dirigida A Los Profesionales (Médicos especialistas en diabetología)

- **TEST DE BECK**

Dirigido A Las Pacientes Diabéticas en desarrollo de la depresión.

- **LA OBSERVACIÓN DIRECTA**

- Dirigida a las pacientes y los registros clínicos.

Cada uno de ellos se realizó en base a la dirección sistemática no estandarizada y de comunicación bidireccional los registros y apuntes para la bibliográfica.

3.2.-POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO.

3.2.1.-POBLACIÓN.

La población con la que se pudo contar en el presente trabajo de investigación fueron las pacientes diabéticas del área “clínica de mujeres” del hospital provincial “Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo en el periodo de Diciembre del 2012 a Febrero del 2013.

3.2.2.-MUESTRA.

Se ocupó como muestra para la investigación, la totalidad de la población que se encontraba en el área mencionada, por considerarse un número apropiado para la investigación.

3.2.3.-TAMAÑO DE LA MUESTRA.

$$n = \frac{PQ \times N}{(N - 1) \frac{E^2}{K^2} + PQ}$$

$$n = \frac{0,04 \times 68}{(68 - 1) \frac{(0,02)^2}{(2)^2} + 0,04}$$

$$n = \frac{2,72}{67 \frac{(0,0004)}{4} + 0,04}$$

$$n = \frac{2,72}{0,0467} = 58 \text{ pacientes}$$

3.3.-OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

3.3.a.-VARIABLE INDEPENDIENTE.

3.3.b.-VARIABLE DEPENDIENTE.

causa		efecto	
H: El trato hospitalario cuando no se otorga adecuadamente afecta el estado de ánimo de las pacientes diabéticas.			
VI: Trato hospitalario.		VD: Afección del estado de ánimo.	
DC: Aplicar los medios adecuados para curar o aliviar una enfermedad. (Diccionario, Real Academia Española, 2009-2010)		DC: Impresión que hace algo en otra cosa, causando en ella alteración o mudanza. (Diccionario, Real Academia Española, 2009-2010)	
Definición operacional		Definición operacional	
indicadores	medidas	indicadores	medidas
-Cuidados	-bueno –regular –malo	-activo	-si –no
-Higiene	-aseado –desaseado	-depresivo	-si -no
-Calidad	-alta –media –baja		

causa		efecto	
H: Las complicaciones de la diabetes conllevan a las pacientes a desarrollar un estado de ánimo depresivo.			
VI: Complicaciones de la diabetes.		VD: Desarrollo de estado de ánimo depresivo	
DC: Dificultad o enredo procedentes de la concurrencia y encuentro de cosas diversas. (Diccionario, Real academia española, 2009-2010)		DC: Acrecentar, dar incremento a algo de orden físico, intelectual o moral. (Diccionario, Real academia española, 2009-2010)	
Definición operacional		Definición operacional	
indicadores	medidas	indicadores	medidas
-salud física	-peor –mejor	-Tristeza	-presencia –ausencia
-salud mental	-peor -mejor	-Anhedonia	-presencia –ausencia
		-Insomnio	-presencia -ausencia

causa		efecto	
H: La ausencia de apoyo familiar afecta el estado de ánimo de los pacientes, lo que produce preocupación y sensación de abandono, donde puede empeorar o agravar su estado médico.			
VI: Apoyo familiar.		VD: Empeorar estado de ánimo y médico.	
DC: Dicho de una fuerza: Proteger y ayudar a otra. (Diccionario, Real academia española, 2009-2010)		DC: Hacer que aquel o aquello que ya era o estaba malo, sea o se ponga peor. (Diccionario, Real academia española, 2009-2010)	
Definición operacional		Definición operacional	
indicadores	medidas	indicadores	medidas
-visita	-casual –continua	-inestabilidad animica	-alta –baja
-acompañamiento	-regular -irregular	- inestabilidad medica	-alta -baja

causa		efecto	
H: La paciente al recibir el diagnóstico de diabetes, entra en un proceso donde decae el estado anímico y emocional de la misma, lo que influye simultáneamente en su estado de salud física.			
VI: Recepción de diagnóstico.		VD: Decaimiento estado anímico, emocional y de la salud física.	
DC: Acción y efecto de recibir. (Diccionario, Real academia española, 2009-2010)		DC: Abatimiento, desaliento. (Diccionario, Real academia española, 2009-2010)	
Definición operacional		Definición operacional	
indicadores	medidas	indicadores	medidas
-aptitudes -reacción	-positiva –negativa -impulsiva -calmada	-crisis médica -crisis psicológica	-presencia –ausencia -presencia -ausencia

causa		efecto	
H: Una intervención interdisciplinaria disminuirá los síntomas de la depresión y la diabetes.			
VI: Intervención interdisciplinaria.		VD: disminución de síntomas de depresión y diabetes.	
DC: Acción y efecto de intervenir. (Diccionario, Real academia española, 2009-2010)		DC: Merma o menoscabo de algo, tanto en lo físico como en lo moral. (Diccionario, Real academia española, 2009-2010)	
Definición operacional		Definición operacional	
indicadores	medidas	indicadores	medidas
-visita medica -visita psicológica	-presente –ausente -presente -ausente	-Estado de animo -control medico	-estable –inestable -adecuado -inadecuado

3.4.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Entrevista:

Se realizaron entrevistas pre elaboradas y se dio uso de estas con el objetivo de recabar información, que fueron enfocadas a las pacientes diabéticas del “área clínica de mujeres” del Hospital “Verdi Cevallos Balda”.

Encuesta:

Se aplicó la técnica de la encuesta en la población estudiada, lo que fue de mucha relevancia para los investigadores, obteniendo así información predeterminada de la problemática a investigar.

Test de Beck:

Fue aplicado con la finalidad de evaluar los diferentes niveles y la severidad de la depresión en las pacientes con diagnóstico de diabetes.

Observación Directa:

Se empleó la observación de tipo directa para de esta manera analizar cuál es el sentir de las pacientes diabéticas que desarrollan depresión durante la génesis de su enfermedad.

