

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Tesis de grado que se presenta como requisito, para optar por el  
título de Psicóloga Clínica**

**TEMA:**

**“DIABETES EN EL ADULTO Y DEPRESIÓN POR AMPUTACIÓN EN  
LOS PACIENTES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL IESS,  
MANTA, 2012”**

**AUTORAS:**

**MARÍA KAREN LOOR MERA**

**IVONNE MARIANELA ZAMORA RIVERA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**Psi. Cli. Inés Vera Molina Mg.**

**MANTA, Septiembre 2013**

## **CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS**

En mi calidad de Directora de tesis, de la Escuela de Psicología,  
nombrada por el Concejo de Escuela, Facultad de Trabajo Social de la  
Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí.

### **CERTIFICO:**

Que he analizado la tesis presentada por las Srtas.: **IVONNE  
MARIANELA ZAMORA RIVERA** y **MARÍA KAREN LOOR MERA**, como  
requisito previo para optar por el título de Psicóloga Clínica, cuyo  
problema es:

**“DIABETES EN EL ADULTO Y DEPRESIÓN POR AMPUTACIÓN EN  
LOS PACIENTES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL IESS,  
MANTA, 2012”**

Considero aprobado en su totalidad.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Psi. Cli. Inés Vera Molina Mg.**

**Manta, Septiembre 2013**

## AUTORÍA

Los pensamientos, ideas, opiniones y la información obtenida a través de este trabajo de investigación, son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

F. \_\_\_\_\_

Ivonne Zamora Rivera

C.I. 131167041-6

F. \_\_\_\_\_

Karen Loor Mera

C.I. 131346958-5

Manta, Septiembre 2013

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO**

Sometido a consideración de los miembros del tribunal de revisión y evolución, de la facultad de Trabajo Social de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, previo al título de psicóloga clínica.

DIRECTORA DE TESIS \_\_\_\_\_

Licda. Olga Vélez de Mendoza

DECANA DE LA FACULTAD \_\_\_\_\_

DIRECTOR DE ESCUELA \_\_\_\_\_

MIEMBRO DEL TRIBUNAL \_\_\_\_\_

MIEMBRO DEL TRIBUNAL \_\_\_\_\_

MIEMBRO DEL TRIBUNAL \_\_\_\_\_

SECRETARIA DE ESCUELA \_\_\_\_\_

## **DEDICATORIA**

*Dedicado a todos los pacientes diabéticos amputados del Hospital IESS  
Manta, quienes luchan a diario con esta enfermedad.*

## **AGRADECIMIENTO**

Una de las grandes virtudes del ser humano es la gratitud, es por eso que nosotras queremos agradecer a todos aquellos maestros y maestras que marcaron nuestra vida y nos hicieron amar más a esta profesión, no existen palabras para expresar tanta gratitud por sembrar el conocimiento en sus discípulos.

A nuestros familiares y amigos, quienes nos apoyaron en todo este proceso de formación.

## ÍNDICE

PORTADA	I
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	II
AUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN	III
APROBACIÓN DE TRIBUNAL DE GRADO	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE	VII
INTRODUCCIÓN .....	10
CAPÍTULO I .....	12
EL PROBLEMA .....	12
1.- TEMA.....	12
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN .....	13
1.2.1. a.- Macrocontexto .....	13
1.2.1. b.- Mesocontexto.....	14
1.2.1. c.- Microcontexto .....	15
1.2.1. d.- Análisis crítico .....	15
1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES .....	17
1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	18
1.2.4.- DELIMITACIÓN.....	19
1.2.4. a.- Delimitación de contenidos .....	19
1.2.4. b.- Delimitación espacial .....	19
1.2.4. c.- Delimitación temporal.....	19
1.3.- OBJETIVOS .....	20
1.3.1.- OBJETIVO GENERAL .....	20
1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	21

CAPITULO II .....	22
2- MARCO TEÓRICO.....	22
2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	22
2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	24
DIABETES.....	24
DEPRESIÓN POR AMPUTACIÓN.....	25
CASUÍSTICA.....	36
2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	40
2.4.- HIPÓTESIS .....	41
2.5.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES .....	42
2.5.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE .....	42
2.5.2.- VARIABLE DEPENDIENTE .....	42
CAPITULO III .....	43
3.- METODOLOGÍA.....	43
3.1.- TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	43
3.1.1.- MÉTODOS.....	45
3.1.2.- TÉCNICAS.....	46
3.2.- POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO .....	47
3.2.1.- POBLACIÓN.....	47
3.2.2.- MUESTRA.....	47
3.2.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	47
3.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	48
3.3.a. VARIABLE INDEPENDIENTE: DIABETES EN EL ADULTO.....	48
3.3.b VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESIÓN POR AMPUTACIÓN .....	49
3.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	50
3.5.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	51
3.6.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	51
CAPÍTULO IV.....	52
4.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	52
4.1.- ANÁLISIS .....	52
4.1.1. Instrumentos psicológicos con criterios de validación.....	52
4.1.2.- Entrevista. Historia.....	55
4.2.- INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	61



4.2.1.- Encuestas o cuestionarios.....	61
5.1.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS .....	69
5.2.- LOGROS DE OBJETIVOS .....	70
CAPÍTULO VI.....	71
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	71
6.1.- CONCLUSIONES .....	71
6.2.- RECOMENDACIONES .....	72
CAPÍTULO VII.....	73
7.- PROPUESTA.....	73
7.1.- DATOS INFORMATIVOS:.....	73
7.2.- INTRODUCCIÓN .....	74
7.3.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	75
7.4.- OBJETIVOS.....	76
7.5.- JUSTIFICACIÓN .....	77
7.6.- FUNDAMENTACIÓN.....	78
7.7.- METODOLOGÍA. PLAN DE ACCIÓN:.....	79
7.8.- ADMINISTRACIÓN.....	80
7.9.- PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN .....	81
CAPÍTULO VIII .....	82
8.1.- BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS.....	85

## INTRODUCCIÓN

La diabetes constituye en nuestros tiempos, una de las enfermedades metabólicas crónicas de mayor impacto en nuestro medio, que afecta emocionalmente a quien la padece. El diagnóstico de ser diabético, puede ocasionar problemas psicológicos, que afectan al paciente y a su familia.

“La literatura científica reconoce de una manera cada vez más amplia, la asociación entre enfermedades médicas crónicas y la prevalencia de la depresión.” (Islas S, 1999)

“La depresión es una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes.” (Linares, 2000)

La presencia de depresión está relacionada y asociada a la diabetes, por el poco o nulo control metabólico, sumando factores de riesgo como la amputación.

Según Dwight L, Charney, Dennis, Lewis, & Lydia, 2007; “La diabetes y la depresión son enfermedades crónicas de alta prevalencia, que causan formidable sufrimiento emocional y físico, provocan muerte prematura y consumen considerables recursos sanitarios.”

“A lo largo de los últimos 25 años los investigadores clínicos han descrito elevadas tasas de comorbilidad entre la diabetes y la depresión. Otros estudios han investigado factores biológicos y psicosociales que podrían explicar la interrelación de estas enfermedades.” (Staab, et al. 2007 p.181).

Los factores psicológicos que acompañan a la diabetes, han recibido una importante atención durante años y han sido investigados con diferentes teorías.

En esta investigación se tiene como objetivo, determinar la importancia de la intervención de la psicológica durante esta enfermedad y propone la elaboración de un plan de intervención psicológica, para el manejo de la depresión por amputación durante el proceso de salud-enfermedad de la diabetes, en los pacientes adultos del área de hospitalización, del IESS, Manta, 2012.

En el capítulo I encontraremos: El problema, el tema, planteamiento del problema, preguntas directrices, formulación del problema, delimitación, objetivos y justificación.

En el capítulo II: Marco teórico, antecedentes investigativos, fundamentación teórica y legal; hipótesis, señalamiento de variables.

Capítulo III: Metodología, tipo o nivel de investigación, métodos, técnicas, población y muestra, operacionalización de las variables, técnicas e instrumentos, recolección de información, procesamiento de la información.

Capítulo IV: Análisis e interpretación de resultados, análisis del Test de depresión de Beck, entrevista, interpretación de resultados, encuestas o cuestionarios.

Capítulo V: Comprobación de hipótesis, logros de objetivos.

Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones.

Capítulo VII: Propuesta, datos informativos, antecedentes de la propuesta, objetivos, justificación, fundamentación, metodología de la investigación, administración, previsión de la evaluación.

Capítulo VIII: Bibliografía y anexos

**CAPÍTULO I**  
**EL PROBLEMA**

**1.- TEMA**

“DIABETES EN EL ADULTO Y DEPRESIÓN POR AMPUTACIÓN EN  
LOS PACIENTES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL IESS,  
MANTA, 2012”.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN**

La investigación se realizó en la ciudad de Manta, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en el campo de la psicología clínica, en el área de prevención y promoción, durante el periodo lectivo 2012-2013.

#### **1.2.1. a.- Macrocontexto**

En el año 2012, la Organización Mundial de la Salud, consideró que en el mundo hay 346 millones de personas con diabetes, una cifra que muy probablemente, de no mediar intervención alguna, para 2030 se habrá más que duplicado. Casi el 80% de las muertes por diabetes se producen en países de ingresos bajos o medios.

La diabetes se presenta en la edad adulta y está relacionada, en gran medida, con un aumento excesivo del peso corporal y la inactividad física (diabetes tipo 2) o por la insuficiente producción de insulina (diabetes tipo 1), donde el organismo no la utiliza eficazmente.

Un estudio realizado por el Imperial College London y la Universidad de Harvard determinó que, en 1980, 153 millones de personas tenían diabetes 2, mientras que en la actualidad esa cifra llegaría a 370 millones.

Estadísticas de la Federación Internacional de Diabetes (FID) indican que una persona con diabetes tiene 25 veces más probabilidades de que se le ampute una extremidad, que una persona que no tiene la enfermedad. La OMS, de su lado, apunta que cada 30 segundos alguien en el mundo pierde una extremidad inferior debido a la diabetes.

Por otro lado las estadísticas de la OMS, los trastornos depresivos serán la segunda causa de años vividos con discapacidad en todo el

mundo en el año 2020; es decir, dentro de once años serán la segunda causa de enfermedad que provocará días de vida perdidos o vividos con discapacidad. La depresión ya es, en la actualidad, la segunda causa de discapacidad entre los 15 y 44 años para ambos sexos.

### **1.2.1. b.- Mesocontexto**

“Al año 2000 se estima que más de 35 millones de personas sufren de Diabetes en nuestro continente. El 54% corresponde a América Latina y El Caribe, con una proyección al 2025 de 64 millones.” (Mataix & Verdú, 2002)

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

Según otro estudio en Santiago de Chile, de Pineda, Bermúdez y Cano (2004), sobre los niveles de depresión de pacientes adultos con diabetes tipo 2, se 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.

En Ecuador la situación también es alarmante. Según información del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSPE), en el 2008 se presentaron 43.285 casos de diabetes, mientras que en el 2009 fueron 68.355. La proyección de este año es optimista: la cifra alcanzaría los 45.771 casos.

En un documento elaborado por Pie Diabético del Ecuador se incluye el dato que en el Hospital Luis Vernaza, de Guayaquil, se realizan 7 amputaciones de pie por semana, mientras que en el Hospital Andrade

Marín, en Quito, se hacen al menos 5. En el mismo documento se presenta una proyección: alrededor de 142. 710 personas podrían perder su pie a causa de la diabetes, en los próximos años.

Durante el primer semestre del año, 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 (diabetes tipo I).

Los datos son parte de las estadísticas oficiales de la Dirección de Salud de Manabí. Aunque no hay ninguna explicación a esta situación, se estima que el hecho de que la mujer se quede en casa realizando tareas domésticas, la vuelve propensa a estar consumiendo productos que pueden causar esa enfermedad. (El Diario, 2010.)

#### **1.2.1. c.- Microcontexto**

En el año 2012, en el Hospital IESS Manta, las estadísticas de diabetes ascienden a 12.711 pacientes diagnosticados, constituidos por 5.728 mujeres y 6.983 hombres. Teniendo en cuenta que el Hospital recibe a pacientes de todos los cantones de Manabí.

En el mismo año, hay un total de 442 pacientes diagnosticados con episodios depresivos, de los cuales 231 son mujeres y 211 son hombres.

Los pacientes amputados en el 2012, se reportó 152; siendo 18 de sexo femenino y 97 de sexo masculino.

#### **1.2.1. d.- Análisis crítico**

En el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Manta, desde principios del año 2012, se implementó el área de psicología clínica

tanto en Hospitalización mediante las interconsultas de los médicos especialistas, como en consulta externa, emergencia y EBASS (Equipo básico de atención en salud).

La remisión a consulta psicológica depende de los médicos especialistas que realizan las interconsultas, ya sea de hospitalización o emergencia, es decir que los pacientes no pueden recibir atención psicológica, ya que tienen que constar en la agenda electrónica del servicio de psicología en el sistema As400, para realizar la evolución psicológica respectiva. A diferencia de consulta externa en donde el profesional puede agendar sus pacientes o call center.

A partir de que el paciente es diagnosticado como diabético, por el médico tratante de la institución, algunos son remitidos a la consulta psicológica.



### **1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES**

- ¿Recibió atención psicológica antes de la amputación?
- ¿La amputación le ha provocado depresión?
- ¿Con la intervención psicológica se logrará mejorar la calidad de vida de los pacientes amputados?
- ¿Se podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos si recibieran intervención psicológica antes de la amputación?
- ¿Considera que la intervención psicológica logrará reducir lo siguiente: depresión, ansiedad y estrés?

### **1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Si los pacientes diabéticos amputados del Hospital del IESS Manta, recibieran intervención psicológica se reduciría la depresión?

## **1.2.4.- DELIMITACIÓN**

### **1.2.4. a.- Delimitación de contenidos**

**Campo:** Salud Mental

**Área:** Psicopatología

**Aspecto:** Psicología Clínica

**Tema:** “Diabetes en el adulto y depresión por amputación en los pacientes del área de hospitalización en el IESS, Manta, 2012”.

**Problema:** Los pacientes diabéticos amputados del Hospital IESS Manta, no reciben intervención psicológica, que podría generar depresión.

### **1.2.4. b.- Delimitación espacial**

Hospital IESS, Manta.

### **1.2.4. c.- Delimitación temporal**

2012-2013

### **1.3.- OBJETIVOS**

#### **1.3.1.- OBJETIVO GENERAL**

Determinar la importancia de la intervención psicológica durante la enfermedad, para el beneficio de los pacientes diabéticos amputados, del Hospital IESS Manta.

#### **1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evidenciar la presencia de depresión en pacientes diabéticos amputados, para conocer sus consecuencias en la calidad de vida.
- Establecer la relación entre la diabetes en el adulto y la depresión, por amputación, para proponer estrategias que permitan un tratamiento eficaz.
- Demostrar la reducción de depresión en pacientes diabéticos, para comprobar la eficacia de la intervención psicológica antes de la amputación.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo de investigación tiene plena justificación por cuanto está apegado al Plan Nacional para el Buen Vivir, que alude a: Mejorar la calidad de vida de la población, ya que plantea la necesidad de la intervención psicológica, para el manejo del paciente diabético adulto con depresión por amputación; creando las condiciones para satisfacer sus necesidades en este caso las psicológicas.

Esta propuesta apunta a vincularse con la comunidad y a contribuir con ella; optimizando la calidad de vida de los pacientes diabéticos, para el manejo de la depresión, por medio de la psico-educación.

A pesar que la diabetes es una enfermedad crónica metabólica, influye sobre la psiquis del sujeto con las complicaciones que trae la misma, como en este caso la presencia de depresión por una amputación; que afecta a nivel personal, psicológico, laboral o familiar.

El ser diabético se extiende más allá de los síntomas físicos, que sufre el paciente y es por eso que esta tesis pretende determinar la importancia de la intervención psicológica durante la enfermedad, para el beneficio de los pacientes diabéticos amputados.

Esta investigación aporta al campo de la psicológica hospitalaria y social, directamente beneficia a los pacientes diabéticos adultos, al Hospital IESS Manta, a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí

En el ámbito local, no se cuenta con trabajos publicados sobre el tema psicológico, por tanto, es factible y se contribuirá a la investigación en la ciudad de Manta.

## CAPITULO II

### 2- MARCO TEÓRICO

#### 2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La OMS estima que en el mundo hay 346 millones de personas con diabetes, una cifra que muy probablemente, de no mediar intervención alguna, para 2030 se habrá más que duplicado. Casi el 80% de las muertes por diabetes se producen en países de ingresos bajos o medios.

Esta se presenta en la edad adulta y está relacionada, en gran medida, con un aumento excesivo del peso corporal (obesidad) y la inactividad física. A diferencia de la diabetes 1, en la cual el cuerpo no produce insulina, en ésta el organismo no la utiliza eficazmente.

Ante esto, los investigadores son directos: existe una epidemia de diabetes. En Ecuador la situación también es preocupante. Según información del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSPE), en el 2008 se presentaron 43. 285 casos de diabetes, mientras que en el 2009 fueron 68 355. La proyección de este año es optimista: la cifra alcanzaría los 45. 771 casos.

Estadísticas de la Federación Internacional de Diabetes (FID) indican que una persona con diabetes tiene 25 veces más probabilidades de que se le ampute esta extremidad, que una persona que no tiene la enfermedad. La OMS, de su lado, apunta que cada 30 segundos alguien en el mundo pierde una extremidad inferior debido a la diabetes. Existen índices sobre esta situación en Ecuador, aunque no son oficiales.

En un documento elaborado por Pie Diabético del Ecuador se incluye el dato de que el hospital Luis Vernaza, de Guayaquil, se realizan 7 amputaciones de pie por semana, mientras que en el Hospital Andrade Marín, en Quito, se hacen al menos 5.

En el año 2012, en el Hospital del IESS Manta, las estadísticas de diabetes ascienden a 12.711 pacientes diagnosticados, de los cuales 5.728 son mujeres y 6.983 hombres. Teniendo en cuenta que el Hospital recibe a pacientes de todos los cantones de Manabí.

En el mismo año, existen un total de 442 pacientes diagnosticados con episodios depresivos, de los cuales 231 son mujeres y 211 son hombres.

Los pacientes amputados en el 2012, fueron de 152; 18 de sexo femenino y 97 de sexo masculino.

Según las estadísticas de la OMS en el 2020 los trastornos depresivos serán la segunda causa de enfermedad que provocara días de vida perdidos o vividos con discapacidad.

La depresión ya en la actualidad, es la segunda causa de discapacidad entre los 15 y 44 años para ambos sexos.

La diabetes puede contribuir al desarrollo de trastornos depresivos como consecuencia de la carga de la enfermedad.

Investigadores en todo el mundo encontraron que los pacientes con complicaciones diabéticas tenían tasas más elevadas de depresión y que los pacientes con depresión percibían una mayor carga de la enfermedad, notificando hasta el doble de los síntomas físicos que los pacientes sin depresión.

También la calidad de vida es peor en los pacientes en los que coexiste diabetes y depresión que en los que tienen cualquiera de las dos enfermedades de forma aislada. (OMS , 2012)

El solo hecho de recibir el diagnóstico de diabético provoca en el paciente una conmoción a nivel psíquico, que muchas veces termina en amputación y todo este proceso se ve acompañado de la depresión por la pérdida de sus miembros.

## **2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **DIABETES**

#### **Definiciones:**

- “La diabetes es una enfermedad endocrino-metabólica, vascular, crónica, producida por una interacción variable de factores genéticos y ambientales, promotores de una constelación de anomalías bioquímicas y anatómicas, que afectan el metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas.” (Rigol, 1988)
- “Enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre.” (OMS , 2012).

“El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.”

#### **TIPOS DE DIABETES**

##### **Diabetes de tipo 1 ó insulino dependiente:**

“Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1.”

##### **Diabetes de tipo 2 o no insulino dependiente:**

“Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.”

##### **Diabetes gestacional:**

“Es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.”



## **CONSECUENCIAS FRECUENTES DE LA DIABETES**

### **La diabetes daña los vasos sanguíneos causando:**

- Cardiopatía
- La neuropatía de los pies
- La retinopatía diabética
- Nefropatía
- La neuropatía diabética

## **DEPRESIÓN POR AMPUTACIÓN**

### **DEPRESIÓN**

“Viene del latín depressus, que significa abatido, hundido o derribado”. (Vallejo, Ruiloba, Cordero, & Crespo, 2010).

“Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.” (OMS, 2013).

“Afección en la que se pierde el interés por cuestiones que anteriormente lo suscitaban, percibiéndose adicionalmente como una montaña de problemas insolubles, o una reiteración rutinaria de su sufrimiento inconducente.” (Cordero, 2007).

“Es una enfermedad que no solo afecta al estado de ánimo de la persona, sino también a la manera en que se ve a sí misma, su relación con quienes la rodean, su estado físico y su comportamiento.” (Vallejo, Ruiloba, Cordero, & Crespo, 2010).

Estado afectivo negativo de la esfera psíquica, que se caracteriza por sentimientos de soledad, vacío, tristeza profunda, melancolía, pesimismo, apatía, que pueden o no estar latentes y tienen como factores desencadenantes: muerte un familiar, separación, abandono, enfermedad

catastrófica, falta de recursos económicos, imagen corporal. (Loor Karen, Zamora Ivonne, 2013).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (*CIE-10*), la depresión está considerada dentro de los trastornos del humor:

### **F30-39 Trastornos del humor (afectivos)**

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia.