3.5.-RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Para la realización del presente trabajo de investigación se realizaron encuestas a las pacientes diagnosticadas con diabetes del área clínica de mujeres del Hospital Provincial “Verdi Cevallos Balda” del Cantón Portoviejo.

Recolección de la información: el proceso de recolección de información se lo aplicara de acuerdo a las siguientes técnicas.

Información Primaria: se la obtendrá por medio de las entrevistas, reactivo psicológico, junto a la observación directa dirigida a las pacientes. Es decir, se obtendrá información para uso exclusivo del presente trabajo.

Información Secundaria: será la información que se obtenga de los datos estadísticos del área zonal 4 perteneciente al departamento de estadística del Hospital “Verdi Cevallos Balda” del Cantón Portoviejo que traten sobre la población intervenida durante el periodo de nuestra investigación.

3.6.-PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

El procesamiento de la información se circunscribió bajo los aspectos técnicos de las ciencias estadísticas, la misma que nos facilitaran la obtención de resultados coherentes a los objetivos propuestos.

PROCEDIMIENTOS:

El procedimiento del análisis y tratamiento de la información se efectuó en los siguientes aspectos.

- ✓ Recolección de la información básica por medio de la aplicación de las entrevistas y test de Beck.
- ✓ Tabulación y ajuste de la información de acuerdo a los objetivos propuestos.
- ✓ Análisis e interpretación de los resultados
- ✓ Elaboración de gráficos.
- ✓ Análisis comparativo y fundamentación teórica.
- ✓ Elaboración de conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO IV

4.-ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

4.1.- ANÁLISIS.

Para el análisis se tomó en consideración cada uno de los componentes de la información, estos fueron analizados cuanti-cualitativamente y puntualizados en sus particularidades. Los puntos bases del análisis fueron las variables de estudio presentes en los objetivos y las hipótesis. Se consideró las frecuencias o porcentajes mayores mismos que fueron comparados entre sí para establecer conclusiones.

4.1.1.- Ficha de Observación. Instrumentos psicológicos con Criterios de validación.

Para una identificación cercanamente detallada de las personas que presentaban depresión, se utilizó como herramienta el inventario de depresión de Beck, que es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. El instrumento se diseñó para valorar un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo y fue derivado de observaciones clínicas con pacientes psiquiátricos. Véase en anexos

4.1.2.- Entrevista

ENTREVISTA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

- Nombres:
- Edad: -Ocupación:
- Fecha y lugar de nacimiento:
- Escolaridad:
- Estado civil:

DATOS FAMILIARES:

- Conyugue:
- Hijos:
- Reside con:

DATOS MÉDICOS Y DE SALUD MENTAL:

- Estatura: -Peso:
- Condiciones físicas:
Excelente Bueno Regular Pobre
- Diagnóstico médico:

-¿En qué grado cree ud que le afectó saber que padecía diabetes?

¿Qué considera ud que puede afectar su estado de ánimo desde que presenta su enfermedad (diabetes)?

¿Cree ud que por la diabetes necesita atención psicológica?

¿Piensa ud que ha recibido apoyo de sus familiares o allegados?

¿En qué forma siente ud la influencia de la atención hospitalaria con su enfermedad?

OBSERVACIONES:

4.2.- INTERPRETACION DE RESULTADOS

RESULTADOS DE LA ENCUESTA A LAS PACIENTES DIABÉTICAS DEL ÁREA DE CLINICA DE MUJERES DEL HOSPITAL "VERDI CEVALLOS BALDA" CANTÓN PORTOVIEJO, PROVINCIA DE MANABÍ, PERIODO DICIEMBRE 2012- FEBRERO 2013.

4.2.1.- Encuestas o cuestionarios.

ENCUESTA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- Nombres:

- Edad:

-Ocupación:

- Fecha y lugar de nacimiento:

- Escolaridad:

- Estado civil:

-¿El trato hospitalario cuando no se otorga adecuadamente en qué grado afecta su estado de ánimo?

Alto bajo medio

¿Cuáles de estos aspectos considera ud. que afectan su estado de ánimo en relación a su enfermedad?

Nivel económico medicación apoyo familiar de su enfermedad otros

¿Cómo piensa ud que ha sido el apoyo familiar y de sus allegados en el transcurso de su enfermedad?

Regular Irregular

¿Considera que es necesaria la asistencia psicológica en las pacientes con diabetes?

Si No

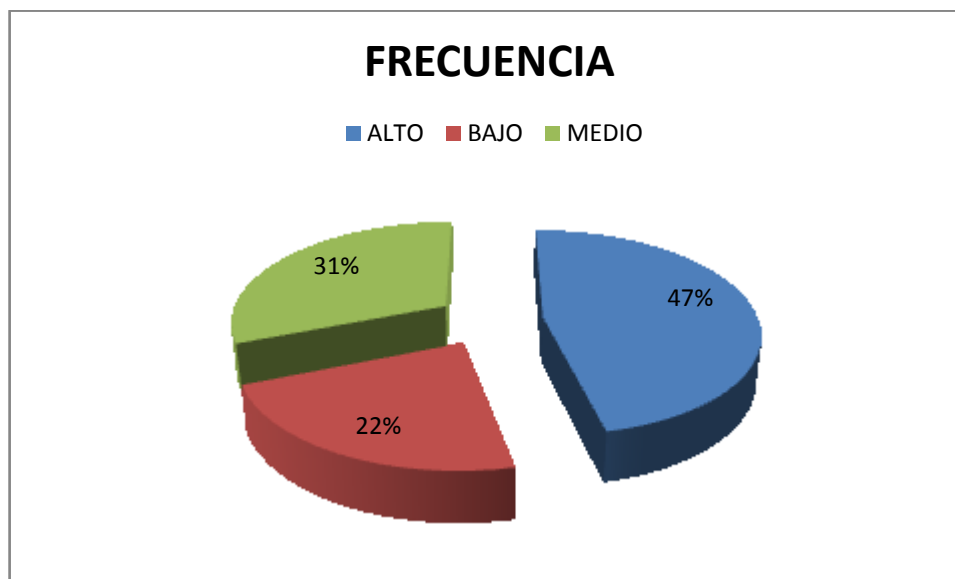
¿Cómo considera ud que es la atención hospitalaria con respecto a su enfermedad?

Buena Regular Mala

PREGUNTA # 1

¿EL TRATO HOSPITALARIO CUANDO NO SE OTORGA ADECUADAMENTE EN QUÉ GRADO AFECTA SU ESTADO DE ÁNIMO?

OPCIONES	FRECUENCIA	%
ALTO	27	47
BAJO	13	22
MEDIO	18	31



CUADRO #1

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al realizar el análisis del gráfico correspondiente se pudo constatar y observar en los diferentes niveles en que les afectó a las pacientes el no recibir un adecuado trato hospitalario y esto se refleja en un 47% que corresponde a un nivel alto, en tanto que al nivel bajo se obtiene un 22% y de igual forma en el nivel medio un 31%.

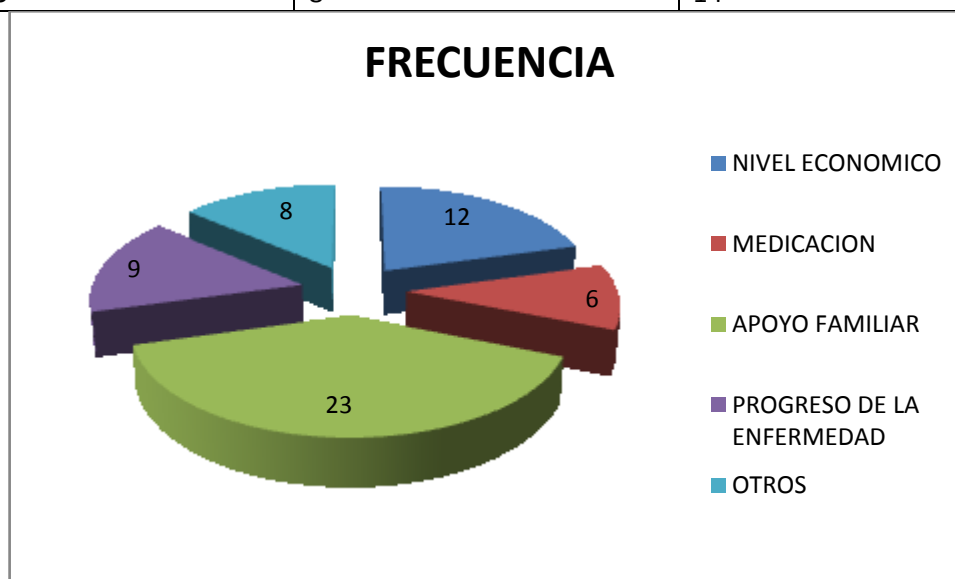
Lo cual demuestra de manera evidente que a la mayoría de los pacientes les afectó de manera considerable el hecho de no recibir un adecuado trato hospitalario.

Fuente: Pacientes diabéticas
Elaborado por: Los investigadores

PREGUNTA # 2

¿CUÁLES DE ESTOS ASPECTOS CONSIDERA UD. QUE AFECTAN SU ESTADO DE ÁNIMO EN RELACIÓN A SU ENFERMEDAD?

OPCIONES	FRECUENCIA	%
NIVEL ECONÓMICO	12	40
MEDICACIÓN	6	10
APOYO FAMILIAR	23	21
PROGRESO DE LA ENFERMEDAD	9	15
OTROS	8	14



CUADRO #2

ANALISIS E INTERPRETACION

La información brindada es muy importante ya que permitió conocer que parámetro es el más afectado una vez que es diagnosticado paciente diabético siendo así que el apoyo familiar que posee 23 % , seguido del nivel económico representa un 12%, el progreso de la enfermedad del cual obtenemos un 9%, otros con 8%, y por último la opción medicación que representa un 6%.

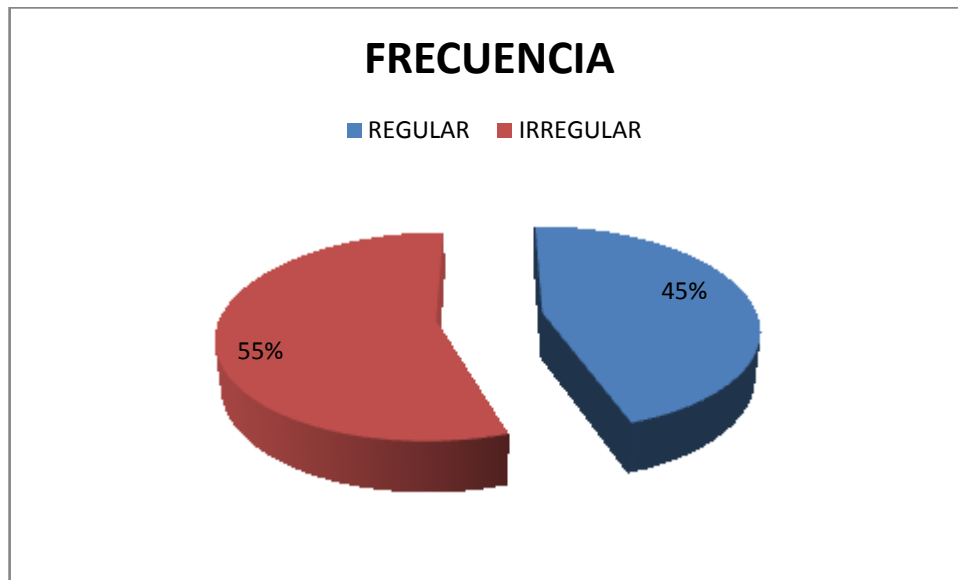
Por ello se puede concluir que lo primero que se ve afectado directamente en un paciente diabético es no contar con el apoyo familiar.

Fuente: Pacientes diabéticas
Elaborado por: Los investigadores

PREGUNTA # 3

¿CÓMO PIENSA UD QUE HA SIDO EL APOYO FAMILIAR Y DE SUS ALLEGADOS EN EL TRANCURSO DE SU ENFERMEDAD?