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios le
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

### **F32.0 Episodio depresivo leve**

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los

síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

### **F32.1 Episodio depresivo moderado**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

### **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicóticas, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de

describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

### **F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos**

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

### **F32.8 Otros episodios depresivos**

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

## **AMPUTACIÓN**

“La amputación consiste en la separación completa de una parte del organismo del resto del cuerpo.” (Fisioterapia, 2004)

La amputación de los miembros inferiores son causas frecuentes de enfermedades vasculares, como en este caso el de la diabetes; también se da por traumatismos, tumores y malformaciones congénitas.

### **TIPOS DE AMPUTACIÓN**

#### **AMPUTACIONES MENORES:**

Son aquellas que se limitan al pie.

- Amputaciones distales de los dedos
- Amputación transmetatarsiana

#### **AMPUTACIONES MAYORES:**

- Amputación de Syme/ Pirogoff - desarticulación del tobillo.
- Amputación infracondílea - debajo de la rodilla
- Amputación de la rodilla - transtibial
- Amputación supracondílea - desarticulación de la rodilla
- Amputación en guillotina - encima de los maléolos

### **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA AMPUTACIÓN**

Actualmente el ser humano le da una gran importancia al cuerpo, los estereotipos sociales y estéticos influyen sobre la psiquis del sujeto afectando su funcionalidad, autonomía, trabajo, familia, pareja, etc.; que representa siempre una pérdida, no solo de una parte de su cuerpo.

Las situaciones de pérdida, de una extremidad o más, son circunstancias que causan dolor, frustración y a menudo desesperación de las personas que la padecen. Ante los cambios las personas necesitan readaptarse

para volver poco a poco ante la realidad. Las situaciones de pérdida varían mucho de una persona a otra, nadie está exento de verse involucrado en estas condiciones.

La pérdida de una extremidad determina una discapacidad permanente que afecta a la movilidad, la autonomía y a la imagen corporal, que el paciente tiene de sí mismo con las consiguientes secuelas psicológicas que ello puede significar. (Pere, 2008)

Los sentimientos que puede manifestar el paciente amputado son de miedo, abatimiento, rechazo o negación, ira o irritabilidad, tristeza o aflicción, ansiedad y estrés, pérdida de la autoestima o confianza en sí mismo, percepción de la incapacidad, frustración, sentimientos de aceptación y esperanza. (Devis, 2001).

La teoría de Aaron Beck concibe la terapia cognitiva como un sistema de psicoterapia basado en el supuesto de que la forma en que los individuos perciben y estructuran su experiencia determina sus sentimientos y acciones.

El terapeuta interpreta un papel activo en el proceso de ayudar al paciente a modificar sus errores cognitivos y sus hipótesis disfuncionales.

Según las características del problema se aplican técnicas tanto verbales como conductuales. Con respecto a estas últimas, Beck señala que se usan no como fin en sí mismas (modificar una conducta) si no como medio para llegar a un cambio cognitivo. En muchas ocasiones las técnicas conductuales se utilizan como pequeños experimentos dirigidos a probar la validez de las hipótesis o ideas del paciente.

Un punto fundamental en la terapia de Beck es la identificación de los pensamientos automáticos. Estos pensamientos automáticos se experimentan, según Beck, como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo, y se graban como plausibles y válidos. El poner a prueba la realidad de estas cogniciones para que el paciente analice de

una forma más correcta las cosas como son, por medio de la técnica de examinar estas cogniciones y someterlas a una prueba de realidad, es un elemento central de la terapia cognitiva.

Beck desarrolló primero sus propuestas en el tratamiento de la depresión. Para entender el modelo cognitivo de la depresión es fundamental el concepto de tríada cognitiva de esta afección: una visión negativa de a) sí mismo; b) el mundo y las experiencias presentes y c) el futuro. La identificación de este tipo de pensamientos es el objetivo de la terapia cognitiva de la depresión. Para lograrlo, la terapia se ajusta a los siguientes pasos:

- a) **Fase inicial:** Evaluación. Explicación al paciente de lo que sucede y de los pasos que se van a seguir en la terapia.
- b) **Fase media:** Utilización de las técnicas de identificación y modificación de los pensamientos automáticos y creencias que crean y mantienen la depresión.
- c) **Fase inicial:** Prevención de recaídas, comprensión de lo que ha sucedido en la terapia y acuerdo sobre el seguimiento.

El registro diario de pensamientos disfuncionales, anotando diferentes aspectos tratados en terapia, y ampliando su aplicación progresivamente de la consulta a casa y a la vida cotidiana, es una técnica importante en esta terapia. (Martorell, 2012)

Según la doctora Beatrice Wrigh, propone una teoría de ajuste psicológico para personas con discapacidad que se resumen en lo siguiente:

**Manejo de la frustración.-** Todas las personas pasan por una serie de adaptaciones continuas con su ambiente, el hecho de que tenga una discapacidad no necesariamente significa que sea más frustrada. Se cree lo contrario por la tendencia social al ver la situación de otros desde nuestra propia perspectiva, sin comprender todos los cambios que ha venido realizando la otra persona en su forma de ser y de pensar, que le permiten aliviar el nivel inicial de frustración, que experimentaba antes de

la pérdida. Una situación de frustración es aquella en la cual un obstáculo impide que la persona obtenga la satisfacción de necesidad importante. Para lograr canalizar de forma adecuada las necesidades que aún no han sido cubiertas, De Mezerville propone: adaptar las metas a las habilidades presentes, cambiar a nuevas metas que satisfagan las necesidades, encontrar nuevos medios para lograr las metas propuestas.

Un buen ajuste a la pérdida implica la capacidad de la persona para superar los obstáculos que le impedían sentirse satisfecho y adaptar sus aspiraciones a encontrar nuevas formas de alcanzar sus metas según sus habilidades.

**Profundización de valores.-** En toda situación de pérdida se experimenta la ausencia de algo, que es sentido por el individuo como una desgracia personal, una sensación de vacío y de falta de sentido que amarga su vida. Para lograr un buen ajuste ante un proceso de pérdida, la persona con discapacidad y su familia necesitan realizar adaptaciones en su sistema de valores como: descubrir nuevos valores no considerados antes, indicar una prioridad de valores, descubrir el enriquecimiento en términos de madurez personal o interpersonal que ha deparado la situación que se está viviendo.

**Enfrentamiento objetivo de la discapacidad.-** Muchas personas cuando pasan por una situación difícil adoptan una actitud de compasión y sucumben, encerrándose en ellos mismos y dándose por vencidos ante la desgracia que los desanima. Esto se debe a la creencia generalizada en las primeras etapas del ajuste de la crisis, de que las pérdidas que se sufren son mucho más grandes de lo que la persona puede aguantar y abarcan todas las áreas de la vida. El proceso del ajuste a la discapacidad debe encauzarse en una doble dimensión: apoyar a la persona con discapacidad y a su familia, descubrir y desarrollar las capacidades y los recursos con que cuenta la persona con discapacidad y su familia



Es importante el acompañamiento psicológico en todas estas fases, para mitigar los síntomas depresivos.

El paciente puede llegar a pensar que la amputación es innecesaria y que el doctor simplemente quiere amputar, conserva la esperanza de conservar su extremidad, busca otros criterios médicos, religiosos y alternativos.

El rol que el psicólogo clínico tiene en el tratamiento del paciente diabético amputado, es de evaluar aspectos biopsicosociales, para aplicar las técnicas necesarias. Se evalúan factores afectivos, cognitivos y conductuales, involucrados en la percepción de su enfermedad y amputación.

Para ejecutar la intervención psicológica es necesario tener en cuenta: la personalidad, manera de afrontamiento, emociones y conductas asociadas a la patología.

El psicólogo no trabaja solo, trabaja en un equipo multidisciplinario, que no solo incluye a los médicos tratantes, sino como ente activo al mismo paciente.

La literatura científica e investigativa afirma que, si un paciente es tratado de manera multidisciplinaria, obtiene mejores resultados, en su salud física y salud mental, que los conduce a una mejor calidad de vida.

El psicólogo interviene en la resolución de problemas, en la psicoeducación del paciente, en la adquisición de habilidades para afrontar la enfermedad, reduce las emociones negativas (depresión, ansiedad), etc.

Cualquier causa que afecte a la psiquis del sujeto diabético amputado, será motivo de intervención psicológica.

Muchos pacientes con amputaciones suelen sufrir ansiedad y depresión durante el ingreso, por la discapacidad que ello genera. Las

intervenciones psicoterapéuticas por parte de todo el equipo médico y en particular por el psicólogo tienen una influencia positiva en la evolución del paciente. (Nawarotzky, Friese, Porck, Schottenfeld-Naor, Hahn, & Scherbaum, 2008)

### **RELACIÓN BIDIRECCIONAL DE LA DIABETES Y DEPRESIÓN**

“La depresión es más frecuente en los diabéticos comparados con la población general y se relaciona con pobre control glucémico, presencia de complicaciones, poca adhesión al tratamiento, mayor riesgo de amputaciones mayores, mala calidad de vida y mayor mortalidad.” (Lin, Rutter, Katon, Heckbert, & Ciechanows, 2010)

### **PSICOPROFILAXIS**

“La psicoprofilaxis ha sido definida como un procedimiento terapéutico, cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica y tender al logro de una mejor adaptación a la situación pre y post tratamiento clínico.” (Solano, 2003)

“La labor del psicólogo en el campo de la psicoprofilaxis consiste en asesorar y apoyar al personal que tiene un contacto más frecuente y cotidiano, con el fin de conseguir un fortalecimiento anímico.” (Ovejero, 1988)

La depresión debe ser tratada: farmacológicamente (antidepresivos) y psicológicamente (psicoterapia); para un mejor resultado se debe trabajar conjuntamente, cuando el caso lo amerite. En algunos casos resultan innecesarios los fármacos, pero en casos más complejos de depresión, son indispensables.

Las respuestas emocionales pueden ser intervenidas mediante técnicas con enfoque cognitivo – conductual: autocontrol, habilidades sociales, manejo de estrés, comunicación, refuerzo positivo y estrategias

de afrontamiento; la relajación para manejar la ansiedad, control del dolor, reorganización del esquema corporal y adaptación a la prótesis, además se desarrolla la intervención con el grupo familiar y los grupos terapéuticos. (Devis, 2001).

El proceso de intervención se da en todas y cada una de las etapas por las que debe pasar un paciente: en la fase pre quirúrgica, los pacientes que cuentan con una preparación para la amputación y tienen un menor grado de esta, tienden a tener un mejor afrontamiento. Si en el post operatorio inmediato se presenta dolor o un proceso de infección, suele desencadenarse ira en los individuos. Además se observa que si el proceso de protetización se demora, los pacientes pueden generar sentimientos de tristeza y ansiedad que afectan su autoestima. (Browker, 1992).