OPCIONES	FRECUENCIA	%
REGULAR	26	45
IRREGULAR	32	55



CUADRO #3

ANÁLISIS E INTERPRETACION

Observando los datos se pudo constatar que el 55% considera que el apoyo familiar ha sido irregular, en tanto que un 45% nos indica que el apoyo familiar fue regular.

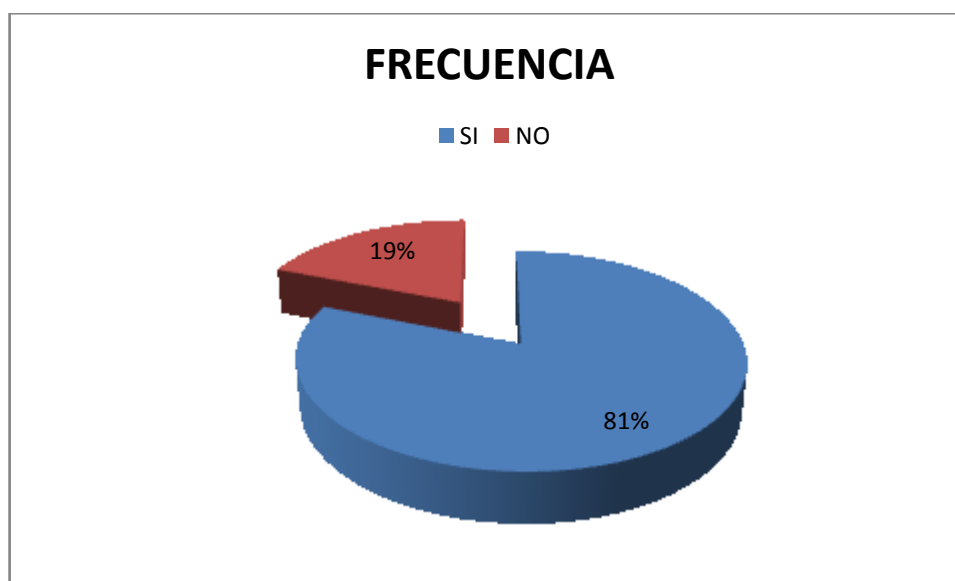
Esto lleva a concluir que los familiares de los pacientes diabéticos ignoran la importancia de brindar su apoyo para así poder sobrellevar de manera más fácil el proceso de dicha enfermedad.

Fuente: Pacientes diabéticas
Elaborado por: Los investigadores

PREGUNTA # 4

¿CONSIDERA QUE ES NECESARIA LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN LAS PACIENTES CON DIABETES?

OPCIONES	FRECUENCIA	%
NO	47	19
SI	11	81



CUADRO #4

ANALISIS E INTERPRETACION

Entre las posibilidades de que los pacientes reciban atención psicológica o no, se obtuvo que el 81% recibiría la misma, mientras que un 19% no lo haría.

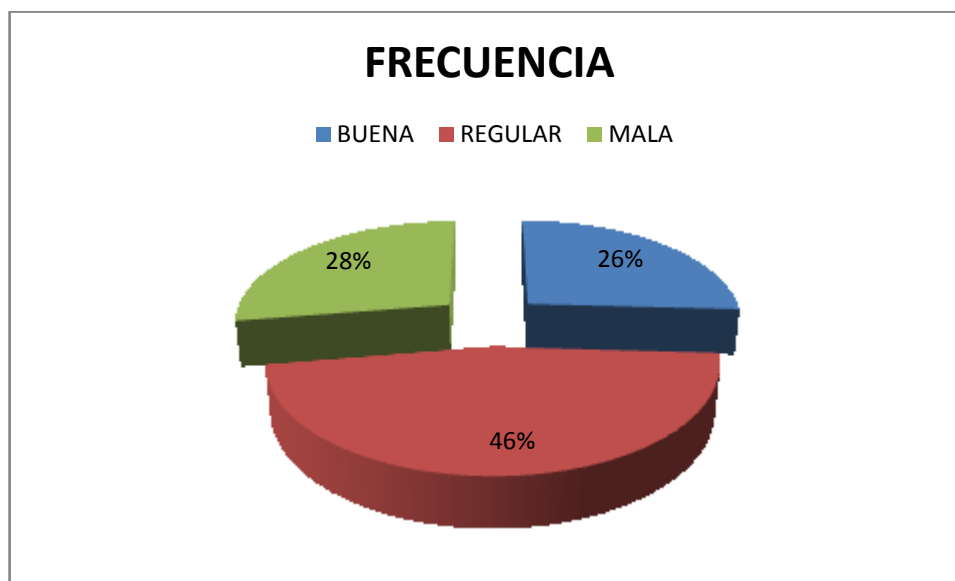
En consecuencia, esta información resulta favorable por que permite conocer que los pacientes ya son conscientes de la importancia de la asistencia psicológica durante el periodo de atención de su enfermedad, para prevenir el decaimiento de su estado de ánimo.

Fuente: Pacientes diabéticas
Elaborado por: Los investigadores

PREGUNTA # 5

¿CÓMO CONSIDERA UD QUE ES LA ATENCIÓN HOSPITALARIA CON RESPECTO A SU ENFERMEDAD?

OPCIONES	FRECUENCIA	%
BUENA	15	26
REGULAR	27	46
MALA	16	28



CUADRO #5

ANÁLISIS E INTERPRETACION

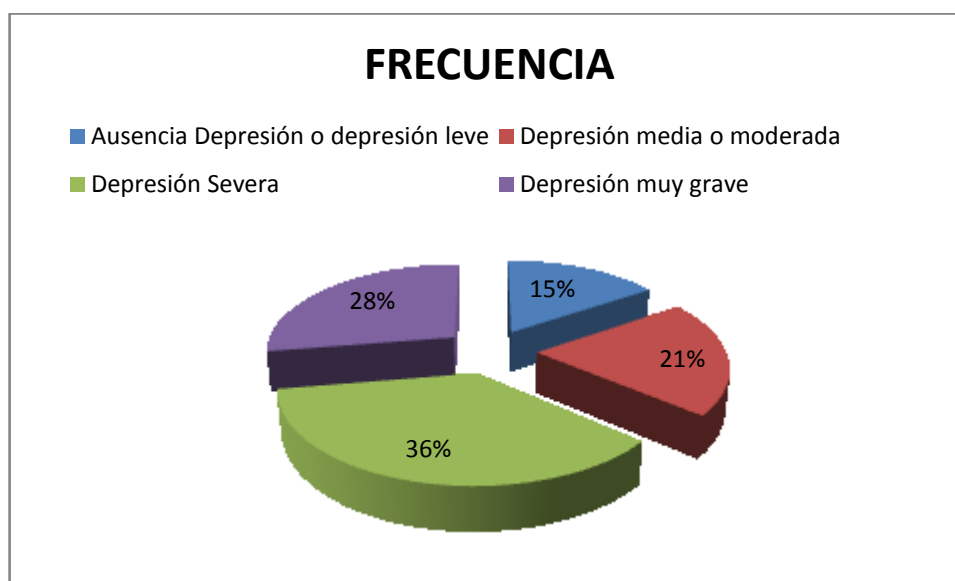
Según los datos observados se obtiene que el 26% nos indica que la atención es buena, seguido de un 46% que representa una atención regular, y por último encontramos un 28% que nos refiere la mala atención.

Siendo así, se determina que la atención que se les brinda a los pacientes diabéticos es por lo general regular, lo cual debería ser tomado en cuenta para mejorar dicha falencias en un futuro cercano.

Fuente: Pacientes diabéticas
Elaborado por: Los investigadores

ESCALA AUTOAPLICADA DE BECK PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

OPCIONES	FRECUENCIA	%
Ausencia Depresión o depresión leve	9	15
Depresión media o moderada	12	21
Depresión Severa	21	36
Depresión muy grave	16	28



CUADRO #6

ANÁLISIS E INTERPRETACION

Al observar los datos proporcionados se pudo conocer que entre las opciones para evaluación de la depresión un 15% de los pacientes presenta ausencia de depresión o depresión leve, el 21% depresión media o moderada, mientras que un 36% depresión severa, seguido de 28% que refleja depresión muy grave.

Es decir, que se demuestra claramente que la depresión está presente de manera significativa en los pacientes que poseen dicha enfermedad, y por lo tanto se debe tomar acciones correctivas siendo así conveniente el someterse al tratamiento adecuado de manera que mejore la calidad de vida durante el proceso de la enfermedad.

Fuente: Pacientes diabéticas
Elaborado por: Los investigadores

CAPITULO V

5.1.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

En base a los resultados obtenidos en la investigación y a la comparación de las variables propuestas se llega a verificar las siguientes hipótesis:

- **La hipótesis I:** que textualmente dice: El trato hospitalario cuando no se otorga adecuadamente afecta el estado de ánimo de las pacientes diabéticas, **es verdadera**, en virtud a los resultados obtenidos en la investigación y presentada en el **cuadro y gráfico No.1** que así lo demuestra, de manera evidente que a la mayoría de los pacientes les afectó de manera considerable el hecho de no recibir un adecuado trato hospitalario.
- **La hipótesis II:** que textualmente dice: Las complicaciones de la diabetes conllevan a las pacientes a desarrollar un estado de ánimo depresivo, **es verdadera**, en virtud a los resultados obtenidos en la investigación y presentada en el **cuadro y gráfico No.2** que así lo demuestra, que lo primero que se ve afectado directamente en un paciente diabético es no contar con el apoyo familiar.
- **La hipótesis III:** que textualmente dice: La ausencia de apoyo familiar afecta el estado de ánimo de los pacientes, lo que produce preocupación y sensación de abandono, donde puede empeorar o agravar su estado médico, **es verdadera**, en virtud a los resultados obtenidos en la investigación y presentada en el **cuadro y gráfico No.3** que así lo demuestra, que los familiares de los pacientes diabéticos ignoran la importancia de brindar su apoyo para así poder sobrellevar de manera más fácil el proceso de dicha enfermedad.
- **La hipótesis IV:** que textualmente dice: La paciente al recibir el diagnóstico de diabetes, entra en un proceso donde decae el estado anímico y emocional de la misma, lo que influye simultáneamente en su estado de salud física, **es verdadera**, en virtud a los resultados obtenidos en la investigación y presentada en el **cuadro y gráfico No.4** que así lo demuestra, que las pacientes ya son conscientes de la importancia de la asistencia psicológica durante el periodo de atención de su enfermedad , para prevenir el decaimiento de su estado de ánimo.
- **La hipótesis V:** que textualmente dice: Una intervención interdisciplinaria disminuirá los síntomas de la depresión y la diabetes, **es verdadera**, en virtud a los resultados obtenidos en la investigación y presentada en el **cuadro y gráfico No.5** que así lo demuestra, que la depresión está presente de manera significativa en los pacientes que poseen dicha enfermedad y por lo tanto se debe tomar acciones correctivas siendo así conveniente el someterse a una atención interdisciplinaria adecuada, y que de manera mejore la calidad de vida durante el proceso de la enfermedad.

5.2.-LOGROS DE OBJETIVOS.

En relación a los objetivos planteados en el desarrollo del trabajo investigativo, se fueron efectuando a medida del avance del procedimiento.

Objetivo general:

“Identificar los factores de riesgos para que un paciente diabético desarrolle depresión”.

Se pudo identificar mediante la investigación, los factores de riesgos, la observación, encuestas y entrevistas a las pacientes diabéticas del área “clínica de mujeres” del hospital Verdi Cevallos Balda, los factores de riesgos para que estas desarrollen depresión durante la génesis de su enfermedad. Además de esto se consultó con personal médico y diabetólogo acerca del proceso que se da en los pacientes que padecen de esta enfermedad, conjuntamente con la información que se obtuvo sugerimos un programa para tratar estos puntos y conseguir remediar o disminuir estas afecciones.

Objetivos específicos:

“Identificar cuál es la importancia de la hospitalización y sus factores de riesgos para que el paciente desarrolle depresión”.