La intervención psicológica durante todo el proceso ayuda a afrontar la pérdida, crear adherencia al tratamiento, mejorar la autoestima, para así poder adaptarse a la nueva situación. Se debe ayudar al paciente a clarificar y corregir sus percepciones, entender los puntos importantes del proceso de rehabilitación, lo que puede esperar en el futuro, y lo que debe aprender para vivir bien con la prótesis. (Ruano, 1999)

## **CASUÍSTICA**

Este estudio de caso se hace con el objetivo de determinar la importancia de la intervención psicológica y las consecuencias de no recibirla.

### **CASO 1**

**NOMBRE:** “Alay”

**EDAD:** 61 años

**ESTADO CIVIL:** Separado

### **HISTORIA CLÍNICA**

Paciente de sexo masculino, de 61 años de edad, ha procreado 4 hijos, de estado civil separado, diagnosticado con diabetes hace 21 años, la historia clínica muestra que hace 7 años tuvo la primera amputación de tipo mayor supracondilea, en la pierna derecha, por presentar gangrena, renuente a utilizar prótesis ortopédica, se inclina a favor de la silla de rueda, confronta segunda amputación de la pierna izquierda asimismo supracondilea. En la actualidad se encuentra hospitalizado para evaluación de cicatrización del muñón, cursa la tercera semana en la institución.

Refiere: “cuando me cortaron la pierna me dijeron que ya no tenían como salvarla y me quedé sin mi otra pierna, me siento muy triste, casi no puedo dormir, ni hambre me da y parezco niño llora que llora y ahora sin mis dos piernas yo que voy hacer, me siento como intranquilo, ya me he querido matar tres veces, pero me he salvado”. Paciente denota llanto fácil y presenta facies deprimidas.

Manifiesta también “no he recibido intervención psicológica, ni mucha información del porqué de la amputación, solo me la cortaron y ya”.

### **BATERIAS DE EVALUACIÓN:**

Entrevista Clínica

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

**RESULTADOS:**

Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, dio como resultado 38 puntos, lo que indica una depresión grave.

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

**CIE-10: F32.2** Episodio depresivo grave

**OBSERVACIÓN:**

El paciente no recibió atención psicológica antes de la amputación.

La interconsulta a psicología se realizó después de 3 días del post quirúrgico.

**CASO 2**

**NOMBRE:** "Diomedes"

**EDAD:** 60 años

**ESTADO CIVIL:** Separado

**HISTORIA CLÍNICA**

Paciente de sexo masculino, de 60 años de edad, estado civil separado hace 22 años, ha procreado 2 hijas, diagnosticado con diabetes hace 20 años, se le realizó amputación de tipo menor transmetatarsiana en el pie derecho, actualmente hospitalizado para evaluación de cicatrización y las respectivas curaciones, cursa la segunda semana del postquirúrgico y una semana en el área de clínica, del hospital.

Refiere "la psicóloga, vino antes de que me hicieran la cirugía, me explicó porque me iban a cortar mis dedos, yo de verdad no sabía, ni los médicos me habían explicado bien el asunto, me dio ánimos, me motivó y aquí me ve, estoy ya recuperándome con buena actitud para curarme pronto y también cuidarme en casa, porque no quiero que me sigan cortando mis piernas, yo sé que no me cuidé en la comida, y ni venía a controlarme con el doctor, pero ya

voy a venir y por supuesto a la consulta de la psicóloga, yo creo que si a todos nos visitara ella estaríamos con buen ánimo para recuperarnos pronto”.

#### **BATERIAS DE EVALUACIÓN:**

Entrevista Clínica

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

#### **RESULTADOS:**

Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, dio como resultado 10 puntos, lo que indica una depresión leve.

#### **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

**CIE-10: F32.0** Episodio depresivo leve

#### **OBSERVACIÓN:**

- La interconsulta fue realizada oportunamente por el médico tratante del paciente, al servicio de psicología.
- Se utilizaron técnicas como: Terapia racional emotiva, reforzamientos, psico-educación.

### **CASO 3**

**NOMBRE:** “Aleida”

**EDAD:** 63 años

**ESTADO CIVIL:** viuda

#### **HISTORIA CLÍNICA**

Paciente de sexo femenino, 63 años de edad, estado civil viuda hace 16 años, procreó 6 hijos, diagnosticada con diabetes hace 20 años, se le realizó hace 5 años la primera amputación de tipo mayor supracondilea, en la pierna derecha por presentar gangrena, desde entonces utiliza silla de ruedas, no

utiliza prótesis y la segunda amputación de la pierna izquierda también supracondilea, actualmente hospitalizada para evaluación de cicatrización del muñón, cursa la cuarta semana en el área de clínica del hospital.

Refiere “la primera vez que me cortaron la pierna tenía una herida y esa herida se me iba haciendo más grande y no se me curaba y yo no venía donde el doctor y seguí con eso, yo me ponía remedios caseros, pero ya me vi asustada cuando se me vía el músculo y me comenzaba a oler, entonces cuando ya vine a hacerme ver, me dijeron que tenían que cortarme la pierna porque ya estaba infectada”. “Esta pierna de ahora me la cortaron porque pasó lo mismo comenzó con una herida pequeña y luego seguía avanzando y no se me curaba”. “Ya me quedé sin mis dos piernas, esto es algo terrible me siento muy triste, ni hambre me da, ni sueño solo pienso que ya no tengo mis dos piernas, a veces me pongo a llorar, ya no me puedo valer por mis propios medios, mis hijos me dicen que ellos me ayudan, pero no es lo mismo que uno se valga por sí misma, depender de otra persona”.

Manifiesta también que “no ha venido la psicóloga por aquí y que no sabía que había, pero ya la voy a pedir, para que me haga una consulta”.

#### **BATERIAS DE EVALUACIÓN:**

Entrevista Clínica

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

#### **RESULTADOS:**

Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, dio como resultado 40 puntos, lo que indica una depresión grave.

#### **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

**CIE-10: F32.2** Episodio depresivo grave

#### **OBSERVACIÓN:**

- La paciente no recibió atención psicológica antes de la amputación.

- Los médicos tratantes realizaron la interconsulta a psicología, en el post quirúrgico.

### **2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

Esta investigación tiene su fundamentación legal en la Constitución de la República del Ecuador 2008, que señala en el Art. 350 “Sistema de Educación Superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo.” (Constitucion de la Republica del Ecuador , 2008)

Además se apoya en el Plan Nacional para el Buen Vivir, que en su Objetivo 3 menciona: “Mejorar la calidad de vida de la población”; que alude directamente al Buen Vivir en todas las facetas de las personas, pues se vincula con la creación de condiciones, para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas. (Plan Nacional Del Buen Vivir, 2009-2013)

Este concepto integra factores asociados con el bienestar, la felicidad y la satisfacción individual y colectiva, que dependen de las relaciones sociales y económicas solidarias, sustentables y respetuosas de los derechos de las personas y de la naturaleza, en el contexto de las culturas.

Por lo tanto, cumple con la finalidad del Sistema de Educación Superior, con estudiantes que se están formando con un enfoque científico, que se está aplicando y cumpliendo, además de la promoción y difusión de los saberes al elaborar el mismo, para mejorar la calidad de vida de las personas.



## **2.4.- HIPÓTESIS**

Si los pacientes diabéticos del Hospital del IESS de Manta, recibieran intervención psicológica, antes de la amputación se podrían reducir los síntomas depresivos y tendrían una mejor adherencia al tratamiento.

Si se realizara una intervención psicológica para los diabéticos adultos, se podrían reducir los síntomas depresivos por amputación de los pacientes, ya que los estos son remitidos cuando ya están amputado, y no antes de la cirugía, por lo que se plantea realizar una psicoprofilaxis, es decir un seguimiento pre quirúrgico y postquirúrgico.

Determinar la importancia de la intervención psicológica durante la diabetes, es necesaria, para el bienestar emocional del paciente, ya que cursará por amputación, se enfrentará a el proceso de pérdida, creará adherencia al tratamiento, mejorará la autoestima, para así poder adaptarse a la nueva situación.

La intervención se debe dar en todas y cada una de las etapas por las que debe pasar el paciente diabético: en la fase pre quirúrgica los pacientes que cuentan con una preparación psicológica para la amputación, tienden a mejorar su capacidad de afrontamiento.

## **2.5.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

### **2.5.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE**

Diabetes en el adulto y

### **2.5.2.- VARIABLE DEPENDIENTE**

Depresión por amputación en los pacientes del área de hospitalización en el IESS, Manta, 2012.

## CAPITULO III

### 3.- METODOLOGÍA

#### 3.1.- TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN

##### **Investigación cualitativa**

Tienen como característica común referirse a sucesos complejos que tratan de ser descritos en su totalidad, en su medio natural. No hay consecuentemente, una abstracción de propiedades o variables para analizarlas mediante técnicas estadísticas apropiadas para su descripción y la determinación de correlaciones. Los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas. (Rodríguez Gómez, 1996)

##### **Investigación cuantitativa**

Determina la visión de una ciencia de objetos y hechos concretos, en los cuales se pueden realizar mediciones y comprobaciones, frente a esta realidad. (Picerno Torres, 2005)

Los tipos de investigación que se utilizaron fueron: documental y de campo.

**Investigación documental:** “Es la que se realiza, como su nombre lo indica, apoyándose en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie tales como, las obtenidas a través de fuentes bibliográficas, hemerográficas o archivísticas; la primera se basa en la consulta de libros, la segunda en artículos o ensayos de revistas y periódicos, y la tercera en

documentos que se encuentran en archivos como cartas oficios, circulares, expedientes, etc.” (Marín Villada, 2007)

**Investigación de campo:** Esta clase de investigación se apoya en informaciones que provienen entre otras, de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones. (Marín Villada, 2007)

### 3.1.1.- MÉTODOS

**Inductivo-deductivo.-** Consiste en evaluar el problema de sus aspectos particulares a los generales, la inducción y de su proyección general a los aspectos particulares, la deducción; porque se evaluó el problema de la investigación desde lo particular a lo general y viceversa.

**Analítico.-** Cualquier situación a investigar para su mejor interpretación requiere que se desintegre en partes, haciendo el proceso de análisis de la misma. Porque se realizó un análisis de cada variable de la investigación.

### 3.1.2.- TÉCNICAS

Se recurrió a la recopilación documental, con el fin de obtener la información necesaria para describir el objeto de estudio. Se utilizó la entrevista y encuesta, para darle más validez a la investigación. Inventario de depresión de Beck, para medir niveles de depresión en los pacientes diabéticos.

**Encuestas.-** Se realizó una encuesta de 5 preguntas a 24 pacientes diabéticos del IESS Manta, para determinar la importancia de la intervención psicológica durante la enfermedad.

**Entrevistas.-** Se realizó una entrevista de 5 preguntas a profesionales de la salud: Director de la Institución, Jefe de medicina interna, Psicóloga, Cirujano, endocrinólogo; para determinar la importancia de la intervención psicológica durante la enfermedad, en el IESS Manta.

**Test.-** Se aplicó el Inventario de depresión de Beck, a 24 pacientes diabéticos amputados, para determinar el nivel de depresión.

## **3.2.- POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO**

### **3.2.1.- POBLACIÓN**

40 Pacientes del Hospital del IESS Manta.

### **3.2.2.- MUESTRA**

Pacientes diabéticos amputados del Hospital del IESS, Manta.

### **3.2.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Del 100% de la población, se tomaron como muestra el 60%, total 24 pacientes diabéticos del área de hospitalización.

### 3.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

#### 3.3.a. VARIABLE INDEPENDIENTE: DIABETES EN EL ADULTO

CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICAS
<p><b>Diabetes:</b></p> <p>La diabetes es una enfermedad endocrino-metabólica, vascular, crónica, producida por una interacción variable de factores genéticos y ambientales</p>	Tipo 2	Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)	Revisión del registro de historia clínica del programa As 400 del IESS Manta.



### 3.3.b VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESIÓN POR AMPUTACIÓN

CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICAS
<p><b>Depresión</b></p> <p>Es una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes.</p>	<p>Episodio depresivo leve</p> <p>Episodio depresivo moderado</p> <p>Episodio depresivo grave</p>	<p>Estado de ánimo</p> <p>Pesimismo</p> <p>Sentimientos de fracaso</p> <p>Insatisfacción</p> <p>Culpa</p> <p>Sentimientos de castigo</p> <p>Rechazo</p> <p>Auto acusación</p> <p>Impulsos suicidas</p> <p>Llanto</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Indecisión</p> <p>Imagen corporal</p> <p>Capacidad laboral</p> <p>Problemas de sueño</p> <p>Cansancio típico</p> <p>Pérdida de apetito</p> <p>Pérdida de peso</p> <p>Hipocondría</p> <p>Apetito sexual</p>	<p>Inventario de depresión de Beck</p>

### 3.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

**Entrevista.-** “...medio para obtener información a través de un proceso de comunicación interactiva, que utiliza un lenguaje verbal...”. (Picerno Torres, 2005) **(Ver anexos)**.

**Encuestas.-** “La encuesta es una técnica que permite la recolección de información a través de un cuestionario.” (Picerno Torres, 2005) **(Ver anexos)**

**Test.-** “Instrumento auxiliar importante que procura información complementaria, la que es sometida a análisis cuantitativo y cualitativo.” Tiene las finalidades: “fines diagnósticos, fines psicoterapéuticos y seguimientos, fines investigativos.” (Picerno Torres, 2005). **(Ver anexos)**

### **3.5.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La información recolectada se registró manual y electrónicamente con el fin de presentarla de una forma clara, concreta y organizada.

### **3.6.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Las encuestas, se tabularon electrónicamente, para luego presentarlas a través de cuadros y gráficos estadísticos.

## CAPÍTULO IV

### 4.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1.- ANÁLISIS

##### 4.1.1. Instrumentos psicológicos con criterios de validación

##### Caso 1 Test de Beck

N *	BLOQUES	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Estado de ánimo (Humor)	2	0	1	3	2			
2	Pesimismo (Visión oscura del futuro)	1	2	0	2	3			
3	Sentimientos de Fracaso	3	1	2	0	2			
4	Insatisfacción	2	1	1	0	3			
5	Culpa	1	2	2	3	0			
6	Sentimientos de Castigo (castigo percibido)	1	3	0	2	3			
7	Rechazo (odio a sí mismo)	1	2	2	3	0			
8	Auto acusación	0	2	3	2	1			
9	Impulsos Suicidas	1	2	2	3	2	0		
10	Llanto	0	3	2	1				
11	Irritabilidad	0	1	2	3				
12	Aislamiento social	3	1	0	2				
13	Indecisión	2	0	3	2				
14	Imagen corporal	2	3	0	2				
15	Capacidad laboral	0	1	3	2	1			
16	Problemas de sueño	0	1	2	2	2			
17	Cansancio típico	1	2	0	3	3	3	3	3
18	Pérdida de apetito	3	1	2	0	0			
19	Pérdida de peso	0	1	2	3	3			
20	Hipocondría	2	1	0	3	3			
21	Apetito sexual	1	3	2	0	0	0		

## INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos de la escala del test de Beck, en el caso 1, dio un total de 38 puntos, lo que indica una depresión grave.

### Caso 2 Test de Beck

N *	BLOQUES	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Estado de ánimo (Humor)	2	0	1	3	2			
2	Pesimismo (Visión oscura del futuro)	1	2	0	2	3			
3	Sentimientos de Fracaso	3	1	2	0	2			
4	Insatisfacción	2	1	1	0	3			
5	Culpa	1	2	2	3	0			
6	Sentimientos de Castigo (castigo percibido)	1	3	0	2	3			
7	Rechazo (odio a sí mismo)	1	2	2	3	0			
8	Auto acusación	0	2	3	2	1			
9	Impulsos Suicidas	1	2	2	3	2	0		
10	Llanto	0	3	2	1				
11	Irritabilidad	0	1	2	3				
12	Aislamiento social	3	1	0	2				
13	Indecisión	2	0	3	2				
14	Imagen corporal	2	3	0	2				
15	Capacidad laboral	0	1	3	2	1			
16	Problemas de sueño	0	1	2	2	2			
17	Cansancio típico	1	2	0	3	3	3	3	3
18	Pérdida de apetito	3	1	2	0	0			
19	Pérdida de peso	0	1	2	3	3			
20	Hipocondría	2	1	0	3	3			
21	Apetito sexual	1	3	2	0	0	0		

## INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos de la escala del test de Beck, en el caso 2, dio un total de 10 puntos, lo que indica una depresión leve.

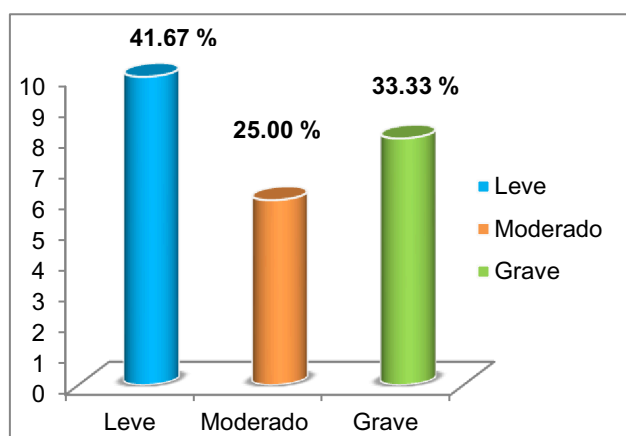
### Caso 3 Test de Beck

N *	BLOQUES	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Estado de ánimo (Humor)	2	0	1	3	2			
2	Pesimismo (Visión oscura del futuro)	1	2	0	2	3			
3	Sentimientos de Fracaso	3	1	2	0	2			
4	Insatisfacción	2	1	1	0	3			
5	Culpa	1	2	2	3	0			
6	Sentimientos de Castigo (castigo percibido)	1	3	0	2	3			
7	Rechazo (odio a sí mismo)	1	2	2	3	0			
8	Auto acusación	0	2	3	2	1			
9	Impulsos Suicidas	1	2	2	3	2	0		
10	Llanto	0	3	2	1				
11	Irritabilidad	0	1	2	3				
12	Aislamiento social	3	1	0	2				
13	Indecisión	2	0	3	2				
14	Imagen corporal	2	3	0	2				
15	Capacidad laboral	0	1	3	2	1			
16	Problemas de sueño	0	1	2	2	2			
17	Cansancio típico	1	2	0	3	3	3	3	3
18	Pérdida de apetito	3	1	2	0	0			
19	Pérdida de peso	0	1	2	3	3			
20	Hipocondría	2	1	0	3	3			
21	Apetito sexual	1	3	2	0	0	0		

## INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos de la escala del inventario de depresión de Beck, en el caso 3, dio un total de 40 puntos, lo que indica una depresión grave.

**Resultados del Inventario de Depresión de Beck realizado a 24 pacientes diabéticos amputados del hospital IESS de Manta.**



Fuente: Aplicación de inventario de depresión de Beck a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

## INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, a los 24 pacientes diabéticos amputados del hospital IESS Manta, podemos observar que existe mayor prevalencia de depresión leve, sin embargo consta una cifra considerable de depresión grave.

### 4.1.2.- Entrevista. Historia

#### Entrevista N° 1

Dr. Hernán Salazar, Director de IESS Manta

**1.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos influye sobre el estado emocional del paciente?**

Lógicamente, no solo en los diabéticos, cualquier paciente que sea amputado conlleva a una depresión. Influye de manera diferente en cada persona, depende la cultura, del nivel socio-económico, del sexo.

**2.- ¿Cuáles son las consecuencias de no recibir atención psicológica antes de la amputación por diabetes?**

Las consecuencias serían que el paciente no está preparado y al no estar preparado le da una depresión y la intervención psicológica es muy importante para preparar al paciente.

**3.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos, les causa depresión?**

Sí, porque no se lo ha preparado psicológicamente.

**4.- ¿Cuándo un paciente diabético debe ser remitido a la psicóloga de la institución: cuando son diagnosticados diabéticos, antes de la amputación o después de la amputación? ¿Por qué?**

Cuando son diagnosticados como diabéticos porque conlleva a un círculo de depresión, no solo al paciente si no a la familia y a los que lo rodean.

También antes de amputación, porque es traumatizante para cada persona e influye psicológicamente.

**5.- ¿La intervención psicológica podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos?**

Sí, la intervención psicológica reduciría la depresión de estos pacientes.

**Entrevista N° 2**

Dr. Freddy Benalcázar, Jefe del servicio de medicina interna de IESS Manta



**1.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos influye sobre el estado emocional del paciente?**

Claro, porque el paciente no acepta la amputación, es una parte de su cuerpo que va a perder.

**2.- ¿Cuáles son las consecuencias de no recibir atención psicológica antes de la amputación por diabetes?**

Hay un impacto que va de moderado a severo, el ser humano no acepta sentirse incompleto, la amputación perturba la mente del paciente, incluso llega a un síndrome como es el del miembro fantasma.

**3.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos, les causa depresión?**

Claro que sí les causa depresión, en los pacientes que he tenido en la mayoría se ha presentado depresión después de alguna amputación.

**4.- ¿Cuándo un paciente diabético debe ser remitido a la psicóloga de la institución: cuando son diagnosticados diabéticos, antes de la amputación o después de la amputación? ¿Por qué?**

Cuando son diagnosticados diabéticos, porque así se puede prevenir futuras complicaciones y sobre todo lo de la amputación.

**5.- ¿La intervención psicológica podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos?**

Claro, la intervención psicológica reduciría la depresión de estos pacientes.

**Entrevista N° 3**

Dr. Carlos Avilés, Médico tratante-Endocrinólogo IESS Manta

**1.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos influye sobre el estado emocional del paciente?**

Sí, influyen los factores socio-económico, es una descarga para él y para los familiares.