Con respecto a este objetivo se pudo identificar mediante las entrevistas directas con las pacientes, que el periodo de estancia en hospitalización tiene una repercusión en la salud de las pacientes, determinando así algunos factores que intervienen en el desarrollo de la depresión.

“Conocer la necesidad de la dinámica familiar en las pacientes diabéticas”.

De acuerdo con las encuestas se pudo recabar información donde se conoció, en cierto grado, cómo funcionaba el sistema familiar y la importancia que este tiene en algunas pacientes con las que se trabajó.

Debido a que la familia de quien sufre diabetes juega un papel primordial en el proceso de enfrentar y hacer más llevadero este padecimiento, el cual puede terminar siendo un problema si la comunicación entre todos los integrantes no es la adecuada.

El hecho que un integrante de la familia sea diagnosticado con diabetes modifica la dinámica de todos los demás miembros, ya que su estilo de vida cambiará sustancialmente. No sólo el afectado, sino toda la familia puede

atravesar por un proceso de duelo, el cual por lo regular inicia con la sensación de shock ante la noticia de saber que alguien está enfermo, para luego asumir culpabilidad ante la falta de prevención y/o negación a asumir el compromiso del autocuidado; después puede surgir angustia, coraje o impotencia, y como consecuencia la desorganización familiar si no hay buena comunicación.

El núcleo familiar puede verse afectado y entrar en una etapa disfuncional, donde ningún miembro ayude al paciente y que en éste se genere ansiedad y sensación de aislamiento, y lo cual podría llegar a afectar su adecuado tratamiento.

Entonces resulta necesario que una vez diagnosticado con diabetes un miembro de la familia, las personas que conviven con él tomen conciencia que es importante establecer diálogos en donde se logren acuerdos para conocer las necesidades y sentimientos de cada uno, de manera que se pueda entablar una comunicación paulatina que ayudará al desarrollo de todos los miembros del hogar.

“Determinar las complicaciones de la diabetes en la génesis de la depresión”.

Se consiguió determinar que a medida de que se generan los síntomas depresivos, el estado de salud médica puede a su vez empeorar y provocar complicaciones en la esfera de la diabetes.

“Reconocer la relevancia del equipo de salud y su atención a las pacientes diabéticas en estado depresivo”.

Considerando las opiniones de las pacientes se pudo reconocer la relevancia que el equipo de salud y la atención que ellos brindan actúa como un factor notable en el curso de ambos padecimientos, sea para su mejoría o decadencia.

“Disminuir los diferentes síntomas propios de la depresión de las pacientes diabéticas que acuden al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda”.

En base a este objetivo, nos orientaremos para la elaboración de una posible propuesta, la cual irá encaminada a disminuir los diferentes síntomas de la depresión de la población con la que se intervino.

CAPITULO VI

6.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1.- CONCLUSIONES.

Al concluir este proceso investigativo y una vez realizada la examinación de las hipótesis, más el logro de los objetivos, se pueden señalar las siguientes conclusiones:

- La mayoría de los pacientes que presentan diabetes del área clínica de mujeres del Hospital “Verdi Cevallos Balda”, manifiestan que cuando el trato no se les proporciona de una forma adecuada influye en su estado de ánimo de manera negativa.
- Se debe indicar que al momento de que las pacientes diabéticas manifiestan complicaciones en su enfermedad, estas pueden desencadenar síntomas depresivos.
- Se pudo evaluar que entre las principales preocupaciones que afectan el estado de ánimo en las pacientes diabéticas, el apoyo familiar tiene influencia en ello, sin embargo se considera también que el factor económico, el progreso de la enfermedad y la medicación actúan también en esto.
- Las pacientes al recibir un diagnóstico como es el de la diabetes originan conflictos psicológicos frente a esta enfermedad, siendo la depresión severa la que se presenta comúnmente en la población examinada y también tiene como consecuente la influencia en su estado físico.
- En el hospital no se brinda la apropiada atención psicológica al paciente diabético.

6.2.-RECOMENDACIONES.

En procedencia de las conclusiones, los autores de este trabajo de investigación se sugieren las siguientes recomendaciones:

- Requerirle al personal médico un adecuado trato y ayudar a la prevención de los trastornos psicológicos a las pacientes diabéticas que le conducen a la depresión.
- Se recomienda identificar los factores de carácter médico y psicológico que impliquen un agravamiento de la enfermedad, con el objetivo de prevenirla.
- Animar al sistema familiar a conocer acerca de las terapias de grupo y familiares con el fin de apoyar a las pacientes.
- Brindar apoyo psicológico de manera inmediata a los pacientes que reciben el diagnóstico de diabetes corrigiendo ideas irracionales.
- Las enfermedades incurables de este tipo, por lo general producen un impacto emocional, por lo que se recomienda la debida asistencia psicológica temprana a las pacientes, de este modo intervenir a la paciente de la forma que amerite.

CAPITULO VII.

7.-PROPUESTA.

TITULO DE LA PROPUESTA:

PROGRAMA DE PREVENCIÓN MEDIANTE CHARLAS DEL DESARROLLO DE LA DEPRESION Y PROMOCIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES, EN PACIENTES DEL AREA CLÍNICA DE MUJERES DEL HOSPITAL “VERDI CEVALLOS BALDA”-PORTOVIEJO.

7.1.-DATOS INFORMATIVOS.

- **Lugar:** Área clínica de mujeres-diabetología del Hospital “Verdi Cevallos Balda”-Portoviejo.
- **Ubicación:** Instalaciones de la Institución Hospitalaria
- **Participación:** Expositores, personal médico.
- **Año:** 2013.

INTRODUCCION.

El presente proyecto de investigación que desarrollamos estuvo orientado a indagar los factores que constituyen los estados anímicos y emocionales que manifiestan las pacientes diabéticas del hospital “Verdi Cevallos Balda”. Teniendo así concluida la investigación, se corresponde con los conocimientos obtenidos en la misma, con el propósito de proponer un proyecto que ira encaminado a solucionar, al menos en la medida de lo posible, los problemas que se presentan en el trayecto de la enfermedad en las pacientes diabéticas, a su vez dar a conocer la importancia de la psicología clínica en el tratamiento de enfermedades de este tipo.