**2.- ¿Cuáles son las consecuencias de no recibir atención psicológica antes de la amputación por diabetes?**

Una de las consecuencias sería, no aceptar el tratamiento después de la amputación, puede ocurrir que el paciente se niegue a la amputación y como consecuencia terminaría en una sepsis, que es un proceso grave a nivel sanguíneo. Otra consecuencia es que no controlan su depresión.

**3.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos, les causa depresión?**

La diabetes causa depresión y la amputación es por una diabetes mal controlada.

**4.- ¿Cuándo un paciente diabético debe ser remitido a la psicóloga de la institución: cuando son diagnosticados diabéticos, antes de la amputación o después de la amputación? ¿Por qué?**

Cuando son diagnosticados diabéticos, porque el paciente evitaría complicaciones en la enfermedad.

**5.- ¿La intervención psicológica podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos?**

Sí, siempre y cuando no haya otra patología de fondo.

**Entrevista N° 4**

Dra. Zoila Álava, Psicóloga Clínica IESS Manta

**1.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos influye sobre el estado emocional del paciente?**

Sí, porque es parte de su cuerpo, se altera su esquema corporal, se limitan sus actividades, el estilo de vida cambia.

**2.- ¿Cuáles son las consecuencias de no recibir atención psicológica antes de la amputación por diabetes?**

El paciente no acepta la amputación como parte de la enfermedad, porque no conoce las consecuencias de no amputarse. Si no reciben la atención psicológica oportuna, puede llevarlos a episodios depresivos moderados a graves y no hay buena adherencia al tratamiento.

**3.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos, les causa depresión?**

Sí, es una de las patologías más frecuentes en los pacientes diabéticos que van a ser amputados o ya han sido amputados.

**4.- ¿Cuándo un paciente diabético debe ser remitido a la psicóloga de la institución: cuando son diagnosticados diabéticos, antes de la amputación o después de la amputación? ¿Por qué?**

Cuando son diagnosticados diabéticos, porque en ese momento es que se les puede dar una psico-educación y no llegar a la amputación, lo que se debería hacer es una prevención primaria.

**5.- ¿La intervención psicológica podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos?**

Sí, se hace un trabajo de dualidad: psicólogo y médico; de esta manera la enfermedad será controlada.

**Entrevista N° 5**

Dr. Jimmy Zambrano. Especialista en Traumatología y ortopedia-Cirujano IESS Manta.

**1.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos influye sobre el estado emocional del paciente?**

Siempre influye sobre el estado emocional, tiene que ver con su imagen corporal, es un cuerpo mutilado, no hay función no puede hacer las cosas por sus propios medios, no hay autosuficiencia.

**2.- ¿Cuáles son las consecuencias de no recibir atención psicológica antes de la amputación por diabetes?**

La pérdida es más fuerte y más severa, dificulta es estrés postraumático y dificulta la aceptación de su realidad.

**3.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos, les causa depresión?**

Sí por supuesto que les causa depresión, porque es un cambio total de sus vidas en todos los ámbitos.

**4.- ¿Cuándo un paciente diabético debe ser remitido a la psicóloga de la institución: cuando son diagnosticados diabéticos, antes de la amputación o después de la amputación? ¿Por qué?**

El psicólogo o psiquiatra debe ser convocados desde que el paciente es diagnosticado con diabetes, se debe trabajar multidisciplinariamente.

**5.- ¿La intervención psicológica podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos?**

No creo que la reduzca del todo, pero sí reducirá el impacto de la enfermedad.

## 4.2.- INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

### 4.2.1.- Encuestas o cuestionarios

#### DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

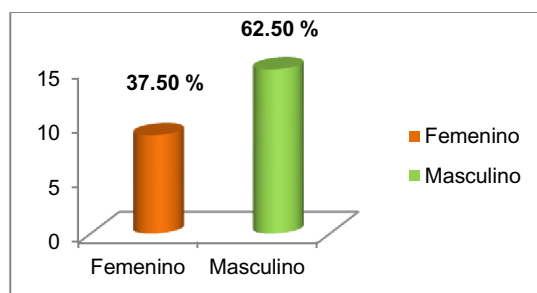
CUADRO N° 1

N°	GÉNERO	Fr	%
1	Femenino	9	37.50
2	Masculino	15	62.50
<b>TOTAL</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

GRÁFICO N°1



Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

### ANÁLISIS

Según el cuadro estadístico N° 1 de las encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados están distribuidos por género de la siguiente manera: el 62.50 % son de género masculino mientras que el 37.50 % de género femenino.

### INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos observamos que la mayoría de pacientes diabéticos son de género masculino.

## DISTRIBUCIÓN POR EDADES

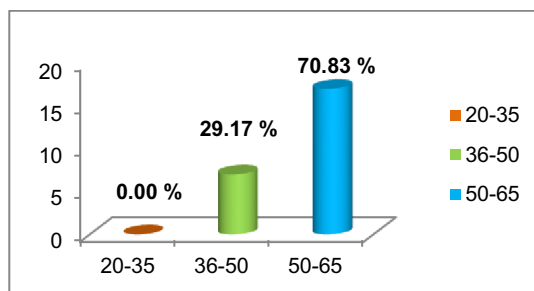
CUADRO N° 2

N°	EDAD	Fr	%
1	20-35	0	0.00
2	36-50	7	29.17
3	50-65	17	70.83
<b>TOTAL</b>		24	100

Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

GRÁFICO N° 2



Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

## ANÁLISIS

Según el cuadro estadístico N° 2 de las encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados están distribuidos por edades de la siguiente manera: el 70.83% tienen edades comprendidas entre 50-65 años de edad mientras que el 29.17 % tienen de 35-50 años; no existe ningún paciente entre los 20-35 años.

## INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos observamos que los pacientes diabéticos se encuentran en una edad comprendida entre los 50-65 años.

## DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL

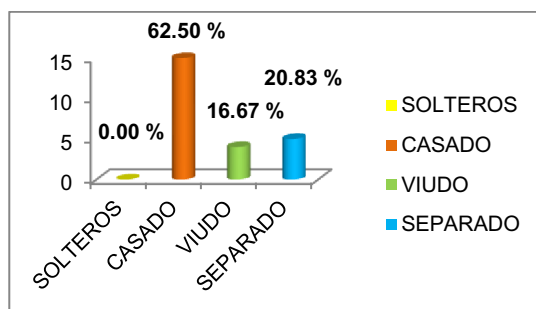
CUADRO N°3

N°	ESTADO CIVIL	Fr	%
1	SOLTEROS	0	0.00
2	CASADO	15	62.50
3	VIUDO	4	16.67
4	SEPARADO	5	20.83
<b>TOTAL</b>		24	100

Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

GRÁFICO N° 3



Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

## ANÁLISIS

Según el cuadro estadístico N° 3 de las encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados están distribuidos por estado civil de la siguiente manera: el 62.50 % son casados, el 20.83 % son separados, mientras que el 16.67 % son viudos; existe un 0.00 % paciente solteros.

## INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos observamos que más de la mitad de los pacientes diabéticos amputados están casados.

## 1.- ¿Recibió atención psicológica antes de la amputación?

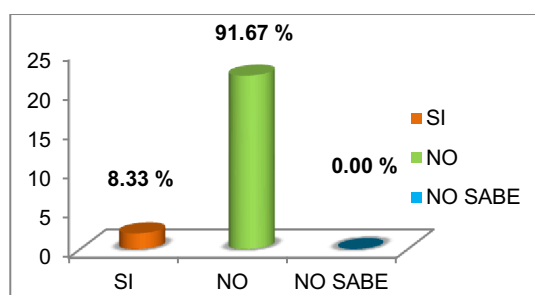
**CUADRO N° 4**

N°	ALTERNATIVAS	Fr	%
1	SI	2	8.33
2	NO	22	91.67
3	NO SABE	0	0.00
<b>TOTAL</b>		24	100

Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

**GRÁFICO N°4**



Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

## ANÁLISIS

Según el cuadro estadístico N° 4 de las encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados respondieron en base a su criterio de la siguiente manera: el 91.67 % dijo que no recibió atención psicológica antes de la amputación; el 8.33 % dijo que si recibió y finalmente el 0.00 % dijo que no sabe.

## INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos observamos que la mayoría de los pacientes diabéticos no recibieron atención psicológica antes de la amputación.



## 2.- ¿La amputación le ha provocado depresión?

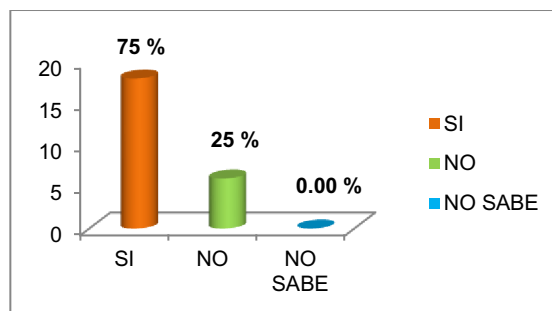
CUADRO N° 5

N°	ALTERNATIVAS	Fr	%
1	SI	18	75
2	NO	6	25
3	NO SABE	0	0
<b>TOTAL</b>		24	100

Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

GRÁFICO N°5



Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

## ANÁLISIS

Según el cuadro estadístico N° 5 de las encuestas dirigidas a los pacientes diabéticos amputados respondieron en base a su criterio de la siguiente manera: el 75 % dijo que si le ha provocado depresión; el 25 % dijo que no y finalmente el 0.00 % dijo que no sabe.

## INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos observamos que más de la mitad de los pacientes diabéticos consideran que les ha provocado depresión el ser amputado.

### 3.- ¿Con la intervención psicológica se logrará mejorar la calidad de vida de los pacientes amputados?

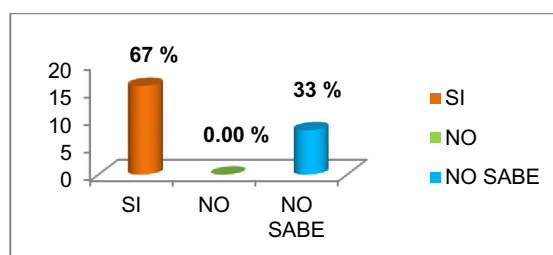
**CUADRO N° 6**

N°	ALTERNATIVAS	Fr	%
1	SI	16	67
2	NO	0	0
3	NO SABE	8	33
<b>TOTAL</b>		24	100

Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

**GRÁFICO N°6**



Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

### ANÁLISIS

Según el cuadro estadístico N° 6, el 67 % de los pacientes diabéticos amputados dijo que si se logrará mejorar la calidad de vida de los pacientes amputados con la intervención psicológica; el 33 % dijo que no sabe y finalmente el 0.00 % dijo que no.

### INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos observamos que la mayoría de los encuestados respondieron que la intervención psicológica logrará mejorar la calidad de vida de los pacientes amputados.

#### 4.- ¿Se podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos si recibieran intervención psicológica antes de la amputación?

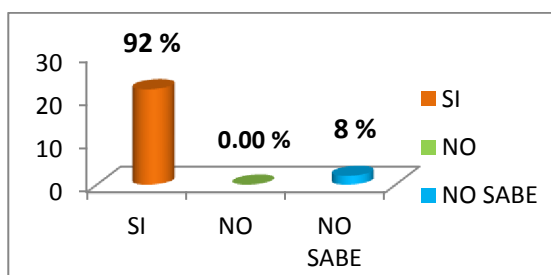
**CUADRO N° 7**

N°	ALTERNATIVAS	Fr	%
1	SI	22	92
2	NO	0	0
3	NO SABE	2	8
<b>TOTAL</b>		24	100

Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

**GRÁFICO N°7**



Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

### ANÁLISIS

Según el cuadro estadístico N° 7 el 92 % de los pacientes dijo que si se reduciría la depresión en los pacientes diabéticos si recibieran intervención psicológica antes de la amputación; el 8 % dijo que no sabe y finalmente el 0.00 % dijo que no.

### INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos observamos que la mayoría de los encuestados respondieron que sí se reduciría la depresión en los pacientes diabéticos si recibieran intervención psicológica antes de la amputación.

5.- Considera que la intervención psicológica logrará reducir lo siguiente:

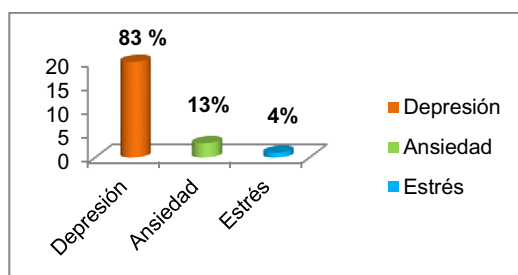
**CUADRO N° 8**

N°	ALTERNATIVAS	Fr	%
1	Depresión	20	83
2	Ansiedad	3	13
3	Estrés	1	4
TOTAL		24	100

Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

**GRÁFICO N°8**



Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

## ANÁLISIS

Según el cuadro estadístico N° 8 de las encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados respondieron en base a su criterio de la siguiente manera: el 83 % dijo que considera que con la intervención psicológica se lograra reducir la depresión; el 13 % dijo que la ansiedad y finalmente el 4% dijo que el estrés.

## INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos observamos que la mayoría de los pacientes consideran que con la intervención psicológica se logrará reducir la depresión.

## CAPÍTULO V

### 5.1.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

A partir de la pregunta 4, (**¿Se podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos si recibieran intervención psicológica antes de la amputación?**), de la encuesta aplicada a los pacientes diabéticos amputados, del Hospital IESS Manta se comprobó que el 92% respondió que sí se reduciría la depresión en los pacientes diabéticos si recibieran intervención psicológica.

CUADRO N° 10

N°	ALTERNATIVAS	Fr	%
1	SI	22	92
2	NO	0	0
3	NO SABE	2	8
<b>TOTAL</b>		24	100

Fuente: Encuestas dirigida a los pacientes diabéticos amputados

Elaboración: Ivonne Zamora y Karen Loor

Y en base a la pregunta 5, (**¿La intervención psicológica podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos?**), de la entrevista realizada al Director de la institución, a los médicos tratantes y a la psicóloga, respondieron que; la intervención psicológica sí reduciría la depresión en los pacientes diabéticos. Por lo tanto, se concluye que la hipótesis es válida.

## 5.2.- LOGROS DE OBJETIVOS

Se logró cumplir con el objetivo general de la investigación, se determinó la importancia de la intervención psicológica durante la enfermedad, para el beneficio de los pacientes diabéticos amputados, del Hospital IESS Manta. Utilizando instrumentos como: encuestas, entrevistas, estudio de casos.

También con los objetivos específicos:

Se evidenció la presencia de depresión en pacientes diabéticos amputados, con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, estudios de tres casos, entrevista y encuesta.

Se estableció la relación entre la diabetes en el adulto y la depresión por amputación, por medio de las encuestas, entrevistas, BDI y la literatura científica.

Se demostró la reducción de depresión en pacientes diabéticos, para comprobar la eficacia de la intervención psicológica antes de la amputación; con el estudio de caso y la literatura científica.

Considerando el logro de los objetivos, la propuesta se va a implementar, **(ver en capítulo VII).**

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1.- CONCLUSIONES**

De acuerdo a la investigación realizada en los pacientes diabéticos amputados del hospital del IESS Manta, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. No todos los pacientes diabéticos del IESS son remitidos a la consulta psicológica antes de ser amputados.
2. En el hospital del IESS Manta existe mayor prevalencia de pacientes diabéticos de género masculino, con edades que oscilan entre 50-65 años, y en su mayoría están casados.
3. Más de la mitad de los pacientes consideran de gran importancia la intervención psicológica antes de la amputación, ya que puede mitigar los síntomas depresivos.
4. Se evidenció la presencia de depresión en pacientes diabéticos amputados, por medio del Inventario de depresión de Beck y estudio de casos.
5. La intervención psicológica debe ser un complemento del tratamiento médico y nutricional, de esta manera se conseguirá modificar la conducta del paciente logrando una mayor adherencia al tratamiento.

## 6.2.- RECOMENDACIONES

- Preparar psicológicamente a todos los pacientes diabéticos, antes de la amputación, para mitigar los síntomas depresivos.
- Implementar un proceso en consulta externa y hospitalización, de derivación inmediata del paciente diabético, para la atención psicológica.
- El paciente diabético debería recibir una prevención primaria (psico-profilaxis), para controlar la enfermedad.
- Se sugiere trabajar multidisciplinariamente en el manejo del paciente diabético, que incluya al servicio de psicología.
- Realizar una psico-educación oportuna a todos los pacientes diabéticos, para prevenir los factores de riesgo.



## **CAPÍTULO VII**

### **7.- PROPUESTA**

#### **7.1.- DATOS INFORMATIVOS:**

**Nombre de la institución:** Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Manta

**Clase de entidad:** Pública

**Tiempo estimado de inicio:** 05/06/2013

**Tiempo estimado de terminación:** 05/06/2014

**Director de la institución:** Dr. Hernán Salazar Vega

**Dirección:** Avenida de la Cultura

**Financiamiento:** \$20.000

#### **NOMBRE DE LA PROPUESTA:**

“Elaborar un plan de intervención psicológica, utilizando la psicoprofilaxis, para reducir la depresión por amputación en los pacientes diabéticos adultos, del área de hospitalización del IESS, Manta, 2012.”

## 7.2.- INTRODUCCIÓN

La ciencia reconoce cada vez más la relación que existe entre las enfermedades físicas y psíquicas o entre la salud física y la salud mental.

La salud mental cada vez toma más fuerza en las instituciones hospitalarias, se reconoce la importancia del estado emocional en la recuperación de los pacientes.

La psicología clínica en el hospital, es esencial para la recuperación y adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos que, a pesar de tener su origen en una alteración orgánica, existen también variables psicológicas que intervienen en el proceso de la enfermedad.

La diabetes se desarrolla de diferentes maneras en los pacientes, ya que cada uno posee características y habilidades comportamentales para afrontar la enfermedad. Es por eso importante psico-educar al paciente para que tenga la capacidad de asumir de forma adecuada y eficaz el tratamiento con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

La intervención psicológica debe ser un complemento del tratamiento médico y nutricional, de esta manera se conseguirá modificar la conducta del paciente logrando una mayor adherencia al tratamiento establecido para la diabetes.

### **7.3.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

El hospital IESS Manta no cuenta con estudios realizados en el área de psicología, ya que recientemente se implementó la consulta de psicología en el 2012, lo que implica que está en proceso de una buena organización .

En Solca Portoviejo, se realiza hace varios años un proceso de intervención de derivación inmediata a psicología, luego del diagnóstico a los pacientes.

Los primeros trabajos de Psicología Hospitalaria en Brasil en la Clínica Ortopédica y Traumatológica de la Universidad de Sao Paulo que realizara Matilde Neder en el año 1954 (Angerami, y cols. 1996-1).

Brasil es el primer país que inicia el trabajo del psicólogo en el nivel de salud hospitalario, normando sus principales funciones en el mismo. Cuba se convirtió en el primer país desde el año 1968 donde se reconoció al psicólogo ocupando posiciones en un Ministerio de Salud con la creación del Grupo Nacional de Psicología de Cuba, con funciones normativas y de asesoría técnica, y donde por primera vez se insertan a trabajar psicólogos en la atención primaria de salud en 1969 (Hernández, Grau 2005).

Estos logros han permitido el desarrollo de la Psicología Hospitalaria en América Latina, en países como Brasil, Cuba, México, Colombia y en los últimos años en Ecuador; el psicólogo de la salud se ha ido abriendo paso en el trabajo en hospitales, en servicios o departamentos de psicología que abarcan diferentes tipos de pacientes y modalidades de atención, integrados a equipos de salud mental cuya función principal es la atención de los pacientes psiquiátricos ubicados en diferentes situaciones clínicas o en algunos casos pacientes portadores de enfermedades crónicas, como en este caso el de la diabetes.

En el caso del Hospital IESS Manta, se integró al equipo de trabajo la primera psicóloga clínica de la institución en año 2012; lo quiere decir que la psicología recién se está abriendo paso en esta entidad.

#### **7.4.- OBJETIVOS**

##### **Objetivo general:**

Mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos, por medio de la intervención psicológica, utilizando la psicoprofilaxis, para reducir la depresión por amputación en los pacientes diabéticos adultos, del área de hospitalización del IESS, Manta.

##### **Objetivos específicos:**

- Facilitar la adherencia al tratamiento, del paciente diabético adulto amputado.
- Concienciar a los pacientes diabéticos de la necesidad de la intervención psicológica, anexa a la consulta médica.
- Proporcionar a los pacientes la información necesaria, para control de la depresión por amputación, durante la diabetes.

## 7.5.- JUSTIFICACIÓN

Esta propuesta tiene plena justificación porque se basa en mejorar la calidad de vida del paciente diabético amputado, por medio de la intervención psicológica, utilizando la psicoprofilaxis, para reducir la depresión por amputación.

Se encamina a mejorar las necesidades de la salud mental de la población, que tanto énfasis ha ido tomando en los últimos años, donde cada vez más la intervención psicológica se hace más común en los pacientes hospitalarios.

El número de diabéticos aumentado considerablemente en la población Manabita y consigo las amputaciones de pie diabético, esta propuesta intenta no solo reducir la depresión, si no las amputaciones psicoeducando a los que poseen esta enfermedad, con la prevención y la información oportuna, sin dejar de lado que cada paciente tiene un estilo de afrontamiento frente a esta patología.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta, el 92% de los pacientes respondieron que si se reduciría la depresión si recibieran intervención psicológica antes de la amputación.

Participarán en el proyecto: pacientes diabéticos amputados y no amputados, psicólogo, diabetólogo, cardiólogo, endocrinólogo, cirujano, nutricionista.