7.2.-ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.

En el Plan estratégico del Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda” 2008 – 2011 se lo define como una unidad operativa que forma parte del Sistema Nacional de Salud , que mantiene nexos de coordinación con entidades públicas y privadas del sector salud en un afán de lograr el mejoramiento continuo de bienestar colectivo, basado en la necesidad de dar respuesta a las necesidades crecientes de una población cada vez más consciente de sus derechos, a la participación de los diferentes estamentos hospitalarios en la toma de decisiones y a la responsabilidad frente a la gestión de recursos entregados por el Estado para la provisión de salud.

El Hospital Provincial de Portoviejo, es un hospital general de segundo nivel, que provee atención de salud ambulatoria, de especialidades ginecoobstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna, de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia y emergencia, dispone de servicios auxiliares, de diagnóstico y tratamiento, odontología, medicina física y rehabilitación; y realiza docencia e investigación.

Brinda sus servicios a toda la población de la provincia de Manabí, mantiene vigente el servicio de Maternidad Gratuita que incluye atención médica en el embarazo, parto ya sea por vía vaginal o abdominal, posparto y acceso a medicación gratuita.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos durante el proceso de investigación para la realización de la tesis, se puede observar el acrecentamiento de la diabetes junto con la depresión de las pacientes que padecen dicha patología, naciendo así la idea de una propuesta basada en la necesidad de un programa de prevención en el desarrollo de la depresión y promoción de la importancia de la asistencia psicológica en el tratamiento de la diabetes, en pacientes del área clínica de mujeres de dicha institución hospitalaria ya mencionada,

7.3.-OBJETIVOS.

7.3.1-OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de prevención para el desarrollo de la depresión y promocionar la importancia de la asistencia psicológica en el tratamiento de la diabetes, dirigido a las pacientes y familiares del área de mujeres, del hospital “Verdi Cevallos Balda”.

7.3.2-OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Proporcionar conocimientos a las pacientes diabéticas y familiares sobre un apropiado tratamiento y tomar el control sobre la diabetes.
- Informar a las pacientes y familiares de los factores agravantes que se manifiestan en el transcurso de la enfermedad
- Establecer una dinámica adecuada entre las pacientes y las familiares, para que puedan aportar en el cuidado.

7.4.-JUSTIFICACIÓN.

Considerando que en la provincia Manabí hay un existente índice de casos refiriéndose a la diabetes, se puede decir que además de las manifestaciones físicas que esta presenta, también acarrea con ella repercusiones psicológicas

Este programa previamente planteado tiene como propósito dar pautas para concientizar al público al que va dirigido, los aspectos que se presentan en la enfermedad que se está tratando, la diabetes y sus efectos psicológicos, en este caso a la depresión, la cual dificulta una adecuada recuperación e incluso puede agravar el estado de las pacientes con diabetes, puesto que sería un impedimento en su estilo de vida. Para elaborar este programa se rige a los padecimientos psicológicos que han presentado las pacientes del área de clínica de mujeres del hospital "Verdi Cevallos Balda". Esto se debe que la estabilidad emocional y del estado de ánimo es muy importante para las pacientes diabéticas y su sistema Familiar.

Este programa va destinado con la intención de preparar y enseñar a las pacientes y a su círculo familiar, sobre los proceso por el cual van a ir atravesando en el transcurso de la enfermedad, asimismo, poder irrumpir las creencias equivocadas que tienen acerca de la diabetes evitando que cometan errores y que puedan conllevar mejor su tratamiento.

Se estima que la propuesta es viable y factible, debido a que el hospital "Verdi Cevallos Balda" tiene un ingreso frecuente de pacientes con diabetes, además que este da apertura a nuevos proyectos con la finalidad de brindar un mejor servicio.

7.5.-FUNDAMENTACIÓN. TEORÍA COGNITIVA DE ARON BECK

Según la teoría de Beck, existe una clara relación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice así mismo sobre las situaciones que vive, y sobre los problemas que presenta), las emociones y los sentimientos que experimenta. A su vez, esta reacción emocional influirá en la reacción comportamental de la persona ante una situación, ante la conducta de otro, o ante los síntomas que experimenta según el caso.

Beck plantea que los “pensamientos negativos” que ya habían sido reconocidos como un rasgo sintomático de la depresión, jugaban un rol central en el trastorno.

Es oportuno señalar que Beck establece un modelo de terapia cognitiva, donde sus fundamentos plantean la necesidad de que el terapeuta ayude a sus pacientes a identificar las creencias o esquemas que se encuentren distorsionados, y que le impiden actuar asertivamente, pues las personas se encuentran emocionalmente perturbadas por su estilo de pensamiento.

Cuando las emociones son muy negativas e intensas, nuestro comportamiento se ve entorpecido o se vuelve desadaptativo, de modo que los problemas se mantienen o empeoran.

Hay personas que tienden a cometer estos errores, influidos también por algunas creencias de base, que pueden ser rígidas o incorrectas, generalmente aprendidas a través de la educación y experiencias previas. También se dan más errores de interpretación cuando se desarrollan los diferentes trastornos psicológicos. (Aaron T. Beck)

Se debe tomar en cuenta que la diabetes es una enfermedad que requiere de un riguroso cuidado, donde no solamente se encuentra involucrado el paciente, sino que a su vez, su familia y su círculo social. Al presentar esta enfermedad es inevitable la aparición de dificultades en su vida cotidiana, es por eso que proponemos este evento y hacer llegar los recursos disponibles para hacer que las pacientes diabéticas tengan una vida más llevadera.

7.6.-METODOLOGIA. PLAN DE ACCIÓN.

La presente propuesta se realizara a través de un programa de prevención para evitar el desarrollo de la depresión y promocionar la necesidad de la asistencia psicológica en la diabetes, en el área de clínica de mujeres del hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, será dirigido a:

1. Dirigido a las pacientes diabéticas.
2. Dirigido a los familiares de las pacientes diabéticas.
3. Dirigido al personal médico del área.