Se beneficiará directamente a los pacientes diabéticos del Hospital IESS Manta y a la institución, porque ofrecerá un mejor servicio.

Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, por cuanto estrechará sus lazos aún más con la sociedad y su vinculación con el servicio comunitario.

En el ámbito local, no se cuenta con trabajos publicados sobre el tema, por tanto, se contribuirá a la investigación en la ciudad de Manta.

Y por todo esto es que esta investigación encuentra su justificación en todo lo antes mencionado.

## **7.6.- FUNDAMENTACIÓN**

La propuesta se plantea, ante la problemática actual del Hospital IESS Manta, en donde algunos pacientes diabéticos son remitidos a la consulta psicológica después de la amputación, cuando el paciente ya está en un estado depresivo, en algunos casos son remitidos antes de la amputación obteniendo una buena adherencia al tratamiento y a la rehabilitación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas de la investigación, un 91.67 %, lo que representa en su mayoría a los pacientes diabéticos que no recibieron atención psicológica antes de la amputación, lo que hace urgente la intervención psicológica.

La relación que existe entre el estado emocional y la salud física, ha sido ampliamente investigada desde las diversas ciencias a lo largo de la historia. Se parte del supuesto de que el estado emocional y la personalidad influyen sobre las funciones somáticas del sujeto y contribuyen al origen de diversos trastornos. Influencia que apunta a las diferentes formas y diferentes etapas de la enfermedad.

La intervención psicológica, según la APA, subraya su capacidad para aliviar síntomas, reducir la probabilidad de recaídas, mejorar la calidad de vida, promover el funcionamiento adaptativo en el trabajo, en la escuela y en la red social, así como facilitar el establecimiento de hábitos de vida saludables.

La evidencia científica demuestra que la psicoterapia es un tratamiento eficaz, en la mayoría de los pacientes que sufren trastornos de ansiedad y depresión, para alcanzar o recuperar un nivel de funcionamiento adecuado y típico de la población general. (Baldwin, 2009)

Los tratamientos de atención temprana en salud mental que incluyen la psicoterapia reducen los gastos sanitarios generales, simplifican y mejoran el acceso a los servicios adecuados y la atención a las personas que lo necesitan y mejoran la elección del tratamiento (Asociación Americana de Psicología (APA), 2012)

### **7.7.- METODOLOGÍA. PLAN DE ACCIÓN:**

#### **ESTRATEGIAS PARA LA ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

Se iniciará el plan de acción con los siguientes parámetros a seguir:

- Misión y Visión del plan de intervención psicológica.
- Objetivos del plan de intervención psicológica

- Psicoprofilaxis
- Psicoeducación
- Mitigación de los síntomas depresivos
- Calidad de vida

- Principios y valores del IESS Manta

- Eficiencia
- Oportunidad
- Amabilidad
- Confianza

- Técnicas: Conferencias, talleres, exposiciones, consultas.
- Recursos: Trípticos informativos, carteles.
- Finalidad
- Base Legal
- Requisitos
- Fases de procedimientos:
  1. Capacitación del personal
  2. Psi coeducación a los pacientes
  3. Evaluación de los pacientes

## **7.8.- ADMINISTRACIÓN**

Estará compuesta por el departamento de psicología del Hospital:

- Consultorio equipado con el material necesario.
- Áreas de intervención: Emergencia, hospitalización, consulta externa.
- Personal: Psicólogo, Endocrinólogo, Nefrólogo, Cirujano, Cardiólogo.



### 7.9.- PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
<b>¿QUIÉNES EVALUARÁN?</b>	Ivonne Zamora, Karen Loor
<b>¿POR QUÉ EVALUAR?</b>	Porque en el plan de intervención psicológica deberán derivar automáticamente a los pacientes a interconsulta psicológica y los médicos tratantes pueden no estar de acuerdo.
<b>¿PARA QUÉ EVALUAR?</b>	Para tomar la decisión de elaborar o no el plan de intervención.
<b>¿QUÉ EVALUAR?</b>	La propuesta del plan de intervención psicológica a los pacientes diabéticos.
<b>¿CÓMO EVALUAR?</b>	Mediante el análisis de estadísticas de depresión en pacientes diabéticos amputados.

## CAPÍTULO VIII

### 8.1.- BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez , J., Carreño , J., & Rodríguez , J. (2008). Amputaciones en el pie diabético Cap. X. In J. Álvarez, J. Carreño, & J. Rodríguez, Amputaciones en el pie diabético (pp. 128-137).
- Asociación Americana de Psicología (APA). (2012). Resolución sobre el Reconocimiento de la Eficacia de la Psicoterapia (Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness).
- Baldwin, e. a. (2009).
- Constitucion de la Republica del Ecuador . (2008). Ley organica de educacion superior Art. 350. Quito.
- Corsacov, E. (2007). Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología (3ª ed.). Córdova: Brujas.
- Dwight L, E., Charney, Dennis, S., Lewis, & Lydia. (2007). Guía para depresión y trastornos bipolares . In E. Dwight L, Charney, S. Dennis, Lewis, & Lydia, Guía para depresión y trastornos bipolares. Editorial McGraw Hil.
- El Diario. (2010., noviembre 11 ). El diario. Retrieved from El diario : <http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/172038-la-diabetes-ataca-mas-a-las-mujeres/>
- Fisioterapia, M. d. ( 2004). Amputaciones del miembro inferior. In Manual de Fisioterapia, traumatología, Afecciones Cardiovasculares y otros campos de actuación (p. 332). Alcalá-Sevilla: Mad, S.L.
- Gavard, J., Lustman, P., & Clouse, R. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes. Diabetes care.
- Islas S, L. A. (1999). Diabetes Mellitus. In L. A. Islas S, Diabetes Mellitus (pp. 381-9). México: Editor Mc Graw- Hill Interamericana.
- Lin, E., Rutter, C., Katon, W., Heckbert, S., & Ciechanows. (2010). Depression and Advanced Complications of Diabetes. Diabetes Care 33:2649.

- Marín Villada, A. L. (2007). Metodología de la Investigación . Revista arbitrada Sentido de Vida.
- Martorell, J. L. (2012). Psicoterapias . Madrid : Ediciones Pirámides .
- Mataix, & Verdú, J. (2002). Nutrición y Alimentación Humana. In Mataix, & J. Verdú, Nutrición y Alimentación Humana (pp. V.2 p. 1164-1166). Barcelona: Océano.
- Mucci, M. (1995). Psicoprofilaxis quirúrgica: una práctica de abordaje multidimensional (sociedad para la exploración de la integración en la psicoterapia).
- Nawarotzky, S., Friese, G., Porck, W., Schottenfeld-Naor, Hahn, S., & Scherbaum, W. (2008). Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome. Diabet Med 25:20612.
- OMS . (2012, Septiembre). Organización Mundial de la Salud(en línea),Diabetes N°312. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Ovejero. (1988). Psicología social y salud. Universidad de Oviedo. Oviedo.
- Pere, C. (2008). Tratamiento medico pre - y postoperatorio de las amputaciones. In A. Jesús, Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular- Un problema multidisciplinario (pp. Cap 13, pag. 239.). Barcelona: Glosa.
- Picerno Torres, P. (2005). La ciencias Psicológicas y la investigación científica.
- Plan Nacional Del Buen Vivir. (2009-2013).
- Rigol, R. (1988). Medicina General Integral T. IV. 2ed. In R. Rigol, Medicina General Integral T. IV. 2ed (pp. 64-9). La Habana: Pueblo y Educación.
- Rodríguez Gómez, G. (1996). Metodología de la investigación cualitativa.
- Ross, K. (n.d.). Procesos y fases del duelo. In M. C. Castro, El niño con discapacidad y su entorno (pp. 102-106). Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Solano, V. (2003). Psicoprofilaxis en niños.
- Vallejo, Ruiloba, J., Cordero, A., & Crespo, B. (2010). Doctor, estoy Deprimido. La Esfera de los Libros, S.L, Primera edición.

## **WEBGRAFÍAS**

[www.inec.gob.ec/estadisticas/](http://www.inec.gob.ec/estadisticas/)

[www.rae.es/rae.html](http://www.rae.es/rae.html)

[www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/172038-la-diabetes-ataca-mas-a-las-mujeres/](http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/172038-la-diabetes-ataca-mas-a-las-mujeres/)

# *Anexos*

**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Entrevista dirigida al director y a médicos tratantes del Hospital IESS Manta de los pacientes diabéticos amputados del área de Hospitalización.**

**OBJETIVO:** Determinar la importancia de la intervención psicológica durante la enfermedad, para el beneficio de los pacientes diabéticos amputados, del IESS Manta.

- 1.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos influye sobre el estado emocional del paciente?
- 2.- ¿Cuáles son las consecuencias de no recibir atención psicológica antes de la amputación por diabetes?
- 3.- ¿La amputación en los pacientes diabéticos, les causa depresión?
- 4.- ¿Cuándo un paciente diabético debe ser remitido a la psicóloga de la institución: cuando son diagnosticados diabéticos, antes de la amputación o después de la amputación? ¿Por qué?
- 5.- ¿La intervención psicológica podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos?

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Encuesta dirigida a los pacientes diabéticos amputados del área de Hospitalización del IESS Manta.**

**OBJETIVO:** Determinar la importancia de la intervención psicológica durante la enfermedad, para el beneficio de los pacientes diabéticos amputados, del IESS Manta.

La información obtenida será muy útil para la investigación y se guardará discreción. Esperamos que nos proporcione los datos verdaderos.

**INSTRUCTIVO:** Marque con una X la alternativa de respuesta que usted crea conveniente

**DATOS PERSONALES:**

**Edad:** 20 a 35 años  36 a 50 años  50 a 65 años

**Género:** Femenino  masculino

**Estado civil:** Soltero (a)  casado (a)  viudo (a)  separado (a)

**1.- ¿Recibió atención psicológica antes de la amputación?**

Sí\_\_\_ No\_\_\_

**2.- ¿La amputación le ha provocado depresión?**

Sí\_\_\_ No \_\_\_ No sabe\_\_\_

**3.- ¿Con la intervención psicológica se logrará mejorar la calidad de vida de los pacientes amputados?**

Sí\_\_\_ No\_\_\_ No sabe\_\_\_

**4.- ¿Se podría reducir la depresión en los pacientes diabéticos si recibieran intervención psicológica antes de la amputación?**

Sí\_\_\_ No\_\_\_ No sabe\_\_\_

**5.-Considera que la intervención psicológica logrará reducir lo siguiente:**

Depresión  Ansiedad  Estrés



Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Manta.

Fecha: 27/03/2013



Área de Hospitalización

Fecha: 27/03/2013



Paciente diabético, con amputación supracondilea. Aplicación de encuesta.

Fecha: 04/02/2013





Paciente diabético amputado. Entrevista clínica

Fecha: 04/02/2013



Entrevista con el Director de la Institución Dr. Hernán Salazar Vega

Fecha: 15/03/2013