Actividades para el desarrollo del programa

Las actividades a ejecutarse son las siguientes:

- Solicitudes de confirmación a los directivos del Hospital
- Determinar el número de pacientes y familiares que asistirán al programa.
- Adecuación del área.
- Orden de la mesa directiva.
- Equipo y herramientas de exposición.

Temas que se trataran:

- Complicaciones en la diabetes
- Factores de riesgo para desarrollar depresión.
- Psicoterapia y asistencia psicológica en la diabetes.

**7.7.- ADMINISTRACION.
CRONOGRAMA**

TEMA	FECHA	METODOLOGÍA	RECURSOS HUMANOS	MATERIALES	DIRIGIDO	LUGAR
La depresión, tipos y complicaciones.	Lunes	Exposición oral.	Expositores y personal médico.	Proyecciones	Paciente y familia	Hospital Verdi Cevallos Balda
Comportamientos emocionales que acompañan a la diabetes	Martes	Exposición y dinámicas.	Expositores y personal médico.	Papelones	Paciente y familia	Hospital Verdi Cevallos Balda
Como reconocer la depresión.	Miércoles	Exposición oral interactiva.	Expositores y personal médico.	Papelones	Paciente y familia	Hospital Verdi Cevallos Balda
Naturaleza fisiológica de la diabetes	Jueves	Exposición oral	Expositores y personal médico.	Papelones Proyecciones.	Paciente y familia	Hospital Verdi Cevallos Balda
Opiniones del trabajo.	Viernes	Conversatorio y cierre.	Expositores y personal médico.	Folletos.	Paciente y familia	Hospital Verdi Cevallos Balda

7.8.- PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta la propuesta y deseando esta tenga una respuesta positiva, se les invita a las pacientes diabéticas junto a sus familiares del área clínica de mujeres del Hospital “Verdi Cevallos Balda”, que asistan al Programa de Prevención, que se ejecutara mediante charlas que expongas diversos aspectos sobre el desarrollo de la depresión y a su vez promocionar y dar a conocer la importancia de la asistencia psicológica en el tratamiento de la diabetes, ayudándoles de esta forma a establecer una mejor calidad de vida, de acuerdo al cronograma preestablecido.

De igual forma se considera la participación activa del equipo médico y familiares de las pacientes que padecen de esta enfermedad y se encuentran en la génesis de la depresión, para la presente propuesta contribuyendo en favor de la población y su mejor calidad de vida.

La trayectoria del programa se podrá medir mediante la observación directa, durante el desarrollo del mismo.

CAPITULO VIII

8.1.- BIBLIOGRAFÍA

- Aaron T. Beck, A. J. (s.f.). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée De Brouwer.
- Alberdi Sudupe, J., Taboada, O., Castro Dono, C., & C., V. V. (6 de Noviembre de 2006). *Sociedad Castellano-Manchega de medicina de familia y comunitaria*. Obtenido de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Alberdi, T. C. (2006). *fisterra.com*. Obtenido de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Asociación de psiquiatría, E. U. (2000). *American Psychiatric Association [DSM-IV]*. Washignton: Mason.
- Bookmark. (2011). *Depression-guide.com*. Obtenido de <http://www.depression-guide.com/lang/es/diabetes-depression.htm>
- Diccionario, r. a. (2009-2010). *Real academia española*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=recepcion>
- Diccionario, r. a. (2009-2010). *Real academia española*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=apoyo>
- Diccionario, r. a. (2009-2010). *Real academia española*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=empeorar>
- Diccionario, r. a. (2009-2010). *Real academia española*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=complicacion>
- Diccionario, r. a. (2009-2010). *Real academia española*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=desarrollo>
- Diccionario, r. a. (2009-2010). *Real academia española*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=decaimiento>
- Diccionario, r. a. (2009-2010). *Real academia española*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=intervencion>
- Diccionario, r. a. (2009-2010). *Real academia española*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=disminucion>

- Diccionario, r. a. (2009-2010). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=trato>
- Diccionario, r. a. (2009-2010). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=afeccion>
- El Diario. (11 de Noviembre de 2010). La diabetes ataca más a las mujeres.
- El Mercurio. (8 de Marzo de 2011). El 6% de la población del Ecuador padece diabetes.
- Instituto Nacional de la salud Mental. (s.f.). *National Institutes of Health (NIH)*. Obtenido de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-la-diabetes/index.shtml>
- Jackson, S. W. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos Hipocraticos a la epoca Moderna*. Madrid: Turner.
- Mandal, D. A. (s.f.). *News-Medical.Net*. Obtenido de [http://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-(Spanish).aspx)
- Mimi. (2011). *MiMi.hu*. Obtenido de <http://www.uchospitals.edu/online-library/content=S03655>
- OMS, O. M. (2007). *Estrategia Regional y Plan de Acción para enfermedades crónicas*. Obtenido de <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf>
- Pasten, D. E. (2007). *Sanofi*. Obtenido de <http://www.sanofi.com.ec/l/ec/sp/layout.jsp?scat=46B32D42-5499-4577-B7EB-3CB0C4B94F98>

8.2-ANEXOS

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO



Aplicación de inventario de depresión



Paciente en observación



Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

- He perdido todo el interés por los demás.
 13) .
 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
 14) .
 No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 Creo que tengo un aspecto horrible.
 15) .
 Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
 16) .
 Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
 17) .
 No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
 18) .
 Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
 19) .
 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
 Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
 20) .
 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
 21) .
 No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ENCUESTA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- Nombres:

- Edad:

-Ocupación:

- Fecha y lugar de nacimiento:

- Escolaridad:

- Estado civil:

-¿El trato hospitalario cuando no se otorga adecuadamente en qué grado afecta su estado de ánimo?

Alto bajo medio

¿Cuáles de estos aspectos considera ud. que afectan su estado de ánimo en relación a su enfermedad?

Nivel económico medicación apoyo familiar de su enfermedad otros

¿Cómo piensa ud que ha sido el apoyo familiar y de sus allegados en el transcurso de su enfermedad?

Regular Irregular

¿Considera que es necesaria la asistencia psicológica en las pacientes con diabetes?

Si No

¿Cómo considera ud que es la atención hospitalaria con respecto a su enfermedad?

Buena Regular Mala